



Dipartimento di Scienze Politiche

Corso di Laurea Triennale

Cattedra di Politica Economica

L'impatto delle politiche di austerità sui sistemi
sanitari dell'Eurozona dopo la crisi del debito

RELATORE

Prof. Paolo Garonna

CANDIDATO

Tommaso
Borzacchini
Matr. 089152

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

L'impatto delle politiche di austerità sui sistemi sanitari dell'Eurozona dopo la crisi del debito

INTRODUZIONE.....	3
1. CRISI DELL'EUROZONA, AUSTERITÀ E SISTEMI SANITARI: UN BACKGROUND STORICO E TEORICO	5
1.1 Il percorso verso l'austerità.....	5
1.2 Austerità e spesa sanitaria	10
1.3 Un <i>framework</i> per comprendere come le politiche sanitarie reagiscono alla crisi economico-finanziarie	13
1.4 Quattro fattori per spiegare la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi.....	17
1.5 Austerità e sistemi sanitari: il dibattito.....	19
2. IL CASO STUDIO DELLA GRECIA.....	22
2.1 La crisi greca.....	22
2.2 L'austerità e l'intervento della Troika.....	24
2.3 Le riforme nel sistema sanitario nazionale ellenico.....	28
3. GLI IMPATTI DELLE POLITICHE DI AUSTERITÀ SUI SISTEMI SANITARI DELL'EUROZONA.....	41
3.1 Le riforme nei sistemi sanitari dell'Eurozona.....	41
3.2 Le quattro ipotesi sui fattori che determinano la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi.....	48
3.2.1 La " <i>depth recession hypothesis</i> "	48
3.2.2 La " <i>debt crisis hypothesis</i> "	50
3.2.3 La " <i>party hypothesis</i> "	52
3.2.4 La " <i>IFIs hypothesis</i> "	56
3.3 Valutare le riforme dei sistemi sanitari.....	60
3.4 Il futuro dei sistemi sanitari post-pandemia.....	66
CONCLUSIONE.....	72
BIBLIOGRAFIA	72
ABSTRACT.....	93

Introduzione

La crisi finanziaria globale (2007-2009) e la successiva crisi del debito sovrano (2010-2011) ebbero impatti considerevoli sulle economie dell'Eurozona, specie su quelle dei Paesi periferici. Nel tentativo di rimettere in sesto le proprie finanze, gran parte dei governi dell'area euro vararono manovre di contenimento della spesa nell'ambito dei rispettivi piani di consolidamento fiscale. I tagli al budget non risparmiarono di certo il settore sanitario, nonostante una popolazione sempre più vecchia e una domanda di assistenza sempre maggiore. La diffusione del Covid-19, che ha messo a dura prova la resilienza dei sistemi sanitari di tutto il mondo, inclusi quelli dell'Eurozona, ha contribuito a rinvigorire il dibattito relativo agli impatti dell'austerità economica sulla salute delle persone. I tagli adottati in risposta alla crisi del debito sovrano sono oggi additati come i principali responsabili delle difficoltà incontrate da diversi Stati nell'assistere adeguatamente la popolazione durante la crisi pandemica. Indubbiamente, le politiche di limitazione della spesa varate da alcuni governi dell'Eurozona per far fronte alla contrazione delle loro economie e al rapido aumento del debito pubblico ebbero effetti significativi sui sistemi sanitari nazionali. Gli impatti sulla qualità dell'assistenza, sul diritto di accesso alle cure e sull'universalità del servizio furono altrettanto rilevanti e resi ancor più gravi dalla concomitante crisi economica. È bene infatti ricordare che i sistemi sanitari dell'Eurozona, generalmente basati su valori di equità, solidarietà e universalismo, sono finanziati in gran parte da fondi pubblici¹. Il ruolo di primo piano giocato dallo Stato nell'erogazione dei servizi rende il settore sanitario fortemente suscettibile ai tagli di budget. L'obiettivo di questa analisi è proprio quello di indagare gli impatti che le politiche di austerità adottate in risposta alla crisi del debito sovrano ebbero sui sistemi sanitari dell'Eurozona² e sulla loro capacità di fornire un servizio equo, universale e di qualità alla popolazione.

Questo scritto è stato suddiviso in tre capitoli: "Crisi dell'Eurozona, austerità e sistemi sanitari: un background storico e teorico", "Il caso studio della Grecia" e "Gli impatti delle politiche di austerità sui sistemi sanitari dell'Eurozona".

Nel primo capitolo, dopo aver riepilogato i fatti che spinsero molti Paesi dell'Eurozona ad abbracciare la dottrina del rigore finanziario, si forniranno gli strumenti teorici per comprendere come le politiche sanitarie reagirono alla crisi economica. A tal proposito, si presenterà un *framework* creato da alcuni illustri studiosi di *health policy* con lo scopo di illustrare il ventaglio di opzioni di politica sanitaria a disposizione dei *policy maker* in risposta a uno shock economico. Si cercherà poi di scoprire quali sono i fattori (afferenti alla sfera economica e non) che determinano la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi, partendo da quattro ipotesi di base. Infine, si presenterà in pillole il fervente dibattito sui tagli applicati al budget sanitario in quegli anni: necessari e vincenti secondo alcuni, criminali secondo altri.

¹ Sul punto si veda, Tarricone, Rosanna & Carla Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?." *European Heart Journal Supplements: Journal of the European Society of Cardiology*22, no. Suppl Pt (2020): P4.

² Si è scelto di escludere dall'indagine i Paesi baltici, ossia Estonia, Lettonia e Lituania, dal momento che introdussero l'euro rispettivamente nel 2011, 2014 e 2015.

Nel secondo capitolo, si porrà il focus sul caso drammatico della Grecia, lo Stato dell'Eurozona che sperimentò le difficoltà finanziarie più gravi durante la crisi. Il Paese ellenico è di grande rilevanza per la presente analisi, per via delle ingenti riforme adottate nel suo sistema sanitario nazionale, della profondità dei tagli al budget, dei loro impatti sulla salute pubblica e del ruolo giocato dalla Troika nel dettare le misure da implementare e i tempi entro cui farlo.

Nel terzo ed ultimo capitolo, si amplierà il raggio di indagine all'intera area euro e si utilizzeranno attivamente le nozioni teoriche fornite nella prima sezione dell'elaborato al fine di studiare le riforme adottate nei sistemi sanitari della regione durante la crisi e operarne in ultimo una valutazione complessiva, anche alla luce dei loro impatti sul livello di salute pubblica. Infine, si rivolgerà brevemente uno sguardo al futuro dei sistemi sanitari dopo la pandemia di Covid-19, essendo in corso interessanti dibattiti su come questi possano essere riformati con l'obiettivo di renderli più sostenibili e di garantire quell'universalità ed equità di accesso messe in discussione durante le crisi del passato. In coda ai tre capitoli saranno esposte le principali conclusioni alle quali si è addivenuti in seguito all'indagine qui brevemente presentata.

Analizzare gli impatti che le misure di politica economica intraprese durante una crisi hanno nel settore sanitario è di vitale importanza al giorno d'oggi, non solo perché, come scriveva il poeta romano Virgilio, «*la salute è il bene più prezioso*». Attualmente, la produttività dei sistemi sanitari rappresenta circa il 9% del PIL dell'intera Unione Europea e quasi il 10% dei lavoratori sono impegnati al loro interno³. È quindi fondamentale comprendere come le politiche sanitarie debbano essere strutturate in periodi di crisi, quando cioè occorre perseguire il duplice obiettivo di ridurre la spesa e mantenere un'elevata qualità dei servizi. Inoltre, è altrettanto cruciale elaborare strategie valide per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari nel lungo periodo, nello sforzo di renderli più resilienti ed efficaci di fronte alle crisi del futuro.

³ Sul punto si veda, Quaglio, GianLuca, Theodoros Karapiperis, Lieve Van Woensel, Elleke Arnold, and David McDaid. "Austerity and health in Europe." *Health policy* 113, no. 1-2 (2013): 13-19

1. Crisi dell'Eurozona, austerità e sistemi sanitari: un background storico e teorico

In questo capitolo, si vogliono riepilogare in primo luogo le fasi salienti del tortuoso percorso verso un'austerità⁴ pressoché pan-europea, a partire dalla crisi finanziaria globale che ebbe origine negli Stati Uniti nel 2007. Come si noterà, la dottrina dell'ortodossia fiscale abbracciata da molti Paesi dell'Eurozona in risposta alla crisi ebbe impatti significativi sui sistemi sanitari della regione, nonostante i ripetuti inviti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a non tagliare eccessivamente in un settore cruciale per il benessere della popolazione e ancor più fondamentale durante una grave recessione. Nel terzo paragrafo, si presenterà un *framework* creato da alcuni illustri studiosi di *health policy*, utile al fine di identificare il ventaglio di opzioni a disposizione dei *policy maker* in presenza di uno shock economico. Successivamente, verranno illustrate quattro ipotesi riguardanti i fattori che determinano la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi. In ultimo, si capirà come i tagli al budget e le riforme dei sistemi sanitari operati negli anni dell'austerità siano tuttora al centro di un fervente dibattito in seno all'opinione pubblica e al mondo accademico.

1.1 Il percorso verso l'austerità

Lo scoppio della bolla immobiliare dei mutui *subprime*, avvenuta negli Stati Uniti d'America nel 2007, innescò una catena di eventi nefasti, culminata, in data 15 settembre 2008, nella bancarotta della quarta più grande banca d'affari americana, la *Lehman Brothers Holdings*. Tale avvenimento generò grande panico nei mercati finanziari internazionali, contagiando poi l'economia reale e creando una crisi deflazionistica di dimensioni globali⁵. I governi di tutto il mondo reagirono, in un primo momento, con politiche anticicliche⁶, realizzate attraverso uno stimolo fiscale e monetario senza precedenti. Molte banche sull'orlo del fallimento usufruirono del salvataggio pubblico, il cosiddetto *bailout*⁷, effettuato con l'obiettivo di minimizzare le esternalità negative legate alla crisi finanziaria⁸.

Gli effetti di quest'ultima furono particolarmente severi in Europa, anche a causa del fatto che molti Stati non avevano i propri conti in ordine quando la situazione degenerò. Come osservano Alesina, Giavazzi e

⁴ L'austerità economica viene definita come una «*politica di severo contenimento della spesa pubblica e dei consumi privati, attuata per arginare una crisi economica o per frenare l'inflazione monetaria*». Definizione tratta da La Repubblica. "Austerità", <https://dizionari.repubblica.it/Italiano/A/austerita.html>

⁵ Sul punto si veda, Konzelmann, Suzanne J. "The political economics of austerity." *Cambridge Journal of Economics* 38, no. 4 (2014): 701-741.

⁶ Una politica anticiclica agisce nella direzione opposta a quella del ciclo economico (es. i governi diminuiscono la spesa pubblica mentre l'economia è in crescita). Viceversa, una politica pro-ciclica agisce nella stessa direzione del ciclo economico (es. i governi diminuiscono la spesa pubblica mentre l'economia è in recessione).

⁷ Il *bailout* è «*un'operazione di salvataggio di uno Stato o di una azienda attraverso un supporto economico per prevenire il rispettivo fallimento o default. [...] Con riferimento al settore privato, il bailout viene generalmente applicato alle istituzioni finanziarie, come banche e assicurazioni. [...] Con riferimento al settore pubblico, il bailout per evitare il default di uno Stato sovrano avviene attraverso i prestiti di altri Stati insieme a istituzioni come il Fondo Monetario Internazionale*». Definizione tratta da Moneyfarm. "Bailout", <https://www.moneyfarm.com/it/glossario-finanza/bailout/>

⁸ Konzelmann, "The political economics of austerity." cit.

Favero, in molti Paesi si registravano già livelli di debito pubblico e disavanzi di bilancio decisamente elevati⁹. Nel solo 2009, il Prodotto Interno Lordo (PIL) reale pro capite della regione europea diminuì del 4,5%¹⁰. La figura 1 mostra l'andamento del debito pubblico in rapporto al PIL nell'Eurozona e in altri Paesi del mondo occidentale.

Figura 1: debito pubblico (2007-2014)

<i>General government debt (% of GDP)</i>	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	<i>Change 2010-2014</i>
Euro area (16 countries)	65	69	78	84	87	91	94	94	10
France	64	68	79	82	85	90	92	95	14
Germany	64	65	73	81	79	80	77	75	-6
Greece	103	109	127	146	172	160	178	180	34
Ireland	24	42	62	86	110	120	120	105	19
Italy	100	102	113	115	117	123	129	132	16
Portugal	68	72	84	96	111	126	129	131	34
Spain	36	39	53	60	69	86	95	100	40
United Kingdom	42	50	64	76	82	85	86	88	12
United States*	65	74	87	96	100	103	105	105	10

Source: OECD Economic Outlook No. 101, June 2017.

*Source: IMF WEO, April 2017.

(OECD and IMF WEO in Alesina, Giavazzi, and Favero 2020, p. 198)

Tentando di salvare le istituzioni finanziarie in difficoltà e di sostenere l'occupazione, i governi dell'Eurozona videro i propri disavanzi crescere ancor di più. Non è un caso che, nel 2009 e nel 2010, la Commissione Europea aprì diverse procedure di infrazione per disavanzi eccessivi¹¹ (nei confronti di Spagna, Grecia, Irlanda, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Paesi Bassi, Belgio e Austria)¹².

Mentre dall'altra parte dell'oceano gli Stati Uniti stavano cominciando a riprendersi dalla recessione, l'Europa fu sconvolta da una seconda crisi, legata a quella iniziata oltreoceano¹³. La crisi dei debiti sovrani,

⁹ Sul punto si veda, Alesina, Alberto, Carlo Favero, and Francesco Giavazzi. *Austerity: When it Works and when it Doesn't*. Princeton University Press, 2020.

¹⁰ Sul punto si veda, OMS, 2015. "Implementation of the Tallinn Charter: Final Report", https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/287360/Implementation-of-Tallinn-Charter-Final-Report.pdf

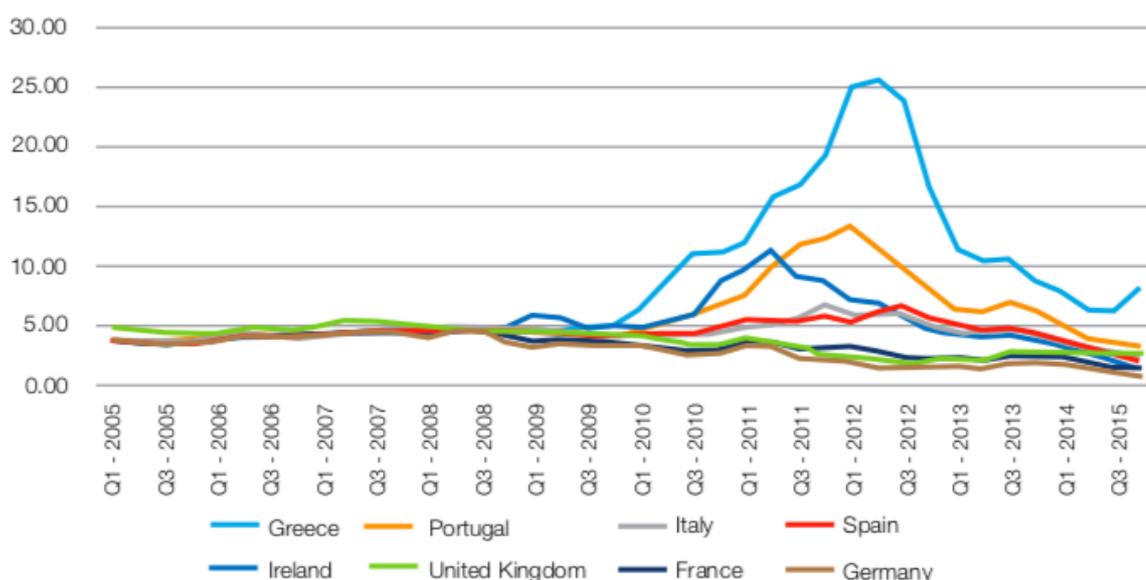
¹¹ «La procedura d'infrazione per deficit eccessivo viene lanciata dalla Commissione Europea nei confronti degli Stati Membri che stanno violando i limiti del deficit di bilancio imposti dalle regole europee, più specificatamente dal Patto di Stabilità e Crescita» (Bastasin, Carlo. 2019. "Bocciati o promossi? Cosa è la procedura per deficit eccessivo della Commissione Europea, *Europeainfo.eu*, <http://www.europeainfo.eu/bocciati-o-promossi-cosa-e-la-procedura-per-deficit-eccessivo-della-commissione-europea/>)

¹² Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹³ Come notato dalla *Financial Crisis Inquiry Commission*, la crisi finanziaria fu causata da un eccesso di titoli garantiti da ipoteca (c.d. "mortgage-backed securities") basati su valutazioni errate sui mutui ad alto rischio. In una reazione a catena, l'aumento dei tassi d'interesse sui mutui portò all'insolvenza dei mutuatari, che a sua volta portò all'insolvenza delle banche e al crollo dei mercati immobiliari e azionari. Poiché molti titoli garantiti da ipoteca furono venduti in Europa, le turbolenze nel settore immobiliare statunitense si diffusero rapidamente alle banche europee. Sul punto si veda, Karanikolos, Marina, Philipa

più comunemente conosciuta come “crisi dell’euro”, iniziò ufficialmente a seguito di un allarmante annuncio fatto nell’autunno del 2009 dal neopremier greco George Papandreou, il quale rivelò che le finanze pubbliche elleniche versavano in condizioni disperate e che fino a quel momento i bilanci economici tramessi dai precedenti governi all’Unione Europea erano stati falsificati. In particolare, il deficit di bilancio non si attestava al 2-3% del PIL, bensì ad un drammatico 12-13%¹⁴. Pochi mesi dopo, le tre più importanti agenzie di rating (*Standard & Poor’s*, *Moody’s Investors Service* e *Fitch Ratings*) declassarono il debito pubblico greco¹⁵ ¹⁶. L’annuncio di Papandreou e il declassamento del debito ellenico scatenarono il panico nei mercati e aumentarono i dubbi sulla solvibilità del debito di altri Paesi periferici della zona euro: Spagna, Italia, Irlanda, Portogallo e Cipro in particolare¹⁷. Come mostra la figura 2, i rendimenti aumentarono sensibilmente nei Paesi più indebitati dell’Unione, dal momento che gli investitori chiedevano tassi di interesse sempre più elevati sui titoli di Stato¹⁸.

Figura 2: rendimento nominale dei titoli di Stato a lungo termine (2005-2015)



(OECD in Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore 2017, p.11)

Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P. Mackenbach, and Martin McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." *The Lancet* 381, no. 9874 (2013): 1323-1331.

¹⁴ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹⁵ L’agenzia di rating *Standard & Poor’s* declassò il debito pubblico greco a “*junk bond*”, titolo spazzatura. Con “*junk bond*” ci si riferisce ad un titolo obbligazionario dal rendimento elevato ma caratterizzato da un alto livello di rischio per l’investitore. Sul punto si veda, Encyclopedia Britannica. “Junk Bond”, <https://www.britannica.com/topic/junk-bond>

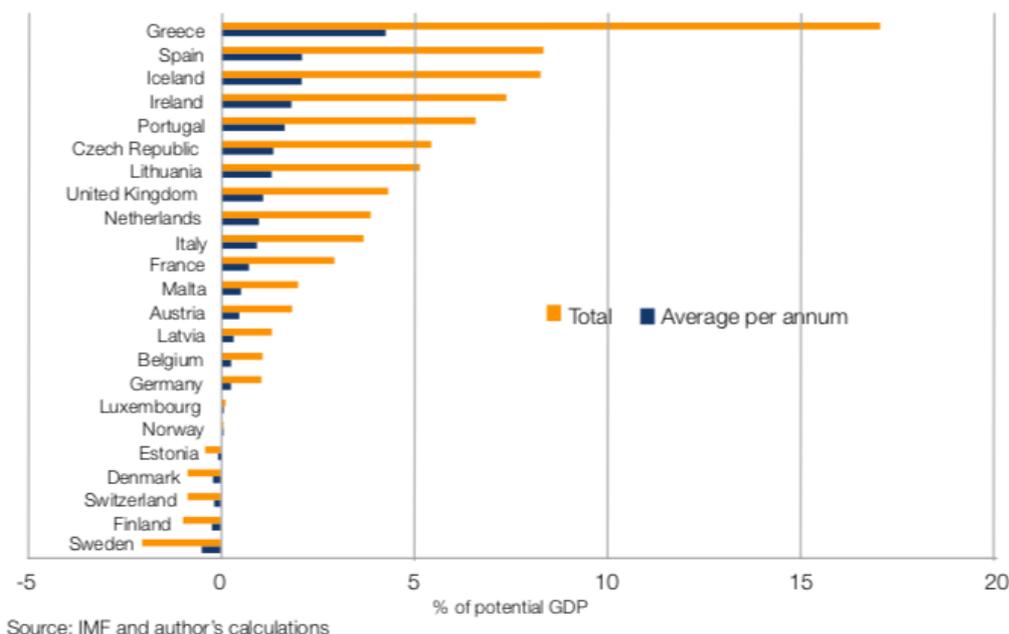
¹⁶ Sul punto si veda, Jolly, David. 25 giugno 2011, “Moody’s Again Reduces Greece’s Credit Rating”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2011/07/26/business/global/european-sovereign-debt-crisis.html>

¹⁷ Alcuni economisti europei si riferiscono a tali Paesi, storicamente caratterizzati da una gestione non virtuosa delle loro finanze e da alti livelli di deficit, con l’acronimo “PIGS” (Portogallo, Italia, Grecia, Spagna). Sul punto si veda, Kazemi, Hossein & Niloufer Sohrabji. "Contagion in Europe: Examining the PIIGS crisis." *International Advances in Economic Research* 18, no. 4 (2012): 455-457.

¹⁸ Ad esempio, nei primi sei mesi del 2010, il differenziale di rendimento tra titoli del Tesoro portoghese a dieci anni e Bund tedeschi salì dallo 0,5% al 3%. Sul punto si veda, Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

In un disperato tentativo di tranquillizzare i mercati, la Banca Centrale Europea (BCE), il Fondo Monetario Internazionale (FMI) e la Commissione Europea¹⁹ imposero severe misure di austerità ad alcuni Stati come condizionalità necessarie per ottenere il loro supporto finanziario, pur sapendo che le prospettive di crescita erano deprimenti²⁰. Sulla stessa linea, molti altri Paesi dell'Eurozona passarono dalle politiche fiscali anticicliche adottate all'inizio della recessione a politiche pro-cicliche dopo il 2009²¹. Come mostrato dalla figura 3, la dimensione degli aggiustamenti fiscali realizzati tra il 2009 e il 2013 fu particolarmente imponente nei Paesi più in difficoltà: Grecia, Spagna, Irlanda e Portogallo.

Figura 3: dimensione degli aggiustamenti fiscali in relazione al PIL (2009-2013)



(IMF in Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore 2017, p. 11)

A posteriori, l'austerità adottata in quegli anni si rivelò essere molto controversa e lo stesso Fondo Monetario Internazionale, in un report del 2012, ammise che il rigore fiscale stava avendo effetti più recessivi di quanto inizialmente previsto²². I Paesi dell'Eurozona registrarono risultati contrastanti dopo la crisi, a seconda delle condizioni di finanza pubblica iniziali e della linea economica seguita in risposta allo shock

¹⁹ Nel linguaggio economico, l'insieme di queste tre istituzioni prende il nome di "Troika", dal russo "тройка" (trad: terzina). Tra i loro compiti figura quello di creare piani di salvataggio diretti a quei Paesi dell'Eurozona in grave difficoltà finanziaria, con l'obiettivo di evitare il loro default. Di solito, tali piani sono vincolati a delle rigide condizionalità, come accaduto nel caso della Grecia. Per approfondire il ruolo della Troika nell'ambito della crisi greca, si veda Clifton, Judith, Daniel Diaz-Fuentes, and Ana Lara Gómez. "The crisis as opportunity? On the role of the Troika in constructing the European consolidation state." *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society* 11, no. 3 (2018): 587-608.

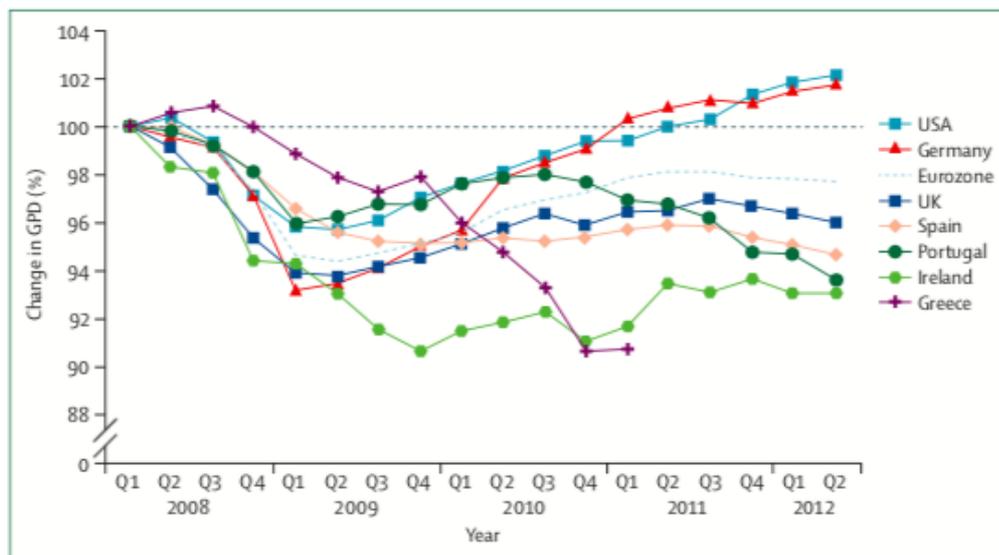
²⁰ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

²¹ Per la definizione di "politica fiscale anticiclica" e "politica fiscale pro-ciclica" si rimanda alla nota 6

²² Sul punto si veda, Blanchard, Olivier J. & Daniel Leigh. "Growth forecast errors and fiscal multipliers." *American Economic Review* 103, no. 3 (2013): 117-20.

(fig.4)²³. La Germania, che a differenza dei Paesi mediterranei non era obbligata a un'austerità oltremodo severa in virtù delle sue finanze in ordine, si riprese molto più in fretta di Irlanda, Spagna, Portogallo e Grecia, i quali furono invece costretti ad apportare aggiustamenti fiscali di grandi dimensioni²⁴. Difatti, all'alba della crisi del debito sovrano, i cosiddetti Paesi *core* (come la Germania, appunto) godevano di livelli contenuti di debito pubblico e di un'attività economica più solida, al contrario dei Paesi PIIGS (Portogallo, Irlanda, Italia, Grecia e Spagna) che invece si connotavano per una maggiore vulnerabilità legata a un elevato debito pubblico, al costante aumento del deficit e a bassi tassi di crescita del PIL²⁵.

Figura 4: andamento del PIL (% , 2008-2012)



(OECD in Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee 2013, p. 1325)

Le conseguenze sociali dell'austerità, in alcuni Paesi, furono devastanti. Nel 2013, il tasso di disoccupazione si attestava ad un drammatico 27% in Grecia e al 26% in Spagna, contro una media dell'Eurozona pari al 12%²⁶. Nello stesso anno, in Grecia, la percentuale di persone a rischio povertà ed esclusione sociale sfiorava il 36%, quindici punti in più rispetto al valore medio nell'Eurozona²⁷.

²³ Sul punto si veda, McKee, Martin, Marina Karanikolos, Paul Belcher, and David Stuckler. "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." *Clinical medicine* 12, no. 4 (2012): 346.

²⁴ Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." cit.

²⁵ Sul punto si veda, Commissione Nazionale per le Società e la Borsa. "La crisi del debito sovrano del 2010-2011", *Consob.it* <https://www.consob.it/web/investor-education/crisi-debito-sovrano-2010-2011>

²⁶ Sul punto si veda, Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha, "Crisis and Austerity in Southern Europe: Impact on Economies and Societies", Capitolo 1 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries*, Centro de Estudos Sociais Universidade de Coimbra, 2019: 4-18

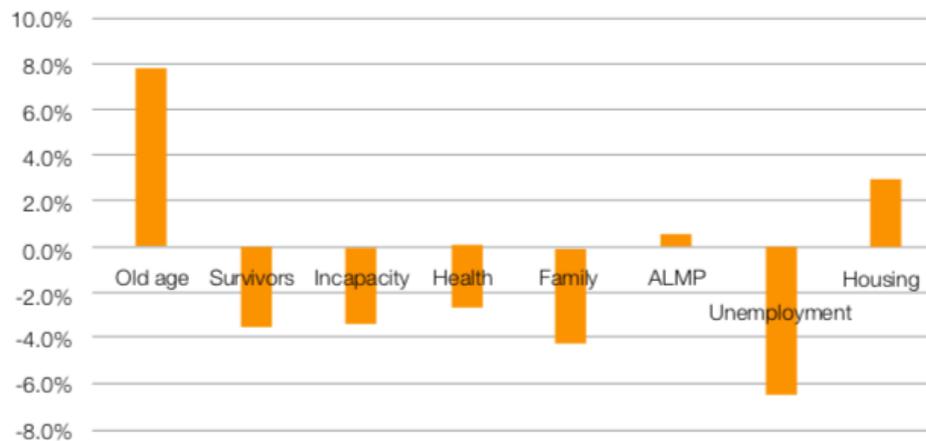
²⁷ *Ibid.*

1.2 Austerità e spesa sanitaria

In teoria, l'austerità può essere realizzata in tre modi: tagliando la spesa, aumentando le tasse o con una combinazione di entrambe. In quest'ultimo caso, l'insieme delle misure adottate prendono il nome di "consolidamento fiscale"²⁸. Nell'Eurozona, dopo la crisi finanziaria globale e quella dei debiti sovrani la maggior parte delle politiche mirate a ridurre il debito (circa l'80%) agirono sul lato della spesa, piuttosto che su quello delle tasse²⁹.

Molte componenti della spesa pubblica, inclusa la spesa sanitaria, fecero registrare un crollo in seguito alla crisi. Come mostra la figura 5, facendo riferimento ai primi anni dell'austerità (2009-2012), la decrescita più importante fu registrata nella spesa per la protezione sociale nel campo dell'occupazione (-6%), nonostante moltissime persone stessero perdendo il proprio lavoro in tutta l'Eurozona³⁰. Al contrario, e in controtendenza con il resto degli indicatori, la spesa per le pensioni crebbe di circa l'8% nello stesso periodo³¹.

Figura 5: variazione della spesa pubblica per i diversi indicatori durante i primi anni dell'austerità (2009-2012)



(OECD in Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore 2017, p. 14)³²

²⁸ Sul punto si veda, Stuckler, David, Aaron Reeves, Rachel Loopstra, Marina Karanikolos, and Martin McKee. "Austerity and health: the impact in the UK and Europe." *European journal of public health* 27, no. suppl_4 (2017): 18-21.

²⁹ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, "Austerity and health: the impact in the UK and Europe" cit.

³⁰ Sul punto si veda, Franklin, Ben, Dean Hochlaf, and George Holley-Moore. "Public Health in Europe during the austerity years." In *A research report from ICL-UK*. London: ICL-UK, 2017.

³¹ Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, "Public Health in Europe During the Austerity Years" cit.

³² Con *old age pension* (in italiano: pensione di vecchiaia) si fa riferimento alle prestazioni erogate dallo Stato in favore di quei cittadini che hanno smesso di lavorare dopo aver raggiunto l'età pensionabile (Cambridge Dictionary. "Old age pension", <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/old-age-pension>) Con *survivor's pension* (in italiano: pensione ai superstiti) si fa riferimento al trattamento pensionistico riconosciuto in caso di decesso del pensionato (pensione di reversibilità) o dell'assicurato (pensione indiretta) in favore dei familiari superstiti (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale. "Pensione ai superstiti indiretta e di reversibilità", <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/pensione-ai-superstiti-indiretta-e-di-reversibilita>). Con *spending on incapacity* (in italiano: spesa per la disabilità) si fa riferimento alle prestazioni erogate dallo Stato in favore di quei cittadini gravemente malati, disabili o vittime di infortuni sul lavoro (OECD. "Public spending on incapacity", <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm>). Con *public spending on health* (in italiano: spesa pubblica per la salute) si fa riferimento alla spesa per l'assistenza sanitaria sostenuta da fondi pubblici (OECD. "Public expenditure on health", <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2198>). Con *family spending* (in italiano: spesa per le famiglie) si fa riferimento alla

A differenza della spesa per le pensioni, il budget sanitario non fu protetto negli anni dell'austerità, sebbene la popolazione stesse invecchiando in tutto il continente³³. La crescita della spesa pro capite in ambito sanitario passò infatti da un tasso di crescita medio del 4,6% annuo tra il 2000 e il 2009 a un misero 0,6% nel 2010³⁴. Questo dato non sorprese la maggior parte degli studiosi di *health policy*, dal momento che i Paesi europei, in risposta alle crisi del secolo scorso, avevano già mostrato la tendenza a diminuire i finanziamenti per la sanità pubblica³⁵. Uno degli studi più approfonditi sul tema, quello realizzato da Jonathan Cylus, Philipa Mladovsky e Martin McKee nel 2012, mette infatti in evidenza una forte relazione statistica tra crisi economiche e tagli al budget sanitario³⁶.

Prima della crisi dell'Eurozona, che fugò ogni tipo di dubbio a riguardo, alcuni illustri commentatori erano tuttavia convinti che i governi non fossero affatto incentivati a tagliare la spesa sanitaria in periodi di recessione. I fautori di questa posizione sostenevano infatti che tagli ingenti ad aree cruciali della spesa pubblica, come la sanità, sarebbero stati impopolari e che, per tale ragione, i *policy maker* avrebbero deciso di agire altrove. Il Professore di Harvard Paul Pierson era uno degli studiosi che supportava questa tesi. Egli era sicuro che, costituendo la spesa sanitaria quasi il 10% del PIL nella regione europea, ed essendo le strutture di assistenza pubblica utilizzate da tutta la popolazione, i governi avrebbero considerato il tagliare in tale settore nient'altro che una fonte di grattacapi politici³⁷.

Gli ingenti tagli adottati nel settore sanitario dalla gran parte dei Paesi dell'Eurozona in risposta alla crisi sembrano smentire l'argomentazione proposta negli anni Novanta da Pierson. Non a caso, la crisi finanziaria globale e la successiva crisi dei debiti sovrani vennero definite "*health system shocks*"³⁸. Due sono i rischi

spesa pubblica per sussidi diretti esclusivamente alle famiglie e ai bambini (OECD. "Family benefits public spending", <https://data.oecd.org/social/exp/family-benefits-public-spending.htm>). Con *Active Labor Market Policies* (in italiano: politiche attive del lavoro) sono iniziative, misure e programmi volti a favorire l'inserimento o il reinserimento delle persone nel mercato del lavoro (Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro. "Politiche attive per l'occupazione", <https://www.anpal.gov.it/per-l-occupazione>) Con *unemployment spending* (in italiano: spesa per disoccupazione) si fa riferimento alla spesa, sotto forma di sussidi, in favore dei cittadini disoccupati (OECD. "Public Unemployment Spending", <https://data.oecd.org/social/exp/public-unemployment-spending.htm>). Con *public expenditure on housing* (in italiano: spesa per l'edilizia abitativa) si fa riferimento agli esborsi destinati all'urbanizzazione, allo sviluppo comunitario, all'approvvigionamento idrico e all'illuminazione pubblica (Observatorio de Desarrollo Social en América Latina y el Caribe. "Expenditure on Housing and Community Amenities", <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/en/indicador/expenditure-housing-and-hommunity-amenities>).

³³ Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, "*Public Health in Europe During the Austerity Years*" cit.

³⁴ Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDaid, "*Austerity and Health in Europe*" cit.

³⁵ Sul punto si veda, Cylus, Jonathan, Philipa Mladovsky, and Martin McKee. "Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries." *Health services research* 47, no. 6 (2012): 2204-2224.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Sul punto si veda, Pierson, Paul. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.

³⁸ Sul punto si veda, Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee, and World Health Organization. "*Health policy responses to the financial crisis in Europe*." (2012). Gli "*health system shocks*" vengono definiti dagli autori come «*eventi inattesi che hanno origine al di fuori del sistema sanitario, che incidono negativamente sulla disponibilità di risorse di quest'ultimo e che conducono ad un incremento della domanda di assistenza sanitaria*», p. 1

principali che gli shock economici portano con sé. In primo luogo, i sistemi sanitari hanno bisogno di risorse prestabilite con cui pianificare gli investimenti, determinare i bilanci e acquistare beni e servizi. Improvvise interruzioni dei flussi di entrate pubbliche, come quelle avvenute durante le crisi, possono rendere difficile mantenere i livelli necessari di assistenza sanitaria. Secondo poi, i tagli alla spesa sanitaria, effettuati in risposta ad uno shock economico, hanno effetti oltremodo nefasti quando vengono applicati in un momento in cui vi è maggior bisogno di un servizio di primo livello³⁹. Avendo diversi studi dimostrato che la salute della popolazione risente negativamente dei gravi shock economici⁴⁰, un sistema sanitario efficiente è fondamentale in tempi di crisi.

L'allarme sulle conseguenze nefaste di tagli eccessivi nella sanità pubblica era stato peraltro già lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in una risoluzione datata 16 settembre 2009⁴¹. Per mezzo di quest'ultima, gli Stati Membri furono invitati a mantenere alta la qualità dei rispettivi servizi sanitari ed esortati a comportarsi come «*saggi attori economici*» in termini di investimenti, spese e occupazione in tale settore⁴². Precedentemente, pochi mesi dopo lo scoppio della crisi finanziaria nel 2007, la stessa OMS adottò la Carta di Tallinn, nella quale si ribadiva che gli investimenti in salute equivalevano a investimenti nello sviluppo umano e che sistemi sanitari ben funzionanti erano essenziali per qualsiasi società al fine di migliorare la qualità della vita della persone e assicurare l'equità nell'assistenza⁴³. Nel 2015, l'OMS pubblicò il rapporto finale relativo all'implementazione della Carta di Tallinn nella regione europea⁴⁴. *In primis*, si riconosceva che la crisi finanziaria aveva messo a dura prova la realizzazione degli impegni sottoscritti nel 2008: in circa la metà dei Paesi europei, la spesa pubblica per la salute era infatti risultata stagnante o in decrescita nel lasso di tempo preso in esame (2008-2012). In particolare, gli Stati posti sotto il severo controllo della Troika a causa delle loro finanze disastrose avevano fatto registrare i decrementi più consistenti⁴⁵. Nello stesso report, l'OMS invitava i Paesi europei a non disinvestire nel settore sanitario, pur essendo consapevole delle

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Nonostante ciò, l'ampia letteratura sulla relazione tra crisi economiche e salute pubblica è piuttosto controversa. L'unico punto sul quale vi è unanimità in accademia è quello relativo alla correlazione, evidente, tra le crisi economiche e l'incremento nel numero di suicidi e consumo di alcol (sul punto di veda, Stuckler, David, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts, and Martin McKee. "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis." *The Lancet* 374, no. 9686 (2009): 315-323.). Tuttavia, alcune ricerche mostrano che la salute pubblica potrebbe non risentire così negativamente delle crisi economiche, anzi: il tasso di mortalità tenderebbe a calare quando l'economia rallenta e a risalire in periodi di forte crescita (sul punto si veda, Ruhm, Christopher J. "Good times make you sick." *Journal of health economics* 22, no. 4 (2003): 637-658). Ad ogni modo, studi più recenti e successivi alla crisi dell'Eurozona hanno dimostrato che gli effetti degli shock economici sulla salute pubblica sono più che evidenti (sul punto si veda, Economou, Charalampos, Daphne Kaitelidou, Alexander Kentikelenis, Aris Sissouras, and Anna Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Anna, Philipa Mladovsky, Sarah Thomson, Anna Sagan, Marina Karanikolos, Erica Richardson, Jonathan Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." (2015): 123-129)

⁴¹ OMS, 16 settembre 2009, "Resolution (EUR/RC59/R3)",

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf

⁴² Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDavid, "Austerity and Health in Europe" cit., p. 14

⁴³ OMS. 27 giugno 2008, "Carta di Tallinn". https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf

⁴⁴ OMS. "Implementation of the Tallinn Charter: Final Report" cit.

⁴⁵ *Ibid.*

dimensioni drammatiche dello shock economico subito dalle loro economie. A tal fine, si faceva notare che il bisogno di assistenza sanitaria aumenta quando cresce la disoccupazione e diminuisce il reddito delle famiglie. Se le politiche implementate dagli Stati non fossero state in grado di assicurare l'accesso universale a servizi di alta qualità, soprattutto per i gruppi più vulnerabili, la salute dei cittadini europei avrebbe potuto risentirne nel breve e nel lungo termine⁴⁶.

A livello teorico, infatti, l'austerità può avere effetti nefasti sul livello di salute pubblica a causa di due meccanismi principali⁴⁷. Il primo, che prende il nome di “*social risk effect*”, si ha quando in concomitanza con l'aumento di disoccupazione e povertà viene tagliata la spesa per i programmi di protezione sociale, fondamentali per mitigare i rischi per la salute delle persone durante una crisi⁴⁸. Il secondo, invece, agisce endemicamente al settore sanitario e viene definito appunto “*healthcare effect*”. Esso diventa un rischio concreto quando vengono implementati tagli eccessivi ai servizi sanitari (inclusi personale e posti letto) oppure in presenza di politiche atte a restringere la copertura fornita dall'assicurazione e, più in generale, l'accesso alle cure da parte della popolazione⁴⁹. Nella presente tesi, si porrà il focus sul secondo meccanismo.

1.3 Un *framework* per comprendere come le politiche sanitarie reagiscono alla crisi economico-finanziarie

Gli studiosi Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson e Martin McKee, in un report pubblicato su *Health Policy*, hanno illustrato un *framework* da loro creato al fine di comprendere come le politiche sanitarie possono essere adattate in risposta a una crisi economico-finanziaria⁵⁰.

Il *framework*, illustrato di seguito (fig. 6), consta di tre dimensioni principali: opzioni di spesa pubblica, *policy domain* e *policy outcomes*.

⁴⁶ *Ibid.*

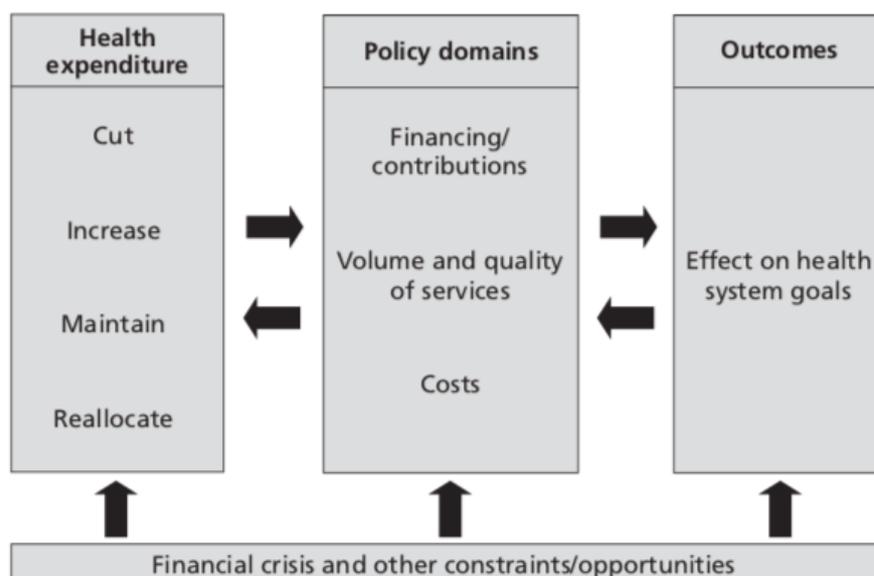
⁴⁷ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, “*Austerity and health: the impact in the UK and Europe*” cit.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, “*Health policy responses to the financial crisis in Europe*” cit.

Figura 6: come le politiche sanitarie si possono adattare alle crisi o ad altri shock economici



(Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee 2012, p. 4)

In primo luogo, di fronte a degli shock economici che colpiscono il settore sanitario, quali furono la crisi finanziaria globale e la successiva crisi dei debiti sovrani, i *policy maker* hanno di fronte a sé due opzioni principali. Essi possono decidere di diminuire il livello di spesa pubblica per la salute, nel tentativo di ridurre il deficit e rimettere i conti in ordine, o al contrario, possono agire nella direzione opposta, aumentando il budget sanitario per far fronte alla richiesta di assistenza da parte della popolazione, che, come spiegato sopra, è solitamente maggiore in tempi di crisi⁵¹.

Tre sono i *policy domain* principali all'interno dei quali i *policy maker* possono agire attraverso degli specifici *policy tool*. Il primo *policy domain* è quello relativo all'estensione dei servizi sanitari. Ad esempio, come si vedrà nel caso della Grecia, il governo di un Paese con un deficit sanitario considerevole può decidere di riformare la copertura sanitaria pubblica⁵². Quest'ultima consta di tre dimensioni principali: la quota di popolazione avente diritto all'assistenza sanitaria pubblica, la gamma di servizi erogati e i costi che gli utenti devono pagare per usufruirne⁵³. In presenza di una copertura sanitaria efficace, le persone riescono ad accedere a un ampio ventaglio di servizi senza difficoltà. Quando vi è la necessità di generare risparmi, come in tempi di crisi, i *policy maker* potrebbero decidere di tagliare la spesa pubblica per la salute limitando una o più dimensioni della copertura sanitaria⁵⁴. O ancora, potrebbero optare per delle riforme strutturali: chiusura di

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.*

⁵³ Sul punto si veda, Thomson, Sarah, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" *Bruselas. European Observatory on Health Systems and Policies* (2014).

⁵⁴ *Ibid.*

ospedali, privatizzazioni, riduzione della capacità di posti letto sono le più frequenti⁵⁵. Il secondo *policy domain* si riferisce al costo della sanità pubblica per lo Stato. Anche in questo caso, i *policy maker* possono avvalersi di diversi strumenti. In primo luogo, possono decidere di tagliare la spesa farmaceutica (nei prossimi due capitoli, si capirà come diversi Paesi abbiano agito lungo questa direzione). Un'altra opzione consiste poi nel tagliare il costo del personale, licenziando gli operatori sanitari o riducendo i loro salari. Il terzo ed ultimo *policy domain* afferisce al costo della sanità pubblica per l'utenza⁵⁶. Come accaduto in risposta alla crisi dell'Eurozona, i governi in carica possono decidere di introdurre o aumentare le tariffe che la popolazione deve pagare per accedere ai servizi⁵⁷, le cosiddette "user charges"⁵⁸. In risposta alla crisi dell'euro, diversi Paesi agirono in questa direzione, causando così una rapida crescita della spesa sanitaria *out-of-pocket*⁵⁹.

Nella maggior parte dei casi, ad ogni modo, le politiche operano contemporaneamente e trasversalmente in più *policy domain*⁶⁰. Ad esempio, il riformare l'assicurazione sanitaria escludendo parte dei servizi (e della popolazione) dalla sua copertura (primo *policy domain*) risulterà in una diminuzione della spesa sanitaria pubblica (secondo *policy domain*) e in un aumento di quella privata *out-of-pocket* (terzo *policy domain*).

Infine, una volta implementate le misure, i *policy maker* sono chiamati a valutarne i risultati (gli *outcome*). In particolare, devono chiedersi se le riforme da loro varate abbiano precluso o, al contrario, reso possibile il raggiungimento degli obiettivi cardine del sistema sanitario, tra i quali figurano: il miglioramento dello stato di salute della popolazione, l'accesso equo e universale alle cure, la massimizzazione dell'efficienza, la riduzione degli sprechi e la qualità dell'assistenza⁶¹.

La figura 7 opera una differenziazione tra alcuni dei *policy tool* utili a raggiungere gli obiettivi del sistema sanitario e quelli che, con una *ratio* orientata esclusivamente al risparmio, rischiano di precluderli.

⁵⁵ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

⁵⁸ Le *user charges* vengono definite come «la quota dei costi in carico all'utente per i servizi medici e ospedalieri coperti dai piani di assicurazione sanitaria pubblica». I tipi più diffusi di *user charges* sono le *co-insurance* e i *co-payment*. Con la *co-insurance*, il paziente è tenuto a pagare una percentuale fissa (es. il 5%) del costo dei servizi di cui usufruisce. Di conseguenza, più è alto il costo del servizio, maggiore è la percentuale da pagare. Con il *co-payment*, invece, il paziente è tenuto a pagare una quota fissa (es. 5 euro) per usufruire del servizio, indipendentemente dal costo di quest'ultimo. Sul punto si veda, Madore, Odette. Luglio 1993. "Health Care Financing: User Participation", *Economics Division*, <http://www.publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp340-e.htm>

⁵⁹ Con l'espressione "spesa sanitaria *out-of-pocket*" ci si riferisce all'insieme di spese sostenute direttamente dal privato cittadino per beni, servizi o prestazioni sanitarie. La definizione è stata tratta da OECD. 2009, "Burden of out-of-pocket health expenditure", *Health at a Glance 2009: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris.

⁶⁰ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

⁶¹ *Ibid.*

Figura 7: categorizzazione dei *policy tool*

<i>Policy tool</i> che favoriscono il raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario	<i>Policy tool</i> che rischiano di precludere il raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario
Investimenti strategici in infrastrutture e attrezzature	Licenziamenti e tagli agli stipendi degli operatori sanitari
Riduzione dei prezzi dei prodotti farmaceutici	Aumento dei tempi di attesa per i servizi essenziali
Riduzione dei costi amministrativi mantenendo al contempo una buona gestione del sistema sanitario	Riduzione del numero di servizi essenziali coperti dall'assicurazione sanitaria
Politiche fiscali atte ad espandere le entrate pubbliche	Riduzione del numero di persone coperte dall'assicurazione sanitaria
Misure anticicliche, come i sussidi, per mitigare gli effetti negativi delle recessioni economiche	Introduzione e/o aumento delle tariffe per accedere ai servizi essenziali

(Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee 2012, pp. 28-29)

Come ammettono gli autori, il campo della sanità pubblica offre un esempio accurato della misura in cui i compromessi sono fondamentali nel processo decisionale. Innanzitutto, se è vero che avere un bilancio sanitario in equilibrio è importante nel contesto di una crisi finanziaria, è altrettanto vero che, in tempi normali, non è considerato un obiettivo primario⁶². Difatti, specie nei periodi di crescita, gli Stati accettano di avere un deficit sanitario più o meno elevato al fine di assicurare l'accesso universale alle cure e mantenere alta la qualità dell'assistenza⁶³. In tempi di crisi, invece, i *policy maker* degli Stati più in difficoltà si trovano in mezzo a due fuochi: da un lato, vi è l'esigenza di operare una *spending review* più o meno draconiana al fine di far respirare le casse dello Stato; dall'altro, la necessità di assicurare un accesso equo, universale e poco costoso alle cure in un periodo critico per la salute della popolazione⁶⁴.

Ciò non significa però che le politiche volte ad assicurare la sostenibilità finanziaria nel settore della sanità pubblica cozzino sempre con il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra. Al contrario, due di quelli sono proprio l'efficienza⁶⁵ e la riduzione degli sprechi. Tuttavia, nell'implementare i tagli in un settore così delicato occorre muoversi con cautela, studiando le aree dove è possibile farlo senza compromettere la qualità dell'assistenza. In altre parole, le modifiche ai livelli di spesa dovrebbero essere apportate solo in seguito

⁶² *Ibid.*

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Il presidente della Fondazione GIMBE, Antonino Cartabellotta, definisce come segue il concetto di "efficienza" in ambito sanitario: «Un sistema sanitario efficiente deve ottenere dalle risorse investite il massimo beneficio in termini di salute della popolazione. L'impossibilità di offrire "tutto a tutti" richiede la definizione di priorità per allocare le risorse in relazione a due dimensioni dell'efficienza economica: l'efficienza tecnica ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso; l'efficienza allocativa definisce le modalità per ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni per massimizzare i benefici di salute. In altre parole, se l'efficienza allocativa influenza le decisioni di programmazione sanitaria, l'efficienza tecnica consente di minimizzare i costi. L'efficienza allocativa - estremamente complessa - è poco utilizzata nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (italiano, ndr), rispetto alla "ragionieristica" efficienza tecnica di cui si fa ampio esercizio, spesso in maniera impropria». Sul punto di veda, Cartabellotta, Antonino. "La valutazione multidimensionale della qualità assistenziale. L'efficienza continua a oscurare gli indicatori di clinical governance?". *Gimbe news* 2, no. 3 (2009): 4-5, p.4

all'aver valutato con attenzione il loro impatto sugli obiettivi da raggiungere⁶⁶. Laddove, come successo in Grecia, i governi non possono far altro che ridurre il budget, l'enfasi dovrebbe essere posta sul tagliare saggiamente al fine di minimizzare gli effetti negativi sulle prestazioni del sistema sanitario⁶⁷.

Come sarà evidente nei capitoli successivi, alcuni Stati, complice una situazione finanziaria drammatica, procedettero invece con tagli orizzontali, imponderati e volti esclusivamente al generare risparmi immediati.

1.4 Quattro fattori per spiegare la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi

Gli esperti di *health policy* Aaron Reeves, Martin McKee, Sanjay Basu e David Stuckler, in un articolo pubblicato nel 2017, hanno presentato le quattro ipotesi principali formulate dal mondo accademico relative ai fattori fondamentali da analizzare per spiegare il modo in cui la spesa sanitaria reagisce ai periodi di difficoltà economica⁶⁸. Uno degli obiettivi di questa tesi è quello di valutare quale, tra le quattro argomentazioni, merita maggior supporto alla luce delle scelte di politica sanitaria operate dai governi dell'Eurozona dopo la crisi del debito.

La prima ipotesi, piuttosto intuitiva, considera la gravità della recessione, e afferma: «*Maggiore è la misura in cui un Paese è colpito dalla crisi, maggiori saranno i tagli che questo implementerà nel settore sanitario*»⁶⁹. Al fine di distinguerla dalle altre, vi si farà riferimento con l'espressione "*depth recession hypothesis*"⁷⁰. L'assunto di partenza della stessa è stato criticato (indirettamente) dagli studiosi di *health policy* Sanjay Basu e David Stuckler, i quali, nel loro libro "*The Body Economic: Why Austerity Kills*", spiegano che il ridimensionamento della spesa sanitaria pubblica non è per forza proporzionale alla gravità della recessione, essendo esso piuttosto il frutto di una precisa scelta politica⁷¹.

La "*debt crisis hypothesis*" costituisce la seconda argomentazione e si pone in un rapporto di continuità con la precedente. Questa posizione postula che «*maggiore è il livello di debito pubblico di un Paese durante una crisi, maggiori saranno i tagli che questo implementerà nel settore sanitario*»⁷². In altre parole, alti livelli di debito renderanno necessarie severe riduzioni della spesa pubblica al fine di evitare l'aumento dei tassi di interesse. Secondo i sostenitori di tale posizione, è la quota consistente di spesa pubblica allocata ogni anno alla sanità a rendere questo settore un ovvio terreno fertile in cui operare tagli, specie per gli Stati con livelli

⁶⁶ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "*Health policy responses to the financial crisis in Europe*" cit.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Sul punto si veda, Reeves, Aaron, Martin McKee, Sanjay Basu, and David Stuckler. "The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011." *Health policy* 115, no. 1 (2014): 1-8.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 2

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ Sul punto si veda, Stuckler, David, & Sanjay Basu. *The body economic: why austerity kills*. Basic Books (AZ), 2013.

⁷² Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, "*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*" cit., p. 2

di debito elevati⁷³. Anche Mladovsky *et al.*, gli ideatori del *framework* presentato nel paragrafo precedente, nello spiegare perché la sanità pubblica figura spesso tra i settori più colpiti dai tagli di bilancio, si focalizzano sul fatto che la spesa sanitaria assorbe un'ingente fetta della spesa pubblica totale. A loro avviso, inoltre, è più facile, da un punto di vista politico, tagliare nel sistema sanitario rispetto ad altre aree della protezione sociale, come le pensioni⁷⁴. Si capisce dunque come le loro argomentazioni siano agli antipodi con quelle di Pierson.

La terza ipotesi prende in considerazione l'orientamento ideologico dei governi e suggerisce che le riduzioni più consistenti della spesa sanitaria avvengono quando i partiti al potere sono posizionati a destra nello spettro politico. La "*party hypothesis*" teorizza infatti che «*mentre i governi di sinistra sono più inclini a mantenere la spesa sociale per soddisfare le esigenze della popolazione in un periodo di crisi, i governi di destra danno priorità alla riduzione del debito, ridimensionando l'impegno dello Stato in alcune aree, come quella della salute*»⁷⁵.

L'ultima ipotesi enfatizza invece il ruolo delle istituzioni finanziarie internazionali (*international financial institutions: IFIs*) e, per tale ragione, prende il nome di "*IFIs hypothesis*"⁷⁶. I sostenitori di questa posizione fanno notare che le istituzioni finanziarie internazionali promuovono da sempre i cosiddetti "programmi di aggiustamento strutturale", comprendenti politiche di privatizzazione, liberalizzazione e austerità. In particolare, il coinvolgimento del Fondo Monetario Internazionale nelle politiche economiche di alcuni Paesi è stato identificato come uno dei fattori decisivi per la contrazione dei bilanci sanitari, per via della sua linea che predilige l'accumulo di riserve e i tagli nella spesa sociale. Dunque, la *IFIs hypothesis* propone che «*la pressione da parte delle istituzioni finanziarie internazionali gioca un ruolo fondamentale nell'accrescere la propensione ad implementare tagli nel settore sanitario*»⁷⁷. Un esponente di spicco di questa teoria è Michalis Nikiforos, il quale spiega in diversi lavori che il ridimensionamento della spesa sanitaria è una costante dei programmi di austerità in tempi di crisi, specie quando è coinvolto il Fondo Monetario Internazionale, essendo un settore in cui i tagli, anche se ingenti, possono essere applicati rapidamente⁷⁸.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "*Health policy responses to the financial crisis in Europe*" cit.

⁷⁵ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, "*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*" cit., p. 2

⁷⁶ Quando si parla di istituzioni finanziarie internazionali, nell'ambito della crisi che si sta analizzando, ci si riferisce più precisamente alla Troika (per un approfondimento sulla Troika, si rimanda alla nota 19)

⁷⁷ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, "*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*" cit., p. 2

⁷⁸ Sul punto si veda, Nikiforos, Michalis. "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: Recent Experience and Future Prospects in the Post-COVID-19 Era." *European Journal of Economics and Economic Policies: Intervention* 1, no. aop (2021): 1-18

1.5 Austerità e sistemi sanitari: il dibattito

L'efficacia e la legittimità dei tagli nel settore sanitario sono da sempre oggetto di un fervente dibattito in accademia, nel mondo politico e in seno all'opinione pubblica. Le politiche di austerità adottate in risposta alla crisi economica, con i loro impatti sui sistemi sanitari nazionali, hanno rinvigorito la discussione in merito.

«*Di austerità si muore*» è il motto di chi si oppone ai tagli nella sanità⁷⁹. «*L'austerità garantisce efficienza*», risponde chi li sostiene. Nel mezzo, poi, si pone la stragrande maggioranza dei commentatori, che ammette come l'austerità sia uno strumento potenzialmente prezioso, se ben dosato.

In un celebre articolo pubblicato sul *British Medical Journal* nel 2013, la giornalista Sophie Arie si chiedeva: «*L'austerità ha portato l'Europa sull'orlo di un disastro sanitario?*»⁸⁰. I dati riferiti all'Europa mostrano che il numero di suicidi, malattie infettive e problemi di salute mentale crebbe drammaticamente negli anni più duri della recessione. Nei Paesi periferici dell'Eurozona, vale a dire i più colpiti dalle difficoltà economiche, il tasso di suicidi annuo addirittura raddoppiò⁸¹. Alcuni studiosi sono sicuri che il peggioramento della salute dei cittadini registrato negli anni successivi alla crisi fu la diretta conseguenza delle misure di austerità adottate su vasta scala. Specie in quei Paesi, come la Grecia, che si trovarono costretti ad implementare tagli drastici per evitare la bancarotta⁸².

David Stuckler e Sanjay Basu hanno scritto un libro a riguardo, eloquentemente intitolato “*The Body Economic: Why Austerity Kills*”⁸³. Nel presentarlo al pubblico, Stuckler sentenziò: «*I leader europei stanno negando l'evidenza che l'austerità sta costando delle vite*»⁸⁴. I due autori non sono d'accordo nell'affermare che il peggioramento della salute pubblica sia un'inevitabile conseguenza delle crisi economiche: «*Gli effetti di una recessione sulla salute pubblica dipendono dalla risposta della classe politica*», hanno spiegato⁸⁵. Per avvalorare la propria tesi, essi portano l'esempio della Finlandia⁸⁶ che, nonostante stesse attraversando la peggior crisi della sua storia, rimpinguò il budget sanitario piuttosto che tagliarlo, con il risultato che i dati sulla salute pubblica si mantennero su livelli più che soddisfacenti durante tutti quegli anni⁸⁷.

Sulla stessa linea di Basu e Stuckler si pone il giornalista britannico Jon Henley, che sul *The Guardian* scriveva: «*Quando si attraversano tempi duri, i governi dovrebbero investire di più o, per lo meno, tagliare dove fa meno male. È infatti pericoloso ed economicamente svantaggioso tagliare servizi vitali nel momento*

⁷⁹ Sul punto si veda, Fantinati, Mattia. 27 luglio 2018. “Di austerità si muore”, *Il Blog delle Stelle*, https://www.ilblogdellestelle.it/2018/07/di_austerita_si.html

⁸⁰ Sul punto si veda, Arie, Sophie. “Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?”. *Bmj* 346 (2013).

⁸¹ In Spagna, i suicidi aumentarono del 46% dal 2005 al 2009. In Grecia, del 27,6% tra il 2007 e il 2009. In Italia, il tasso di suicidi annuo cresceva del 10,2% prima della crisi ma cominciò a salire del 56% dopo la crisi. Sul punto si veda, *ibid.*

⁸² Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, “*Austerity and health: the impact in the UK and Europe*” cit.

⁸³ Stuckler & Basu, “*The Body Economic: Why Austerity Kills*” cit.

⁸⁴ Sul punto si veda, Allen, Katie. 29 aprile 2013, “Austerity kills, economists warn”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/economics-blog/2013/apr/29/austerity-kills-health-europe-us>

⁸⁵ Sul punto si veda, Henley, Jon. 15 maggio 2013, “Recession can hurt, Austerity kills”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills>

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Arie, “*Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?*” cit.

in cui la gente ne ha più bisogno». E ancora: «Il peggioramento della salute pubblica non è stata una conseguenza inevitabile della crisi economica, bensì una scelta politica dei governi e, nel caso dei Paesi a sud della zona euro, della Troika»⁸⁸. Gli studiosi Shane Kavanagh, Anthony LaMontagne e Sharon Brennan-Olsen condividono la medesima visione: «Le crisi economiche in sé possono recare danni alla salute, portare ad un aumento del consumo di alcol e droghe e alla crescita del tasso di suicidi. Sono però le politiche di austerità adottate in risposta alla crisi a esacerbare questi effetti drammatici»⁸⁹.

I ricercatori greci Amalia Ifanti, Andreas Argyriou, Foteini Kalofonou e Haralabos Kalofonos, commentando i tagli applicati da molti Paesi dell'Eurozona nel settore sanitario, ne fanno una questione di diritti umani: «L'universalità e l'equità del servizio dovrebbero essere mantenute anche quando la sostenibilità finanziaria dello stesso è in cima alle priorità. [...] Nell'affrontare le difficoltà economiche, i policy maker sono chiamati ad adottare approcci umanitari poiché la dignità della persona e i valori morali non possono essere messi in discussione»⁹⁰. Un'altra voce autorevole che non mancò di criticare le riforme adottate in molti sistemi sanitari europei fu poi quella di Michael Marmot, professore di Epidemiologia e Salute Pubblica alla University College London: «I governi di tutta Europa, sia di destra che di sinistra, stanno ignorando le scomode verità relative agli effetti dell'austerità sulla salute pubblica», disse nel 2013⁹¹.

A dire il vero, durante la crisi, anche il mondo politico lanciò l'allarme sulle conseguenze nefaste di eventuali tagli netti alla spesa sanitaria. Nel 2012, il Commissario Europeo per la Salute John Dalli avvertì: «La crisi economica non deve trasformarsi in una crisi sanitaria. Ciò che serve all'Europa, in questo momento, è offrire una migliore assistenza sanitaria, più estesa che mai, all'interno di un bilancio sostenibile»⁹². In Spagna, riferendosi al rincaro dei farmaci, l'eurodeputato Alejandro Cercas protestava: «La sanità pubblica dovrebbe essere in fondo alla lista dell'austerità, non una priorità. Decenni di giustizia sociale sono stati spazzati via in una manciata di anni»⁹³.

In particolare, le politiche di austerità imposte dalla Troika diedero adito a polemiche feroci negli Stati maggiormente colpiti dalla crisi. L'ex Ministro della Salute ellenico Andreas Loverdos, commentandole, ha esclamato: «Questi non sono tagli con il bisturi: sono tagli fatti con il coltello di un macellaio!»⁹⁴. Sulla stessa linea un altro politico di spicco della Grecia degli anni più bui, quell'Alexis Tsipras scelto dal popolo come

⁸⁸ Henley, "Recession can hurt, Austerity kills" cit.

⁸⁹ Sul punto si veda, Kavanagh, Shane A., Anthony D. LaMontagne, and Sharon Brennan-Olsen. "The COVID-19 response: the health impacts of austerity measures." *The Medical Journal of Australia* 214, no. 3 (2021): 142.

⁹⁰ Ifanti, Amalia A., Andreas A. Argyriou, Foteini H. Kalofonou, and Haralabos P. Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care." *Health policy* 113, no. 1-2 (2013): 8-12, p. 11

⁹¹ Arie, "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?" cit., p. 17

⁹² Sul punto si veda, Euractiv. 12 giugno 2012, "Dalli: 'The economic crisis should not turn into a health crisis'", <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/dalli-the-economic-crisis-should-not-turn-into-a-health-crisis/>

⁹³ Sul punto si veda, Siew, Adeline. 22 maggio 2013, "Inadequate Access to Medicines Puts EU at Risk", *PharmTech*, <https://www.pharmtech.com/view/inadequate-access-medicines-puts-eu-risk>

⁹⁴ Sul punto si veda, Kelland, Kate. 31 maggio 2012, "Analysis: Greeks count mental health cost of a country in crisis", *Reuters*, <https://www.reuters.com/article/us-eurozone-greece-health-idUSBRE84U0MF20120531>

Primo Ministro proprio per porre fine agli interventi “lacrime e sangue” voluti dalla Troika. Nel Consiglio Europeo del luglio 2015, entrato nella storia per la sua lunghezza e drammaticità, Tsipras fu autore di un gesto plateale. Dopo ore di estenuanti trattative, alle prime ore del mattino, egli si sfilò la giacca, la lanciò verso i suoi omonimi in segno di protesta ed urlò: «*Prendetevi anche questa!*»⁹⁵. Ancora con riferimento alla Grecia, l'ex ministro delle Finanze ellenico Yanis Varoufakis paragonò l'austerità imposta dalla Troika ad un *waterboarding*, una tortura in cui la vittima è bloccata per mezzo di asciugamani bagnati legati al volto mentre riceve secchi d'acqua in faccia, percependo una sensazione di annegamento⁹⁶. «*Crimine contro l'umanità*»: così fu definita da Varoufakis la pretesa del rigore fiscale avanzata dai tecnocrati della Troika nell'ambito dei negoziati con la Grecia⁹⁷.

I leader politici greci sono stati affiancati da molti altri nella loro battaglia contro l'imposizione di interventi fiscali restrittivi⁹⁸. In Italia, e in particolare dopo l'esperienza del governo Monti, l'austerità è diventata un nemico da combattere per tutte le forze politiche, da destra a sinistra. Luigi Di Maio, uno dei vertici del Movimento 5 Stelle, la definì «*stupida e cieca*» nel 2018⁹⁹. L'ex sottosegretario alla Pubblica Amministrazione Mattia Fantinati arrivò a dire che «*dall'austerità all'austericidio il passo è breve*»¹⁰⁰.

Di tutt'altra opinione il Ministro della Sanità del governo Monti Renato Balduzzi, il quale, durante gli anni della *spending review*, ribadì più volte la necessità di «*spendere meno per spendere meglio*» e, che, a tal fine, occorreva «*tenere sotto controllo la spesa sanitaria delle Regioni*»¹⁰¹. Concorda con lui Elias Mossialos, professore alla *London School of Economics*: pur ammettendo che «*l'austerità ha degli ovvi impatti sulla salute*», egli ritiene scorretto utilizzare questa motivazione per «*giustificare una spesa sempre crescente, anche quando non serve*»¹⁰². Persino il nuovo Presidente del Consiglio italiano, Mario Draghi, ribadì in passato che un'austerità “buona” esiste ed è quella sostenuta da un piano solido di riforme strutturali¹⁰³.

In questo paragrafo si è capito come l'austerità post-crisi sia stata ferocemente contestata: molti reputano inopportuni i tagli massicci in un settore cruciale per la vita dei cittadini; altri sostengono che si possono generare risparmi senza per forza dequalificare il servizio. Sicuramente, la crisi finanziaria e quella dell'Eurozona hanno inaugurato un'epoca nuova e il concetto di “austerità”, specie quando applicato nel settore della sanità pubblica, è tornato ad essere più divisivo che mai.

⁹⁵ Sul punto si veda, De Romanis, Veronica. *L'austerità fa crescere: quando il rigore è la soluzione*. Marsilio Editori spa, 2017, p. 10

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*, p. 22.

⁹⁸ *Ibid.*

⁹⁹ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit., p. 8

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 7

¹⁰¹ Sul punto si veda, Galeazzi, Lorenzo. 6 settembre 2012, “Sanità, Balduzzi: “Spendere meno per spendere meglio”, *Il Fatto Quotidiano*, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2012/09/06/sanita-balduzzi-spendere-meno-spendere-meglio/3159332/>

¹⁰² *Ibid.*, p. 17

¹⁰³ De Romanis, “*L'austerità fa crescere*” cit.

2. Il caso studio della Grecia

In questo capitolo saranno presentate le misure di austerità adottate in Grecia e verranno approfonditi i loro impatti sul sistema sanitario nazionale (*ESY*), insieme agli effetti sulla salute della popolazione. Nel primo paragrafo, si fornirà una panoramica della crisi economica che sconvolse il Paese a partire dall'ottobre del 2009, quando il neopremier George Papandreou rivelò al mondo il reale stato delle finanze elleniche. Nella seconda sezione, si presenterà una cronistoria dei pacchetti di austerità varati negli anni successivi, sotto l'attenta supervisione della Troika. Nel terzo paragrafo, vero fulcro del capitolo, si scenderà nel dettaglio analizzando gli impatti delle misure di austerità sul sistema sanitario nazionale, con la qualità dell'assistenza che subì un rapido deterioramento in un momento topico della storia ellenica.

2.1 La crisi greca

A partire da metà degli anni Novanta fino alla crisi, l'economia greca conobbe un periodo di costante espansione, con tassi annuali di crescita di gran lunga superiori a quelli di altri Paesi europei¹⁰⁴. Nel 2001, la Grecia entrò a far parte della zona euro, con un deficit di bilancio che si credeva essere ben al di sotto della soglia stabilita dal *Patto di Stabilità e Crescita*¹⁰⁵. Tutto appariva perfetto: nei primi anni 2000 il tasso medio di crescita del PIL pro capite si attestava ad un entusiasmante 4%¹⁰⁶ e le Olimpiadi ospitate da Atene nel 2004 giunsero a coronamento di una fase storica estremamente positiva per il popolo ellenico. Tale crescita poderosa fu resa possibile da una politica fiscale tutt'altro che rigorosa¹⁰⁷, che generò un aumento artificioso di consumi e investimenti¹⁰⁸. Il settore pubblico si fece sempre più esteso, con gli impiegati statali che, nel 2008, raggiunsero la cifra record di un milione su una popolazione di circa dieci milioni di abitanti^{109 110}.

Sul finire del decennio, si scoprì però che il deficit di bilancio, a partire dal 1999, non era mai stato inferiore alla soglia del 3% prevista dal *Patto di Stabilità e Crescita*¹¹¹. Nel 2004, lo stesso governo greco ammise di aver barato per entrare nell'euro e di aver fornito bilanci falsificati alle autorità europee, con la volontà di far credere che il rapporto deficit/PIL fosse ben al di sotto del tetto massimo previsto dalle regole comunitarie a

¹⁰⁴ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹⁰⁵ Il *Patto di Stabilità e Crescita* è un accordo, varato nel giugno 1997 dal Consiglio Europeo, che mira a disciplinare il bilancio degli Stati membri dell'UE per evitare disavanzi pubblici eccessivi, garantendo così la stabilità monetaria. Per essere ammessi nell'Unione monetaria, i Paesi candidati devono rispettare due criteri di natura fiscale: un deficit di bilancio inferiore al 3% del PIL e un debito pubblico inferiore al 60% o in costante diminuzione verso quella soglia. Sul punto si veda, Guerrieri, Paolo. "Patto di Stabilità e Crescita", *Treccani*, https://www.treccani.it/enciclopedia/patto-di-stabilita-e-crescita-psc_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/

¹⁰⁶ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹⁰⁷ La crescita fu in gran parte trainata dalla spesa pubblica. In poco più di cinque anni, il rapporto spesa pubblica su PIL aumentò dal 46% al 51%. Sul punto si veda, De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

¹⁰⁸ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹⁰⁹ De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

¹¹⁰ Peraltro, i loro stipendi raddoppiarono nel giro di dieci anni. Sul punto si veda, Bini Smaghi, Lorenzo. *Morire di Austerità*, Il Mulino, 2013

¹¹¹ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

salvaguardia della moneta unica¹¹². Negli stessi anni, il rapporto debito/PIL viaggiava già con percentuali superiori al 100% e raggiunse il 126% nel 2009, nonostante la straordinaria espansione degli anni precedenti¹¹³. Contemporaneamente, la crescita più che proporzionale dei salari rispetto alla produttività comportò una perdita di competitività internazionale. Evasione fiscale, sprechi nella spesa pubblica e stime troppo ottimistiche si posero alla base del disastro consumatosi a partire dal 2009¹¹⁴.

La situazione precipitò quando, il 6 ottobre di quell'anno, il neopremier George Papandreou rivelò al mondo il reale stato delle finanze elleniche. Tra le altre cose, egli annunciò che il deficit di bilancio non si attestava tra il 2% e il 3% del PIL, bensì ad uno spaventoso 12,6%¹¹⁵. Peraltro, tale percentuale fu rivista al rialzo al 15,4% dall'*ELSTAT* (l'istituto nazionale di statistica greco), il cui direttore, Andreas Georgiou, fu accusato di aver gonfiato artificialmente l'entità del deficit ellenico al fine di far apparire la crisi più grave di quello che in realtà fosse. Georgiou, che smascherò i trucchetti contabili con cui Atene era riuscita ad entrare nell'euro pur non avendone i requisiti, fu addirittura condannato¹¹⁶. I mercati entrarono nel panico. Nei mesi successivi, le tre più importanti agenzie di *rating* (*Standard & Poor's*, *Moody's Investor Service* e *Fitch Ratings*) declassarono il debito greco¹¹⁷. Già nella primavera del 2010 la Grecia aveva perso ogni accesso ai mercati finanziari e il debito pubblico schizzò al 150% del PIL¹¹⁸.

Come sottolineato da Alesina, Giavazzi e Favero, la crisi ebbe effetti particolarmente drammatici dal momento che tre shock colpirono in contemporanea l'economia greca¹¹⁹. Il primo è rappresentato dalla crisi del debito sovrano, con la conseguente perdita di fiducia degli investitori. Il secondo ha avuto origine nel sistema bancario, a causa delle difficoltà di numerosi istituti di credito per via della grande quantità di titoli di Stato contenuti nei loro bilanci. In ultimo, l'economia ellenica fu colpita da un *sudden stop*, vale a dire da un'improvvisa diminuzione dei flussi in entrata di capitali esteri, motivata soprattutto dai timori di un mancato rimborso del debito pubblico estero¹²⁰.

¹¹² Sul punto si veda, Carassava, Anthee. 23 settembre 2004, "Greece Admits Faking Data to Join Europe", *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2004/09/23/world/europe/greece-admits-faking-data-to-join-europe.html>

¹¹³ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ Sul punto si veda, Antonopoulos, Rania & Dimitri B. Papadimitriou. "Economic Turbulence in Greece." *Economic and Political Weekly* (2012): 55-63.

¹¹⁶ Sul punto si veda, Da Rold, Vittorio. 2 agosto 2017, "Grecia, condannato l'economista che nel 2010 svelò il deficit reale", *Il Sole 24 Ore*, https://www.ilsole24ore.com/art/grecia-condannato-economista-che-2010-svelo-deficit-reale-AE9war7B?refresh_ce=1

¹¹⁷ Jolly, "Moody's Again Reduces Greece's Credit Rating" cit.

¹¹⁸ Alesina, Giavazzi and Favero, *Austerity: When it Works and when it Doesn't* cit.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Sul punto si veda, Treccani. "Sudden Stop", https://www.treccani.it/enciclopedia/sudden-stop_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/

2.2 L'austerità e l'intervento della Troika

Ad inizio febbraio 2010, consapevole che l'economia greca fosse sul punto di collassare¹²¹, il governo Papandreou varò il primo pacchetto di austerità, che prevedeva il congelamento degli stipendi dei dipendenti pubblici¹²². Ne seguì un altro il mese successivo, decisamente più draconiano. Il Primo Ministro, dinanzi al popolo sceso in piazza a protestare, ammise: «*Dobbiamo prendere decisioni difficili che in molti casi saranno ingiuste. Siamo in una corsa contro il tempo per salvare la nostra economia: il Paese è in uno stato di guerra*»¹²³. Il 23 aprile 2010, il governo greco richiese formalmente l'attivazione del programma di salvataggio da parte delle istituzioni finanziarie internazionali¹²⁴. La Troika accettò di intervenire rapidamente con un *bailout* e pochi giorni dopo si raggiunse l'accordo per un primo prestito da 110 miliardi di euro in tre anni, in cambio di tagli ingenti alla spesa pubblica e severe misure di austerità¹²⁵. Nel frattempo, il differenziale di rendimento tra i decennali greci e gli analoghi titoli tedeschi, il cosiddetto *spread*, sfondò la barriera dei 1000 punti base¹²⁶. Il Paese scivolò sull'orlo di una guerra civile¹²⁷ quando, il 2 maggio, il governo greco annunciò un terzo pacchetto di austerità, di dimensioni inedite, sperando di risparmiare ben 38 miliardi di euro in due anni e di riportare il rapporto deficit/PIL dal 13,6% a sotto la soglia del 3%¹²⁸.

Alla fine, saranno quattordici i pacchetti di austerità varati in sette anni. Il consolidamento fiscale realizzato in Grecia, pari a circa il 20% del PIL, è stato di gran lunga il più imponente tra quelli dei Paesi periferici della zona euro. Alesina, Giavazzi e Favero l'hanno definito infatti una «*correzione fiscale straordinaria*»¹²⁹. L'aggiustamento era basato per il 12% su tagli alla spesa e per il restante 8% su aumenti delle tasse. A partire dal 2010, anno del primo piano fiscale, il programma di austerità subì innumerevoli

¹²¹ Come nota Veronica De Romanis: «*La liquidità residua non era sufficiente nemmeno per garantire l'erogazione dei servizi pubblici essenziali come scuole, ospedali, assistenza agli anziani*». Sul punto si veda, De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit., p. 33

¹²² Sul punto si veda, BBC. 3 febbraio 2010, "Greece unveils austerity programme to cut deficit", <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/8494849.stm>

¹²³ Sul punto si veda, Smith, Helena. 3 marzo 2010, "Greece unveils radical austerity package", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2010/mar/03/greece-austerity-measures>

¹²⁴ Sul punto si veda Kitsantonis, Niki & Matthew Saltmarsh. 23 aprile 2010, "Greece, Out of Ideas, Requests Global Aid", *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2010/04/24/business/global/24drachma.html>

¹²⁵ Antonopoulos & Papadimitriou, "Economic Turbulence in Greece" cit.

¹²⁶ Sul punto si veda, Reuters. 28 aprile 2010, "Greek/German bond yield spread more than 1,000 bps", <https://www.reuters.com/article/markets-bonds-greece-idUSLDE63R0WU20100428>

¹²⁷ Il 5 maggio fu un giorno campale nella storia greca: venne indetto uno sciopero nazionale di quarantott'ore che coinvolse tutti i settori della società, dal traffico aereo a quello marittimo, dagli ospedali alle scuole. Nella capitale Atene, scesero in piazza circa 500.000 persone e l'escalation di violenza culminò nella morte di tre civili, deceduti per asfissia dopo che alcuni manifestanti avevano lanciato delle bombe molotov in una filiale della *Marfin Egnatia Bank*. Nel 2011, le proteste anti-austerità si fecero più strutturate e si estesero in tutte le città della Grecia. Da maggio ad agosto, ispirandosi agli "indignados" spagnoli, centinaia di migliaia di persone scesero in piazza contro il governo e la Troika. Sul punto si veda, Papamidas, Lefteris & Maltezos Renee. 5 maggio 2010, "Greek anti-austerity march erupts in violence, 3 dead", *Reuters*, <https://www.reuters.com/article/us-greece-idUSTRE6441N620100505> (ultimo accesso: 6 marzo); si veda anche Hunton, Ed. 29 giugno 2011, "Scenes From the Greek Protests 2011", *CNBC*, <https://www.cnbc.com/2011/06/15/Scenes-From-The-Greek-Protests-2011.html>

¹²⁸ Sul punto si veda, Smith, Helena. 6 maggio 2010, "Greece approves sweeping austerity measures", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2010/may/06/greece-crisis-approves-austerity-measures>

¹²⁹ Alesina, Giavazzi e Favero, "Austerity, When It Works and When It Doesn't", capitolo 8.5 "The Greek Tragedy" cit., p. 235

revisioni e fu oggetto di infuocati negoziati tra le autorità greche e la Troika. Il governo ellenico si lamentò in diverse occasioni di come le condizionalità poste dalle autorità finanziarie internazionali fossero impossibili da rispettare. Peraltro, il piano varato nel 2010 dalla Troika fallì, dal momento che la Grecia era entrata in una spirale recessiva e le previsioni sulle quali esso era basato si rivelarono essere eccessivamente ottimistiche¹³⁰.

A febbraio 2012, i ministri delle Finanze dell'Unione Europea trovarono quindi l'accordo con il governo greco per un secondo pacchetto di salvataggio da 130 miliardi, che includeva una parziale ristrutturazione del debito ellenico¹³¹ con l'obiettivo di ridurre il rapporto debito/PIL al 120% entro il 2020¹³². Da parte sua, il governo greco assicurò il suo impegno verso la realizzazione di nuovi pacchetti di austerità, inclusi tagli draconiani alla spesa pubblica, maggiori privatizzazioni e una riforma del sistema fiscale¹³³. Lo sforzo del governo si intensificò, il che si tradusse con sacrifici sempre più importanti richiesti ai cittadini. A marzo, alla vigilia della ristrutturazione del debito, il rendimento dei bond greci volò al 38,97%¹³⁴.

Analizzando il piano di consolidamento fiscale greco, si capisce come questo abbia interessato tutti i settori della società e dell'economia. L'IVA fu aumentata dal 19% al 23%¹³⁵, l'età pensionabile fu portata a 67 anni¹³⁶, nuove accise su alcool, sigarette, carburante e beni di lusso furono introdotte, così come un'imposta straordinaria sui profitti¹³⁷. Il salario minimo fu ridotto alla modica cifra di 585€¹³⁸, le pensioni e gli stipendi pubblici furono prima congelati e poi tagliati (le prime fino al 15%, i secondi fino al 30%)¹³⁹, gli investimenti subirono un drastico ridimensionamento e i sussidi di disoccupazione vennero rivisti al ribasso¹⁴⁰. In totale, la spesa pubblica crollò del 30% nel quinquennio 2009-2014¹⁴¹. Le due più grande compagnie del gas della penisola ellenica furono privatizzate¹⁴² e l'emittente statale televisiva ERT venne chiusa¹⁴³. Il numero di aziende pubbliche crollò (da 6000 a 2000), così come quello dei comuni (da 1000 a 400)¹⁴⁴. Per giunta, gli

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ Tale ristrutturazione comportò la cancellazione del 53,5% del valore nominale dei titoli in circolazione. Sul punto si veda, De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

¹³² Sul punto si veda, Wearden, Graeme & Helena Smith. 21 febbraio 2012. "Eurozone reaches deal on second Greece bailout after all-night talks", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2012/feb/21/eurozone-reaches-second-greece-bailout-deal>

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Tradingeconomics. Greek Government Bond 10Y, <https://tradingeconomics.com/greece/government-bond-yield>

¹³⁵ Sul punto si veda, BBC. 5 maggio 2010, "Greece's austerity measures", <https://www.bbc.com/news/10099143>

¹³⁶ Sul punto si veda, Labropoulou, Elinda & Laura Smith-Spark, 8 novembre 2012, "Greek Parliament approves austerity cuts", *CNN World*, <https://edition.cnn.com/2012/11/07/world/europe/greece-austerity>

¹³⁷ BBC, "Greece's austerity measures" cit.

¹³⁸ Sul punto si veda, Kitsantonis, Niki & Rachel Donadio. 12 febbraio 2012, "Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage", *The New York Times*, https://www.nytimes.com/2012/02/13/world/europe/greeks-pessimistic-in-anti-austerity-protests.html?pagewanted=all&_r=0 (ultimo accesso: 7 marzo)

¹³⁹ Labropoulou & Smith-Spark, "Greek Parliament approves austerity cuts" cit.

¹⁴⁰ Alesina, Giavazzi, and Favero, "Austerity, When It Works and When It Doesn't", capitolo 8.5 "The Greek Tragedy" cit.

¹⁴¹ Sul punto si veda, Duval, Guillaume. 24 agosto 2018, "Ten graphs to understand the Greek crisis", *European Data Journalism Network*, <https://www.europeandatajournalism.eu/eng/News/Data-news/Ten-graphs-to-understand-the-Greek-crisis>

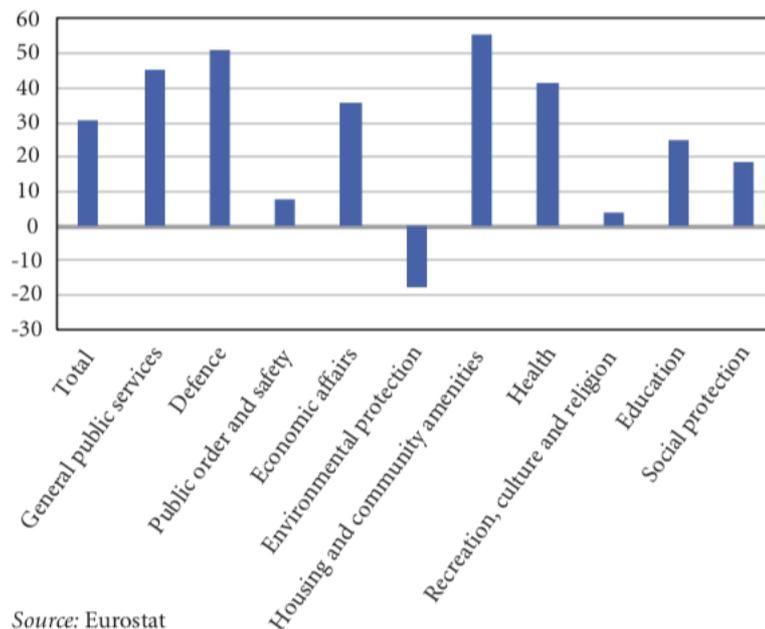
¹⁴² Kitsantonis & Donadio, "Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage" cit.

¹⁴³ Sul punto si veda, Alderman, Liz. 11 giugno 2013, "Greece Shuts Broadcaster in Bid to Shoe Resolve", *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2013/06/12/world/europe/greece.html>

¹⁴⁴ BBC, "Greece's austerity measures" cit.

effetti benefici sull'economia di queste misure drastiche furono ancora una volta sopravvalutati ed ulteriori interventi di austerità si resero necessari per tentare di raggiungere gli obiettivi prefissati. Nonostante gli sforzi chiesti alla popolazione, il rapporto debito/PIL continuò a crescere vertiginosamente, fino a toccare il 180% nel 2014¹⁴⁵. In sette anni, dall'inizio della crisi, la Grecia perse il 45% del suo PIL, con la crescita, seppur flebile, che ripartì definitivamente soltanto nel 2017¹⁴⁶. Come mostra la figura 8, quasi tutti i settori furono colpiti dai tagli draconiani implementati in quegli anni drammatici. L'unica voce di spesa che non subì ridimensionamenti fu quella relativa alla protezione ambientale¹⁴⁷.

Figura 8: Riduzione della spesa pubblica per funzione (% , 2009-2018)



(EUROSTAT in Nikiforos 2020, p. 6)

Con la spesa per la protezione sociale ridotta del 18,5%¹⁴⁸, appare scontato ribadire che le conseguenze sociali furono tremende. Nel 2014, le persone a rischio povertà costituivano il 36% della popolazione totale¹⁴⁹ dopo che il PIL pro capite subì una contrazione del 22% in cinque anni¹⁵⁰. La disoccupazione media salì al 27,5% nel 2013 (+20% rispetto al 2008), con quella giovanile che si attestava ad uno spaventoso 60%¹⁵¹.

¹⁴⁵ Alesina, Giavazzi, and Favero, "Austerity, When It Works and When It Doesn't", capitolo 8.5 "The Greek Tragedy" cit.

¹⁴⁶ The World Bank Data. GDP (Current US\$, Greece). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2019&locations=GR&start=2008>

¹⁴⁷ Nikiforos, "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-Covid-19 era" cit.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Sul punto si veda Misiani, Antonio. "I numeri della tragedia greca", *NENS* (2015)

¹⁵⁰ De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

¹⁵¹ Sul punto si veda, Ferraino, Giuliana. 19 agosto 2018, "La Grecia esce dal programma di aiuti: addio alla Troika dopo 8 anni di crisi", *Il Corriere della Sera*, https://www.corriere.it/economia/18_agosto_19/grecia-esce-programma-aiuti-addio-troika-8-anni-criisi-65254b8c-a383-11e8-9b60-adccaa96935d.shtml

Ancora nel 2018, il 20% dei greci non aveva un lavoro, contro una media dell'8,3% nell'Eurozona¹⁵². Le diseguaglianze sociali all'interno del Paese diventarono sempre più marcate: l'indice di Gini, che misura il grado di disparità nella distribuzione del reddito, crebbe dal 33,1% del 2009 al 35,5% del 2014¹⁵³.

L'instabilità politica di quegli anni di certo non aiutò la gestione della crisi. Il premier Papandreou rassegnò le dimissioni nel novembre 2011, in seguito alle pressioni della Troika per un governo di unità nazionale. L'economista Lucas Papademos si insediò come Primo Ministro a capo di un nuovo governo¹⁵⁴, con l'obiettivo specifico di portare avanti il consolidamento fiscale e di redigere il sesto, draconiano e impopolare pacchetto di austerità¹⁵⁵. Papademos traghettò il Paese alle elezioni del giugno 2012, vinte dal partito di centro-destra Nuova Democrazia, il cui leader, Antonis Samaras giurò come Primo Ministro¹⁵⁶. Samaras continuò con l'aggiustamento fiscale, sotto la rigida supervisione della Troika, e guidò il Paese fino ad inizio 2015, quando fu costretto a dimettersi¹⁵⁷. Le elezioni indette subito dopo videro lo straordinario successo del partito di sinistra radicale *Syriza*, con istanze marcatamente anti-austerità. Il suo leader, Alexis Tsipras, fu nominato capo del governo e, nel primo discorso dopo l'insediamento, promise alla popolazione che il suo esecutivo non avrebbe più accettato di sottostare ai *diktat* delle istituzioni finanziarie internazionali e dell'Unione Europea¹⁵⁸. Il 5 luglio venne indetto un referendum, in cui veniva chiesto al popolo greco di approvare o respingere il nuovo pacchetto di aiuti proposto dalla Troika. Il no (il famoso "oxi") vinse in modo schiacciante, mettendo a rischio la permanenza di Atene nella zona euro¹⁵⁹. Nel vertice europeo di emergenza tenutosi una settimana dopo, quello drammatico descritto nel capitolo precedente, Tsipras dovette trattare con il gruppo dei falchi, guidato dal Ministro delle Finanze tedesco Wolfgang Schäuble, il quale propose un'uscita temporanea della Grecia dalla zona euro per un periodo di cinque anni¹⁶⁰. Alla fine prevalse la linea moderata, sponsorizzata dalla Cancelliera tedesca Angela Merkel, e Tsipras finì col firmare un piano di aiuti più svantaggioso di quello oggetto del referendum del 5 luglio. Il terzo ed ultimo pacchetto di salvataggio

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ L'indice di Gini è pari a 0 quando il reddito è egualmente distribuito e pari a 100 quando la diseguaglianza è massima. Sul punto si veda, De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

¹⁵⁴ Sul punto si veda, BBC. 10 novembre 2011, "Lucas Papademos named as new Greek prime minister", <https://www.bbc.com/news/world-europe-15671354>

¹⁵⁵ Kitsantonis & Donadio, "Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage" cit.

¹⁵⁶ Il suo esecutivo poteva contare sull'appoggio dei socialisti del *PASOK* e della sinistra moderata di *DIMAR*. Sul punto si veda, Da Rold, Vittorio. 20 giugno 2012, "La Grecia ha un nuovo governo. Samaras: sia a lungo termine. I socialisti del PASOK non chiedono incarichi", *Il Sole 24 Ore*, <https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-06-20/venizelos-grecia-governo-pasok-133908.shtml?uuid=Ab6DuQvF>

¹⁵⁷ Il parlamento ellenico aveva votato tre volte per le elezioni del Presidente della Repubblica, senza riuscire ad eleggerlo. La legge greca prevede che, in tale circostanza, il premier sciogla le camere e indica nuove elezioni politiche. Sul punto si veda, Granitsas Alkman, Stelios Bouras, and Charles Forelle. 29 dicembre 2014, "Greek vote for President Fails, Reviving Uncertainty", *The Wall Street Journal*, <https://www.wsj.com/articles/greece-to-face-early-elections-after-presidential-vote-fails-1419850337>

¹⁵⁸ Sul punto si veda, Morris, Chris. 26 gennaio 2015, "Greece election: Syriza leader Tsipras vows to end austerity pain", *BBC*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-30978052>

¹⁵⁹ Sul punto si veda, Xezonakis, Georgios & Felix Hartmann. "Economic downturns and the Greek referendum of 2015: Evidence using night-time light data." *European Union Politics* 21, no. 3 (2020): 361-382.

¹⁶⁰ Sul punto si veda, De Romanis, "L'austerità fa crescere" cit.

sottoscritto dalla Troika, del valore di 86 miliardi, era infatti vincolato a gravose condizionalità¹⁶¹. Parte della popolazione e degli organi di stampa greci parlarono di “tradimento”¹⁶². Negli anni del governo Tsipras vennero adottati diversi pacchetti di austerità, di portata sicuramente minore rispetto ai primi¹⁶³. La Grecia uscì ufficialmente dal programma di salvataggio della Troika il 20 agosto 2018, sebbene non tutti i problemi della sua debole economia fossero stati risolti. Tsipras definì quel giorno come «*la fine di un'odissea*»¹⁶⁴.

Diversi commentatori internazionali, nonché lo stesso Fondo Monetario Internazionale, ammisero a posteriori che l'austerità estrema imposta alla Grecia fu una scelta sbagliata¹⁶⁵. La Troika e le autorità greche sapevano che i piani fiscali adottati erano basati su previsioni eccessivamente ottimistiche e su valutazioni irrealistiche degli obiettivi. Come spiegano Alesina, Giavazzi e Favero: «*Il governo greco sapeva che non avrebbe potuto raggiungere gli obiettivi prefissati, ma sperava che la Troika avrebbe accettato una realizzazione parziale delle promesse. Almeno per un po' la Troika e il governo greco hanno cercato di infondere ottimismo ai mercati fingendo che i piani stessero funzionando, anche se così non era e ne erano entrambi consapevoli*»¹⁶⁶.

2.3 Le riforme nel sistema sanitario nazionale ellenico

Prima della crisi, il budget sanitario, in linea con le altre voci di spesa, era in costante crescita. Basti pensare che nel periodo 2000-2009 la spesa sanitaria pro capite in Grecia andava aumentando con un tasso medio del 6,9% all'anno, rispetto al 4% degli altri Paesi OCSE¹⁶⁷. Allo stesso modo, la spesa sanitaria pubblica stava facendo registrare un trend di crescita, fino ad arrivare al 6,6% del PIL nel 2010¹⁶⁸ (figura 9).

¹⁶¹ Il piano definitivo risultò essere ancor più rigoroso, specie per il rigido controllo della spesa pubblica, in quanto, come spiegato da Veronica De Romanis: «*Se il governo ellenico avesse deciso di spendere più di quanto concordato, la differenza sarebbe stata coperta non più con una crescita del disavanzo, come in passato, ma con riduzioni ad altre voci di spesa*». Sul punto si veda, De Romanis, “*L'austerità fa crescere*” cit., p. 57

¹⁶² Sul punto si veda, Lorenzini, Davide. 21 agosto 2019, “Alexis Tsipras: ascesa e declino del paladino anti-austerità”, *Il Caffè Geopolitico*, <https://ilcaffegeopolitico.net/109270/alexis-tsipras-ascesa-e-declino-del-paladino-anti-austerita>

¹⁶³ Sul punto si veda, Kitsantonis, Niki. 15 gennaio 2018, “Greece Adopts New Austerity Measures to Placate Creditors”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2018/01/15/world/europe/greece-austerity-bailout.html>

¹⁶⁴ Ferraino, “*La Grecia esce dal programma di aiuti: addio alla Troika dopo 8 anni di crisi*” cit.

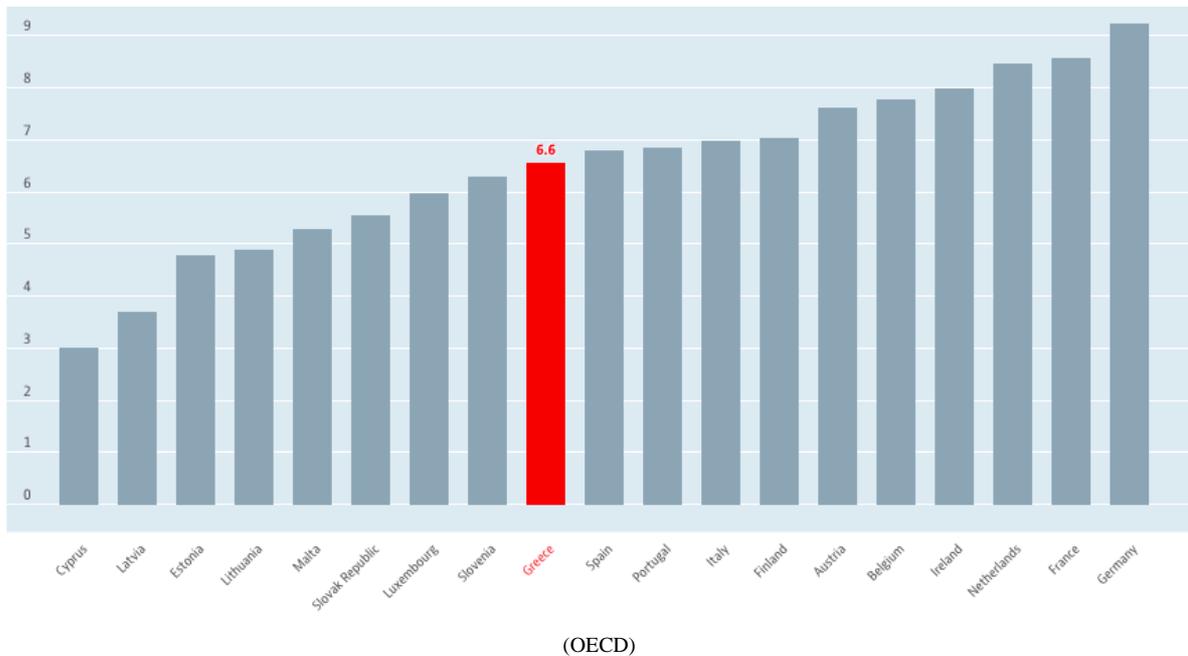
¹⁶⁵ Sul punto si veda, Elliott, Larry, Phillip Inman, and Helena Smith, 5 giugno 2013, “IMF admits: we failed to realise the damage austerity would do to Greece”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2013/jun/05/imf-underestimated-damage-austerity-would-do-to-greece>

¹⁶⁶ Alesina, Giavazzi, and Favero, “*Austerity, When It Works and When It Doesn't*”, capitolo 8.5 “*The Greek Tragedy*” cit., pp. 243-244

¹⁶⁷ OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, p. 149, OECD Publishing, Paris, 2011.

¹⁶⁸ Database OECD. Health spending (Total, % of GDP). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Figura 9: rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL nei Paesi dell'Eurozona (2010)



Come si è visto nel paragrafo precedente, il governo Papandreou chiese l'aiuto del programma di salvataggio della Troika per evitare il default. Da quel momento, in modo del tutto inedito nella storia europea, le istituzioni finanziarie internazionali cominciarono a dettare la linea sulle politiche sanitarie da implementare, pur essendo queste di competenza statale, in virtù dell'art. 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE)¹⁶⁹. Tale circostanza sollevò dubbi sulla legittimità dell'operato della Troika e generò confusione sulla tradizionale ripartizione di competenze in seno all'Unione. In un famoso articolo pubblicato sul *British Medical Journal*, l'esperto di *health policy* Nick Fahy lanciò l'allarme, chiedendosi: «Chi sta plasmando il futuro dei sistemi sanitari europei?»¹⁷⁰. Nello stesso periodo, anche Irlanda, Portogallo, Cipro e, in misura minore, Spagna e Italia dovettero negoziare le riforme in ambito sanitario con la Troika, come parte dei *bailout* ai quali erano sottoposti¹⁷¹.

Il coinvolgimento della Troika nella sanità pubblica greca fu sostanziale, in quanto le istituzioni finanziarie imposero l'obiettivo di mantenere il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL ad un livello massimo del 6%¹⁷². I pacchetti di austerità adottati dal 2010 in avanti dai vari governi succedutisi in quegli anni agirono in quella direzione.

¹⁶⁹ In base all'art.168 TFUE, la sanità pubblica è una competenza condivisa tra l'Unione Europea e gli Stati Membri. Ad ogni modo, sono questi ultimi a definire il budget sanitario, ad erogare i servizi sanitari e a fornire assistenza medica. L'Unione Europea ha un compito di coordinamento delle varie politiche nazionali, ma solo se gli Stati lo richiedono. Non ha il potere di adottare legislazioni, bensì solo raccomandazioni non vincolanti. Sul punto si veda, EUR-lex, "Glossario delle sintesi: sanità pubblica", https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/public_health.html?locale=it

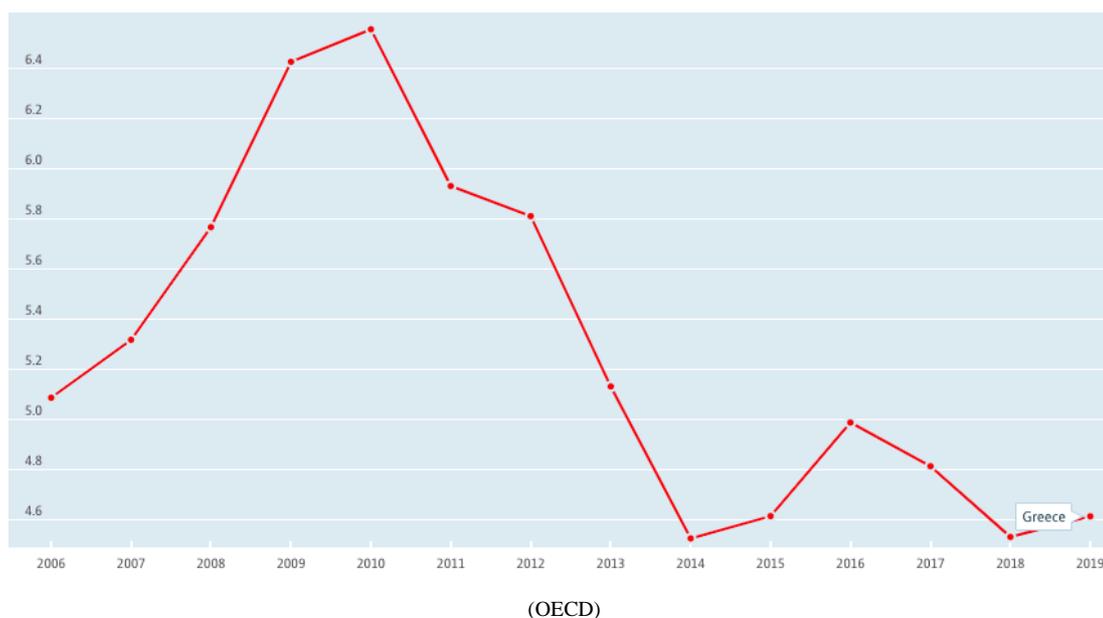
¹⁷⁰ Sul punto si veda, Fahy, Nick. "Who is shaping the future of European health systems?." *Bmj* 344 (2012).

¹⁷¹ *Ibid.*

¹⁷² Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." cit.

I tagli furono draconiani: la spesa sanitaria pubblica fu ridotta di quasi il 50% tra il 2009 e il 2014¹⁷³. Sebbene sia andata in leggera ripresa a partire dal 2014, nel 2018 essa era ancora inferiore del 42% rispetto al livello fatto registrare nove anni prima, quando tutto ebbe inizio¹⁷⁴. Il ridimensionamento più drastico, in termini assoluti, si registrò tra il 2012 e il 2013, quando il budget per finanziare il sistema sanitario fu ridotto dai 6,11 miliardi di euro allocati nel 2012 ai 4,4 miliardi stanziati nel 2013¹⁷⁵. Allarmati dall'entità dei tagli, 100 accademici ellenici scrissero una lettera aperta all'allora Primo Ministro Samaras, definendo «*irragionevoli, brutali e scioccanti*» le richieste fatte dalla Troika, invitandolo dunque a disobbedire¹⁷⁶. I loro appelli rimasero inascoltati. Il rapporto spesa sanitaria pubblica su PIL crollò dal 6,56% del 2010 al 4,53% del 2014, ben al di sotto del limite imposto dalla Troika¹⁷⁷. Nel 2018, quando la Grecia uscì dal programma di salvataggio, tale rapporto si attestava ancora al 4,53%¹⁷⁸. Soltanto quattro Paesi, tra quelli dell'Eurozona, allocavano alla sanità pubblica una quota di PIL inferiore: Lussemburgo (4,4%), Lituania (4,4%), Lettonia (3,7%) e Cipro (2,9%)¹⁷⁹. Con riferimento alla Grecia, la figura 10 mostra l'andamento del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dal 2006 al 2019.

Figura 10: rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL in Grecia (2006-2019)¹⁸⁰



¹⁷³ Nikiforos, "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-Covid-19 era" cit.

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care" cit.

¹⁷⁶ Sul punto si veda, Kakouli, Thomais. "'Troika' mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an open letter to the Greek government." *Bmj* 346 (2013).

¹⁷⁷ Database OECD. Health spending (government/compulsory, % of GDP, 2008-2019). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ Il valore relativo al 2019 si intende stimato.

In Grecia, il sistema sanitario pubblico (*ESY: Εθνικό Σύστημα Υγείας*) è finanziato da un mix di tassazione, assicurazione sanitaria e spese private¹⁸¹. Ancor prima che la crisi colpisse il Paese, l'*ESY* era in preda a delle evidenti problematiche. Un report dell'OMS datato 2014 ne menzionava alcune: struttura organizzativa obsoleta, alto grado di centralizzazione nei processi decisionali, mancanza di pianificazione e coordinamento, cattiva allocazione di risorse umane ed economiche, diseguaglianze nell'accesso ai servizi e *co-payments*¹⁸² troppo elevati per la popolazione¹⁸³. A questi si aggiungeva un alto livello di corruzione endemica¹⁸⁴.

L'accesso all'assistenza sanitaria era basato essenzialmente sullo status occupazionale del cittadino, dal momento che coloro che pagavano l'assicurazione sanitaria erano automaticamente iscritti ad uno dei fondi, a seconda del loro lavoro. Tali fondi, che nel 2010 coprivano il 97% della popolazione, includevano l'*IKA* (che copriva i lavoratori nelle aree urbane), l'*OAEF* (che copriva i lavoratori autonomi) e l'*OPAD* (che copriva i dipendenti pubblici)¹⁸⁵. L'estensione della copertura sanitaria della quale un individuo usufruiva dipendeva dal fondo al quale era iscritto. I pensionati erano coperti dal fondo a cui erano iscritti quando lavoravano, mentre i disoccupati usufruivano di un fondo specifico finanziato dallo Stato. Le fasce più povere della popolazione avevano diritto all'assistenza gratuita¹⁸⁶.

Nel 2011, in seguito alle prime misure di austerità, i diversi fondi furono uniti sotto l'*EOPYY*¹⁸⁷. Il risultato fu che molti servizi e test costosi, incluso quello per l'HIV¹⁸⁸, furono rimossi dalla lista delle prestazioni gratuite¹⁸⁹. In altre parole, i cittadini greci dovettero cominciare a sostenere autonomamente le spese per usufruire di quei servizi a cui prima accedevano gratuitamente grazie ai fondi basati sull'occupazione. Inoltre, attraverso l'*EOPYY*, le persone restavano assicurate solamente per due anni dopo aver perso il lavoro¹⁹⁰. Questo implicò che, nel 2016, oltre 2,5 milioni di disoccupati furono costretti a pagare di tasca propria per accedere al sistema sanitario pubblico¹⁹¹. Molti, complice una situazione economica già precaria, preferirono non curarsi¹⁹².

¹⁸¹ Sul punto si veda, Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity", 2020

¹⁸² Per una definizione del termine *co-payment*, si rimanda alla nota 58.

¹⁸³ Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit.

¹⁸⁴ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Anche i test PCR (*Polymerase Chain Reaction*) e quelli per la trombofilia furono rimossi dalla copertura dell'assicurazione. Sul punto si veda, *ibid.*

¹⁸⁹ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² Il governo greco si decise ad affrontare seriamente il problema solo nel 2016, quando approvò la *Legge 4368/2016*, avente come scopo quello di garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria per i non assicurati ed altri gruppi sociali vulnerabili.

Al fine di fornire assistenza gratuita ai più bisognosi, migliaia di operatori sanitari volontari, insieme alla cittadinanza attiva, aprirono le cosiddette “cliniche di solidarietà sociale”. Alcune operavano come farmacie, fornendo farmaci gratuitamente; altre come cliniche sanitarie complete, offrendo visite con specialisti a chi ne aveva bisogno¹⁹³.

Oltre al dramma di coloro i quali rimasero senza copertura sanitaria dopo aver perso il lavoro, il popolo greco dovette ben presto fare i conti con liste di attesa interminabili per accedere ai servizi¹⁹⁴. Addirittura, si rischiava di dover aspettare fino a due mesi per delle banali analisi del sangue¹⁹⁵ e nientemeno che sei mesi per un’operazione al cuore¹⁹⁶. In condizioni simili, il pericolo di vedere aggravate le proprie condizioni di salute era reale. I cittadini più in difficoltà si rivolsero alle cliniche di solidarietà sociale; altri, i più facoltosi, alle strutture private¹⁹⁷.

Uno studio del 2014 effettuato su persone con malattie croniche fece emergere un quadro drammatico. Il 63,5% di loro non aveva abbastanza soldi per continuare i trattamenti e il 58,5% li riceveva in ritardo a causa delle lunghissime liste di attesa¹⁹⁸. Parimenti, le persone con disabilità correvano un rischio 2,2 volte maggiore rispetto al resto della popolazione di non vedere soddisfatti i propri bisogni di assistenza sanitaria¹⁹⁹.

In generale si può affermare che, durante gli anni dell’austerità, la politica greca, volente o nolente, spostò i costi del sistema sanitario sulla popolazione sempre più in difficoltà. Ciò è reso evidente dall’andamento della spesa sanitaria *out-of-pocket*²⁰⁰ in rapporto alla spesa sanitaria totale. Come mostra la figura 11, nel 2010, la spesa privata costituiva il 28,3% della spesa sanitaria complessiva. Nel 2014, tale rapporto aumentò fino ad

Sul punto si veda, Commissione Europea. 2016, “Law 4368/2016, Article 33 on free access to health care services”, *European Web Site on Integration*, <https://ec.europa.eu/migrant-integration/librarydoc/law-4368/2016-article-33-on-free-access-to-health-care-services>.

¹⁹³ Amnesty International. “Austerity measures in the health sector”, capitolo 4 in Amnesty International, “Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity” cit.

¹⁹⁴ La Grecia non raccoglie dati sui tempi di attesa per accedere ai servizi sanitari. Quanto scritto è basato sulle interviste fatte da Amnesty International a cittadini e operatori sanitari. Le liste di attesa così lunghe erano dovute alla carenza di personale sanitario e attrezzature mediche, oltre alla crescente domanda di accesso ai servizi da parte della popolazione.

¹⁹⁵ Amnesty International. “Austerity measures in the health sector”, capitolo 4 in Amnesty International, “Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity” cit.

¹⁹⁶ Sul punto si veda, Petmesidou, Maria. “Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece”, Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries*, Centro de Estudos Sociais Universidade de Coimbra, 2019: 19-42

¹⁹⁷ Amnesty International. “Austerity measures in the health sector”, capitolo 4 in Amnesty International, “Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity” cit.

¹⁹⁸ Sul punto si veda, Kyriopoulos, Ilias-Ioannis, Dimitris Zavras, Anastasis Skroumpelos, Katerina Mylona, Kostas Athanasakis, and John Kyriopoulos. “Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece.” *International journal for equity in health* 13, no. 1 (2014): 1-7

¹⁹⁹ Sul punto si veda, Rotarou, Elena S. & Dikaios Sakellariou. “Access to health care in an age of austerity: disabled people’s unmet needs in Greece.” *Critical Public Health* 29, no. 1 (2019): 48-60.

²⁰⁰ Per una definizione di “spesa sanitaria *out-of-pocket*” si rimanda alla nota 59.

attestarsi al 37,1%²⁰¹, il terzo valore più alto dell'area euro dopo Cipro e Malta²⁰². Per di più, i pagamenti in nero, indicativi della corruzione che da tempo lacera l'ESY, rappresentano tuttora una parte significativa della spesa *out-of-pocket* (circa il 30%)²⁰³. A tal riguardo, l'accademico Lycurgus Liaropoulos stima che la *black economy*²⁰⁴ nel sistema sanitario greco ammontava a circa 4-5 miliardi di euro l'anno nel periodo preso in esame²⁰⁵. Complessivamente, sebbene la spesa privata sia essenziale nel compensare le mancanze del budget pubblico, i pagamenti *out-of-pocket* «costituiscono la peggior opzione possibile per il finanziamento del settore sanitario in quanto causano disegualianze che colpiscono soprattutto i poveri e gli altri gruppi più vulnerabili»²⁰⁶.

Figura 11: spesa sanitaria *out-of-pocket* su spesa sanitaria totale (% , 2009-2018)



(The World Bank Data)

Scendendo nel dettaglio, l'importo del *ticket* sui farmaci fu aumentato dallo 0% al 10% per alcune medicine e dal 10% al 25% per altre²⁰⁷. A cavallo tra il 2012 e il 2013, esso conobbe un rincaro medio di circa il 5%,

²⁰¹ The World Bank Data. Out-of-pocket expenditure (Greece, % of current health expenditure, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2014&locations=GR&start=2008>

²⁰² Database OECD. Health Spending (out of pocket, % of health spending, 2003-2019). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

²⁰³ Petmesidou, "Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece", Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

²⁰⁴ Con il termine '*black economy*' si intende l'insieme di attività che non sono registrate né soggette a tassazione.

²⁰⁵ Petmesidou, "Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece", Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

²⁰⁶ Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit., p. 113

²⁰⁷ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

passando dal 13,3% al 18%²⁰⁸. Fu aggiunta poi una tassa di 1€ per ogni prescrizione²⁰⁹. Sulla stessa linea, nel 2011 venne introdotta una tariffa, di ammontare pari a 3-5€, per accedere ai servizi ambulatoriali negli ospedali e nelle cliniche pubbliche²¹⁰. Tale provvedimento fu abolito nel 2015²¹¹. Al contempo, la spesa pubblica per i farmaci fu ridotta del 27,6% dal 2009 al 2014²¹². Questa misura ebbe come naturale conseguenza una carenza diffusa di medicine in tutto il paese²¹³. Anche i beni di prima necessità divennero difficili da reperire, con gli operatori sanitari che denunciavano mancanze nella fornitura di base, comprese carta igienica e siringhe²¹⁴.

Come spiegato nel primo paragrafo, negli anni immediatamente successivi alla crisi, la Grecia era sottoposta ad una pressione non indifferente da parte delle istituzioni finanziarie internazionali e dell'Unione Europea. L'obiettivo divenne quello di ottenere rapidamente dei risparmi nel settore sanitario, senza badare al come²¹⁵. Diversi studi hanno spiegato infatti che i tagli a tappeto adottati tra il 2009 e il 2014 furono pressoché orizzontali, orientati ad una riduzione drastica e istantanea della spesa piuttosto che ad una riallocazione efficiente delle risorse²¹⁶.

Di conseguenza, la *spending review* colpì in modo significativo la struttura e il funzionamento di ogni settore dell'assistenza sanitaria pubblica²¹⁷. Essendo le voci di spesa che assorbivano la quasi totalità del budget sanitario, la categoria dei “servizi ospedalieri” e quella dei “prodotti, apparecchi e attrezzature mediche” subirono i tagli più ingenti²¹⁸: nel giro di nove anni, la spesa diminuì del 43% per i primi e del 55% per i

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ *Ibid.*

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ *Ibid.*

²¹² Database OECD. Pharmaceutical spending (Total, US dollars/capita, 2007-2018). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>

²¹³ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. “Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care” cit.

²¹⁴ Amnesty International. “Austerity measures in the health sector”, capitolo 4 in Amnesty International, “Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity” cit.

²¹⁵ *Ibid.*

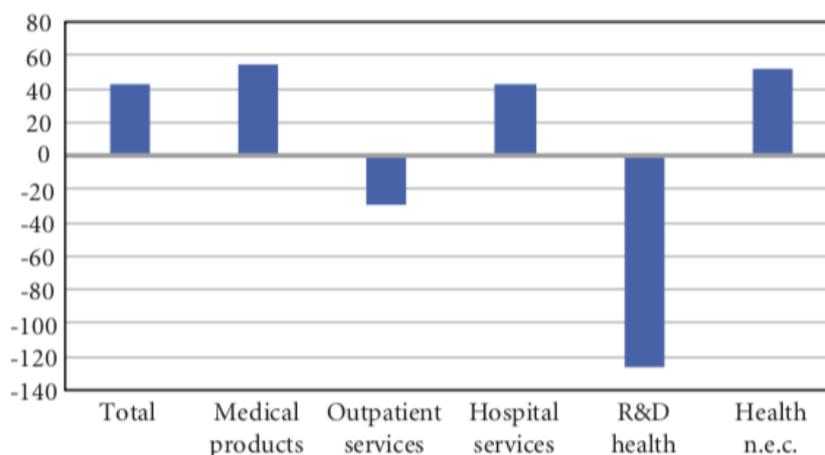
²¹⁶ Sul punto si veda, Kentikelenis, Alexander & Irene Papanicolas. “Economic crisis, austerity and the Greek public health system.” *The European journal of public health* 22, no. 1 (2012): 4-5. Sul punto si veda anche, Economou, Charalampos, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, and Anna Maresso. “Greece - Health system review.” *Health Systems in Transition* 19, no. 5 (2017)

²¹⁷ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. “Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care” cit.

²¹⁸ Nel 2009, esse rappresentavano rispettivamente il 62% e il 32% della spesa sanitaria totale. Sul punto si veda, Nikiforos, “Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-Covid-19 era” cit.

secondi²¹⁹. Come mostra la figura 12²²⁰, alcune voci di spesa minori, quali la ricerca nel campo medico e i servizi ambulatoriali, godettero invece di un aumento dei fondi²²¹.

Figura 12: riduzione del budget (in %) per voci di spesa (2009-2018)



(EUROSTAT in Nikiforos 2020, p. 6)

La riduzione della spesa per i servizi ospedalieri si tradusse in una rapida diminuzione del numero di posti letto disponibili per i cittadini, la cui capacità, nei primi cinque anni di austerità, diminuì del 14%²²². Tale riduzione, seppur non ingente come in altri Paesi dell'Eurozona, ha in parte inficiato sulla capacità del sistema sanitario greco di fare i conti con la pandemia di Covid-19 e di offrire la dovuta assistenza alla popolazione²²³, soprattutto se si considera che le maggiori criticità riguardavano e riguardano tuttora le terapie intensive. Secondo gli standard dell'OMS, i letti in terapia intensiva dovrebbero costituire tra il 9% e il 12% della capacità di posti letto totali²²⁴. In seguito agli ingenti tagli nel settore ospedaliero, in Grecia tale rapporto si

²¹⁹ *Ibid.*

²²⁰ Con l'espressione "medical products" si fa riferimento all'insieme di prodotti e strumenti utilizzati per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti (The Free Dictionary. "Medical product", <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+product>). Con l'espressione "outpatient services" si fa riferimento ai servizi ambulatoriali, ossia all'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate da medici specialisti negli ambulatori e nei laboratori del territorio (Ministero della Salute. "Assistenza specialistica ambulatoriale", <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4701&area=Lea&menu=distrettuale>). Con l'espressione "hospital services" ci si riferisce all'intera organizzazione degli ospedali pubblici, compresi gli stipendi degli operatori sanitari e i servizi offerti (Collins Dictionary. "Hospital service", <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/hospital-service>). Con l'espressione "R&D in health" ci si riferisce alla ricerca e allo sviluppo nel settore sanitario.

²²¹ Nikiforos, "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-Covid-19 era" cit.

²²² Database OECD. Hospital Beds (Total, per 1000 inhabitants, 2008-2018). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

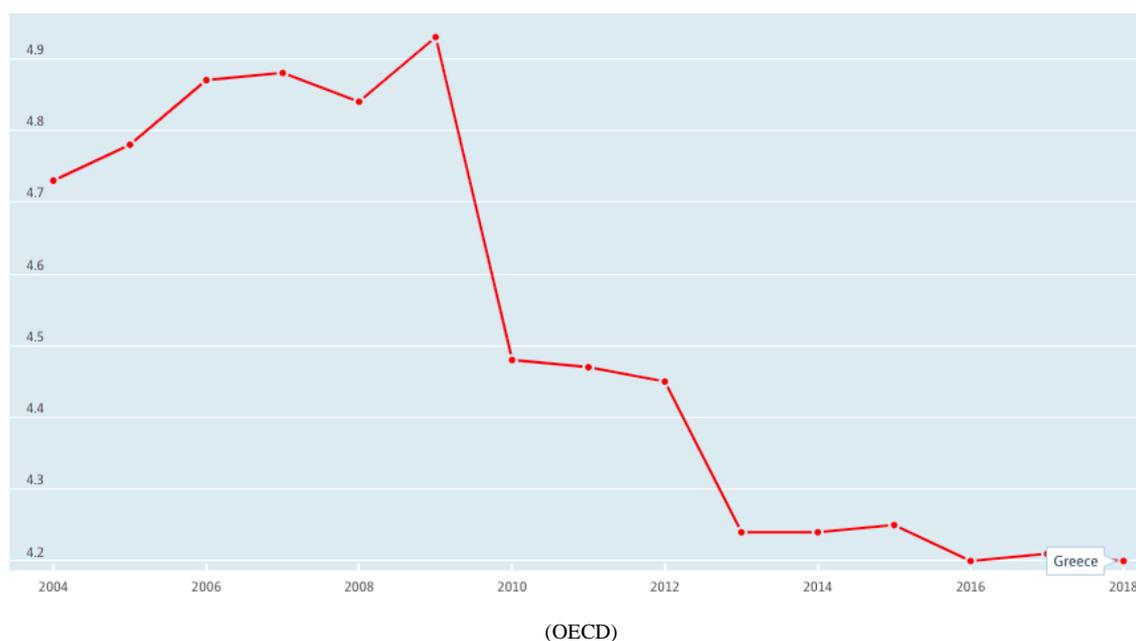
²²³ Nikiforos, "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects in the post-Covid-19 era" cit.

²²⁴ Petmesidou, "Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece", Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

attestava ad un insufficiente 2%, dato reso ancora più grave dal fatto che un quinto delle terapie intensive non era in funzione a causa della carenza di personale qualificato²²⁵.

La figura 13 mostra l'andamento del numero di posti letto dal 2004 al 2018. Come si può evincere dal grafico, più della metà della diminuzione ebbe luogo nel primissimo round di austerità del 2010. Nel 2018, il numero di posti letto ogni 1000 abitanti si attestava a 4,2, contro il 4,9 di nove anni prima²²⁶. Il numero di terapie intensive diminuì anch'esso dal 4,1 per ogni 1000 abitanti del 2009 al 3,5 del 2014²²⁷. Ad ogni modo, è da sottolineare che gli altri Paesi periferici dell'Eurozona fanno segnare ad oggi valori ben più bassi di quelli ellenici²²⁸.

Figura 13: posti letto per 1000 abitanti (2004-2018)



Gli operatori sanitari furono anch'essi pesantemente colpiti dalle politiche di rigore fiscale implementate in risposta alla crisi²²⁹. Nel gennaio 2010, i loro stipendi furono tagliati del 12%, per poi essere decurtati di un ulteriore 8% a giugno²³⁰. Ulteriori tagli, seppur minori in portata, furono implementati dal 2012 al 2017. Nello

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ Database OECD. Hospital Beds (Total, per 1000 inhabitants, 2008-2018) cit.

²²⁷ Database OECD. Hospital Beds (Acute care, per 1000 inhabitants, 2008-2018). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

²²⁸ Nel 2018, l'Irlanda aveva una capacità di 3 posti letto ogni 1000 abitanti, al pari della Spagna. Italia e Portogallo facevano leggermente meglio rispettivamente con 3,1 e 3,5. Per quanto concerne il numero di terapie intensive, la Grecia si poneva in linea con la media dell'eurozona (3,6). Anche in questo caso, gli altri Paesi periferici registravano dati peggiori. Con 2,5 letti in terapia intensiva ogni 1000 abitanti, la Spagna si piazzava all'ultimo posto, seguita dall'Italia (2,6). Sul punto si veda, Database OECD. Hospital Beds (Acute Care, per 1000 inhabitants, 2018) cit.

²²⁹ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care" cit.

²³⁰ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

stesso periodo, quasi tutti i sussidi furono aboliti, così come i premi di produzione²³¹. Fu anche introdotto un limite alle assunzioni di nuovo personale: dal 2010 al 2016, per ogni cinque operatori che se ne andavano, ne veniva assunto soltanto uno²³². I decurtamenti ai salari (già bassi) degli operatori sanitari, in particolare a quelli dei medici, portarono ad un aumento dei pagamenti in nero. Il peggioramento delle condizioni lavorative e il ridimensionamento della retribuzione spinsero poi molti giovani e qualificati operatori sanitari ad emigrare in altri Paesi. Si pensa che, a lungo termine, la fuga di cervelli di quegli anni avrà un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza sanitaria greca²³³. È quasi lapalissiano affermare che senza gli appropriati livelli di personale, migliorare l'efficienza del settore sanitario diventa praticamente impossibile. Anche prima della crisi, il numero di infermieri ed altri operatori sanitari (esclusi i medici) era già molto basso. Da quando vengono raccolti i dati, la Grecia si fregia del non confortante primato di Paese con il minor numero di infermieri nell'area euro in rapporto alla popolazione²³⁴. Come se non bastasse, negli anni più bui della crisi, molti operatori sanitari decisero di abbandonare il loro lavoro per assicurarsi pensioni migliori²³⁵. Tale circostanza, unita al limite alle assunzioni precedentemente menzionato, risultò in un'ulteriore riduzione di personale. Il numero di infermieri, già bassissimo, decrebbe del 7,5% tra il 2011 e il 2015²³⁶. Ad Atene, rimase solamente un infermiere ogni venti pazienti, dato molto peggiore della soglia minima consigliata dall'OMS (1:9)²³⁷. Come mostra la figura 14, il livello di personale operativo nella sanità pubblica greca nel 2015 era nettamente inferiore a quello degli altri Paesi dell'Eurozona, con 3,2 infermieri ogni 1000 abitanti²³⁸. Per operare un confronto, la Germania disponeva di 12,7 infermieri ogni 1000 abitanti (il quadruplo), mentre la media dell'Eurozona si attestava a 7,9 (più del doppio)²³⁹.

²³¹ *Ibid.*

²³² *Ibid.*

²³³ Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit.

²³⁴ Database OECD. Nurses (Total, Per 1000 inhabitants, 1980-2018). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

²³⁵ *Ibid.*

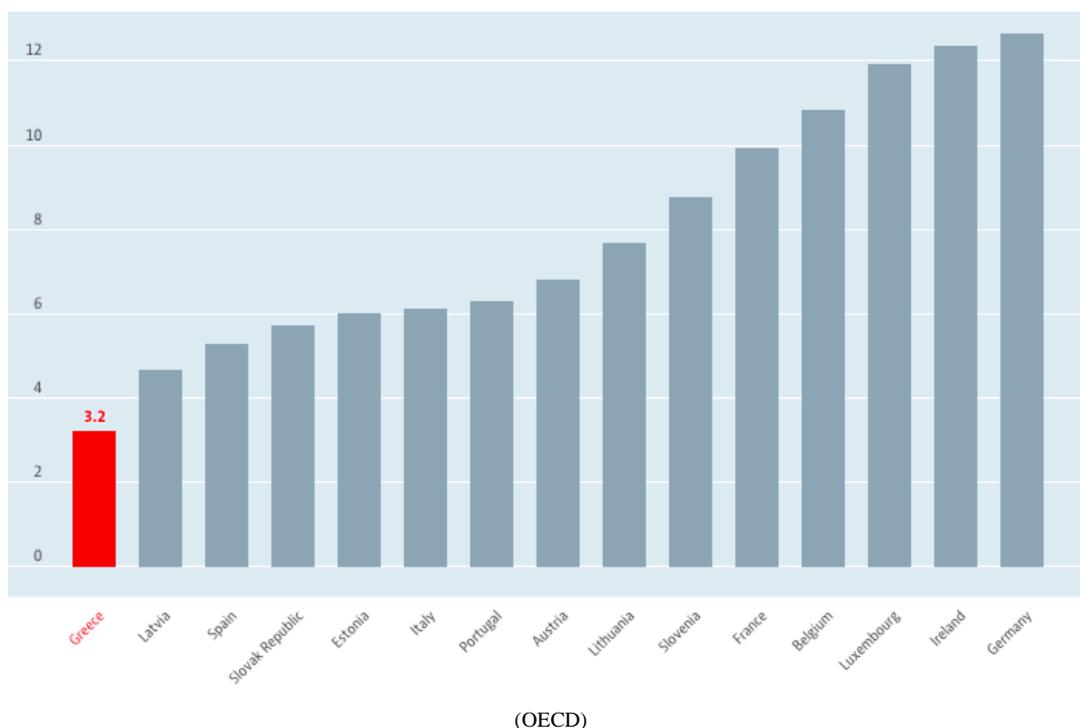
²³⁶ Database OECD. Nurses (Total, Per 1000 inhabitants, 2011-2015). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

²³⁷ Petmesidou, "Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece", Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

²³⁸ Database OECD. Nurses (Total, Per 1000 inhabitants, 2015). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

²³⁹ *Ibid.*

Figura 14: infermieri per 1000 abitanti (2015)



Diversi indagini hanno tracciato una relazione tra crisi economica, misure di austerità e salute della popolazione prendendo come caso studio la Grecia. Molti esperti sostengono infatti che le riforme nel settore sanitario abbiano condotto ad un deterioramento della salute pubblica.

Di certo, i tagli applicati nell'*ESY* colpiscono in modo sostanziale la struttura e il funzionamento degli ospedali pubblici, come testimoniato dalla mancanza di personale, dalla carenza di farmaci e forniture mediche, dalla riduzione di posti letto e dalle numerose centralizzazioni²⁴⁰. La riforma dell'assicurazione rese problematico l'accesso alla sanità pubblica per centinaia di migliaia di persone, che preferirono ricorrere al sotterfugio delle visite private in nero²⁴¹. Molti pazienti, poi, dovettero sospendere i trattamenti a causa del rincaro dei farmaci. Fu stimato che, durante la crisi, circa il 30% della popolazione non faceva affidamento sul sistema sanitario nazionale per soddisfare i propri bisogni di cura²⁴². In molti preferirono usufruire delle cliniche di solidarietà sociale o richiedere l'aiuto di altre organizzazioni non governative, come *Médicins du Monde*²⁴³. Il dato risulta oltremodo allarmante se si considera che, prima che la crisi colpisse il Paese, solo il 4% dei cittadini greci non poteva permettersi di accedere all'*ESY*²⁴⁴.

²⁴⁰ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care" cit.

²⁴¹ Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, "Public Health in Europe During the Austerity Years" cit.

²⁴² Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care" cit.

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ Petmesidou, "Challenges to Healthcare Reform in Crisis-hit Greece", Capitolo 2 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

Non sorprende dunque che il livello di salute pubblica ellenico registrò un drastico peggioramento negli anni dell'austerità. A partire dal 2010, i casi di HIV cominciarono a salire esponenzialmente. Si calcola che nel periodo della recessione, essi crebbero del 200%²⁴⁵. Nello stesso anno si diffuse l'infezione da virus del Nilo occidentale, seguita poco dopo da un'epidemia di malaria. Si ritiene che le misure di austerità siano state determinanti nell'aumentare il rischio di trasmissione²⁴⁶, con il budget per la prevenzione di HIV e AIDS che venne ingentemente ridimensionato²⁴⁷, così come i finanziamenti per la disinfestazione delle zanzare²⁴⁸.

Nel 1897, il sociologo francese Émile Durkheim teorizzava che la salute mentale fosse particolarmente vulnerabile alle rapide fluttuazioni economiche²⁴⁹. I dati relativi alla Grecia corroborano la sua tesi. Negli anni della crisi, la domanda di servizi di salute mentale aumentò del 120%, mentre i finanziamenti per tale settore erano in costante declino²⁵⁰. Il tasso di suicidi aumentò del 45% tra il 2007 e il 2011²⁵¹. La fascia di popolazione più colpita fu quella degli uomini in età lavorativa, fatto che non sorprende dal momento che molti di loro persero il lavoro in seguito alle severe misure di austerità²⁵². Inoltre, si registrò una crescita del 36% nel numero di tentati suicidi tra il 2009 e il 2011, con una percentuale ancora maggiore tra coloro i quali vivevano in una situazione economica complicata²⁵³. Uno studio del 2015 dimostrò la relazione tra le misure di austerità e l'aumento dei suicidi, mettendo in evidenza come il numero di persone che si toglievano la vita registrava picchi inequivocabili in corrispondenza dell'approvazione dei pacchetti di austerità da parte del Parlamento ellenico²⁵⁴. Il deterioramento della salute pubblica fu evidente anche nelle fasce più giovani della popolazione: la mortalità neonatale²⁵⁵ aumentò del 32% tra il 2008 e il 2010; quella infantile²⁵⁶ di un drammatico 43%²⁵⁷.

²⁴⁵ Arie, "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?" cit.

²⁴⁶ Sul punto si veda, Bonovas, Stefanos & Georgios Nikolopoulos. "High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy." *Journal of preventive medicine and hygiene* 53, no. 3 (2012).

²⁴⁷ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care" cit.

²⁴⁸ Arie, "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?" cit.

²⁴⁹ Sul punto si veda, Durkheim, Émile. *Suicide: A Study of Sociology*. Prima edizione, Parigi, 1897.

²⁵⁰ Kentikelenis & Papanicolas. "Economic crisis, austerity and the Greek public health system" cit.

²⁵¹ Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit.

²⁵² *Ibid.*

²⁵³ Sul punto si veda, Triantafyllou, Konstantinos & Chryssi Angeletopoulou. "Increased suicidality amid economic crisis in Greece." *Lancet Correspondence* 378, no. 9801 (2011): 1459-60.

²⁵⁴ Sul punto si veda, Branassas, Charles C., Anastasia E. Kastanaki, Manolis Michalodimitrakis, John Tzougas, Elena F. Kranioti, Pavlos N. Theodorakis, Brendan G. Carr, and Douglas J. Wiebe. "The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis." *BMJ open* 5, no. 1 (2015).

²⁵⁵ Per "mortalità neonatale" si intende il tasso di mortalità entro i primi 28 giorni di vita.

²⁵⁶ Per "mortalità infantile" si intende il tasso di mortalità entro il primo anno di vita.

²⁵⁷ Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit.

Amnesty International ha appurato che il modo in cui la Grecia implementò le misure di austerità non fu conforme alle norme internazionali sui diritti umani²⁵⁸. In particolare, ciò che viene rimproverato ai vari governi succedutisi in quegli anni è il non aver effettuato una valutazione preventiva dell'impatto che le varie misure avrebbero potuto avere sui diritti dei cittadini. Come spiega Amnesty: «*Se tali studi fossero stati condotti, gli impatti avversi sulla popolazione avrebbero potuto essere identificati precocemente e diverse misure di mitigazione avrebbero potuto essere implementate*»²⁵⁹. In secondo luogo, gli standard internazionali sui diritti umani impongono che le misure di austerità siano basate sulla trasparenza e sul reale coinvolgimento di tutti gli *stakeholder*. In Grecia, esse furono elaborate dai vari ministeri e attuate con urgenza, senza procedere alle dovute consultazioni pubbliche²⁶⁰. In ultimo, sempre secondo gli standard internazionali sui diritti umani, i governi devono assicurarsi che le misure di austerità siano ancora giustificabili dopo aver attentamente considerato tutte le altre opzioni meno gravose. I governi greci, al contrario, non resero mai pubblica la lista di alternative ponderate prima che i tagli fossero effettivamente implementati²⁶¹.

In questo capitolo, si è visto come la crisi economica e le successive misure di austerità abbiano esacerbato le problematiche già esistenti nel sistema sanitario pubblico greco, rendendo sempre più iniquo il finanziamento dell'ESY. Quest'ultimo, complici i tagli implementati per rispettare le rigide condizionalità imposte dalla Troika, non riuscì a fornire la dovuta assistenza alla popolazione nel momento in cui i cittadini ne avevano più bisogno. Lo smantellamento della sanità pubblica, unito all'aumento della disoccupazione e ai tagli a pensioni e stipendi, portò alla creazione di un «*sistema a due livelli*»²⁶², in cui coloro che potevano permettersi di rivolgersi a strutture private furono in grado di soddisfare le proprie necessità, mentre le fasce più povere della popolazione rischiavano di non poter accedere alle cure²⁶³.

²⁵⁸ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 31

²⁶⁰ *Ibid.*

²⁶¹ *Ibid.*

²⁶² Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Sissouras, and Maresso, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", Capitolo 4 in Maresso, Mladovsky, Thomson, Sagan, Karanikolos, Richardson, Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." cit., p. 124

²⁶³ *Ibid.*

3. Gli impatti delle politiche di austerità sui sistemi sanitari dell'Eurozona

In questa sezione si amplierà il raggio d'indagine dal caso singolo della Grecia all'intera Eurozona e si utilizzeranno attivamente le nozioni teoriche fornite nel primo capitolo per studiare gli impatti sui vari sistemi sanitari nazionali delle politiche di austerità implementate in risposta alla crisi del debito. Nel primo paragrafo, ci si servirà del *framework* illustrato nel primo capitolo al paragrafo 1.3 per capire quali aree della sanità pubblica furono maggiormente colpite dai tagli. Nella seconda sezione, si testeranno le ipotesi raccolte dagli studiosi Aaron Reeves, Martin McKee, Sanjay Basu e David Stuckler al fine di comprendere quali fattori influenzano maggiormente la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi. Nel terzo paragrafo, si procederà con una valutazione delle riforme operate nei sistemi sanitari dell'Eurozona durante gli anni dell'austerità e si porrà il focus sul mancato rafforzamento della medicina preventiva, vera e propria opportunità fallita di tagliare i costi efficientemente. In ultimo, si rivolgerà uno sguardo al futuro dei sistemi sanitari dopo la pandemia di Covid-19, essendo in corso interessanti dibattiti sulle riforme necessarie per garantire maggiore qualità, efficienza e resilienza.

3.1 Le riforme nei sistemi sanitari dell'Eurozona

Nel primo capitolo, al paragrafo 1.3, è stato presentato il *framework* creato dagli studiosi di *health policy* Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson e Martin McKee avente l'obiettivo di illustrare come le politiche sanitarie possono reagire alle crisi economico-finanziarie²⁶⁴. L'assunto di partenza del *framework* è il seguente: i *policy maker*, di fronte ad uno shock economico che colpisce il settore sanitario, possono decidere di diminuire, mantenere o aumentare il livello di spesa pubblica per la salute²⁶⁵.

Già nel primo capitolo si è visto che la crisi dell'Eurozona spinse molti Stati ad adottare severi tagli nel campo della sanità pubblica. Alcuni, complice una situazione finanziaria difficile, lo fecero in modo orizzontale con la volontà di generare risparmi nel più breve lasso di tempo possibile, senza dunque procedere ad una più corretta riallocazione delle risorse (la Grecia ne costituisce l'esempio lampante). Altri, come Lussemburgo e Francia snellirono il funzionamento dei loro sistemi sanitari, tentando di ridurre gli sprechi laddove possibile. Infine, un ristretto gruppo di Stati (la Germania in particolare), forte di economie più solide, adottò misure anticicliche, aumentando i fondi destinati alla sanità²⁶⁶. Il caso della Finlandia rappresenta invece un *unicum* nel panorama dell'Eurozona: nonostante una tremenda recessione, il governo di Helsinki continuò ad investire nel settore sanitario senza soluzione di continuità.

²⁶⁴ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson e McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

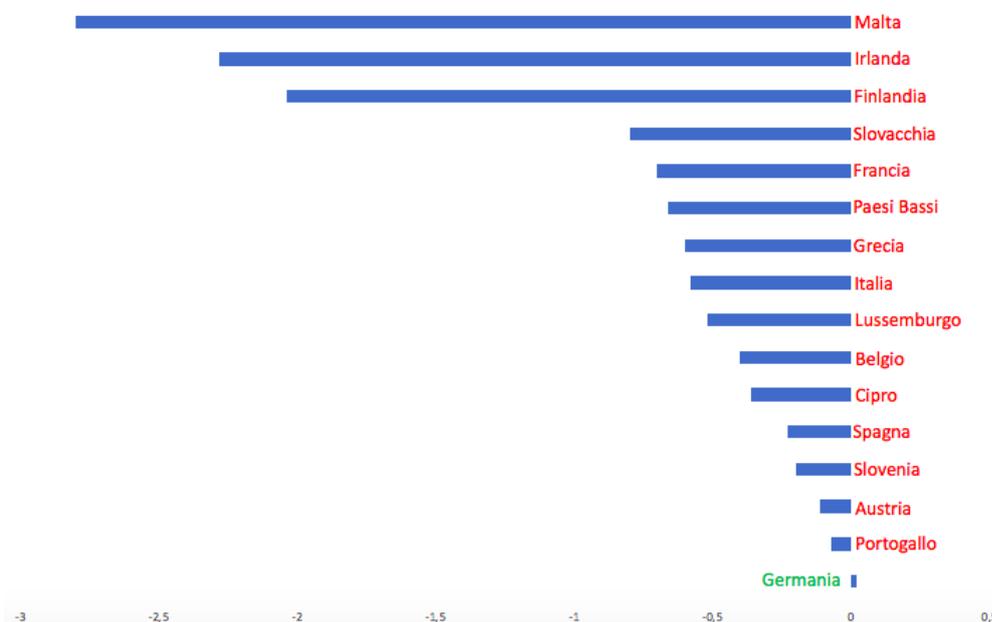
²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ *Ibid.*

Come illustrano Mladovsky *et al.* nel loro *framework*, tre sono i *policy domain* principali all'interno dei quali i *policy maker* possono agire quando vogliono riformare il sistema sanitario²⁶⁷. *In primis*, possono modificare l'estensione dei servizi. Le riforme delle assicurazioni, le privatizzazioni e le chiusure di ospedali figurano tra i provvedimenti afferenti a questa area. Oppure, possono abbattere i costi della sanità pubblica per lo Stato, riducendo ad esempio i salari del personale sanitario o acquistando meno presidi medici. Infine, possono decidere di spostare il costo della sanità pubblica sull'utenza che ne usufruisce, aumentando le tariffe per accedere ai servizi o i *co-payments* su determinati tipi di farmaci. Ad ogni modo, come già notato dagli autori del *framework* e come dimostrato dal caso della Grecia esposto nel precedente capitolo, le riforme sanitarie agiscono spesso in più *policy domain* contemporaneamente²⁶⁸.

Per quanto concerne il primo *policy domain* ("estensione dei servizi"), la crisi finanziaria e la successiva crisi dell'euro agirono da catalizzatori per delle profonde riforme strutturali, come la chiusura di ospedali, la riduzione di posti letto e ampie privatizzazioni²⁶⁹. L'Italia, ad esempio, incluse tali provvedimenti nel *Patto per la Salute 2010-2012*, sottoscritto dal governo centrale con le Regioni, nel quale erano presenti anche diverse misure per limitare il numero e la lunghezza dei ricoveri ospedalieri²⁷⁰. Come mostra la figura 15, quasi tutti i Paesi dell'Eurozona, ad eccezione della Germania, diminuirono il numero di posti letto nel periodo 2008-2014²⁷¹.

Figura 15: variazione del numero di posti letto ogni 1000 abitanti (% , 2008-2014)



(The World Bank Data, rielaborazione personale)

²⁶⁷ *Ibid.*

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDaid, "Austerity and Health in Europe" cit.

²⁷⁰ McKee, Karanikolos, Belcher, and Stuckler. "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." cit.

²⁷¹ The World Bank Data. Hospital beds (per 1000 people, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2014&locations=XC&start=2008>

In aggiunta, diversi Stati riformarono il loro sistema di assicurazione sanitaria. Ad esempio, la Grecia unì sotto l'*EOPYY* i vari fondi assicurativi basati sullo status occupazionale del cittadino, con il risultato che molte persone non poterono più accedere gratuitamente al sistema sanitario pubblico²⁷². Il governo irlandese decise invece di ridurre la copertura sanitaria per i pazienti con più di settant'anni: il diritto alle *medical cards*²⁷³, che permettono ai possessori di accedere gratuitamente ai servizi, fu abolito per coloro con un reddito elevato²⁷⁴. Anche la Spagna apportò cambiamenti radicali nel suo sistema sanitario, con il governo Rajoy che bypassò il Parlamento e utilizzò un Decreto Reale di emergenza per attuare una delle riforme più discusse della storia del Paese: il passaggio dal tradizionale sistema universalistico ad uno assicurativo basato sull'impiego. Per effetto di ciò, il diritto alle cure di alcuni gruppi ne uscì profondamente danneggiato²⁷⁵. Tra questi, figuravano indubbiamente i giovani che non avevano mai lavorato, fatto particolarmente preoccupante se si considera che in Spagna più della metà di loro erano disoccupati²⁷⁶. Anche gli immigrati irregolari persero il loro diritto di accedere gratuitamente al sistema sanitario pubblico: sarebbero state garantite loro solamente prestazioni in regime di urgenza ospedaliera e l'assistenza alle donne durante la gravidanza²⁷⁷. È evidente dunque che la riforma spagnola agì soprattutto nella prima dimensione della copertura sanitaria, relativa alla quota di persone avente diritto all'assistenza pubblica. Lo stesso accadde in Slovenia, Cipro e nella già menzionata Irlanda, con i vari governi che inasprirono i requisiti per accedere alla copertura gratuita²⁷⁸.

Infine, per effetto delle misure implementate in risposta alla crisi, i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie aumentarono in molti Paesi. Il caso greco, piuttosto eloquente, è già stato analizzato²⁷⁹. In Spagna, nel solo 2013, il numero di persone inserito in una qualche lista di attesa aumentò del 6,4% rispetto all'anno

²⁷² Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

²⁷³ Le "medical cards", nel servizio sanitario nazionale irlandese (HSE), permettono l'accesso gratuito alle cure. Difatti, in Irlanda, l'assistenza sanitaria pubblica non è prevista. Occorre dunque pagare per usufruire dei servizi dell'HSE a meno che non si è disoccupati e si percepisca il sussidio statale ("social welfare") o nel caso in cui la retribuzione sia inferiore ad una certa soglia minima. In questi casi, si può fare *application* per ricevere una *medical card*. Sul punto si veda, Irlanda visionaria. 21 agosto 2013. "La medical card: che cos'è e a cosa serve", <https://blog.zingarate.com/dublino/la-medical-card-in-irlanda-e-assistenza-sanitaria-gratuita/>

²⁷⁴ Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." cit.

²⁷⁵ Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, "Public Health in Europe During the Austerity Years" cit.

²⁷⁶ McKee, Karanikolos, Belcher, and Stuckler. "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." cit.

²⁷⁷ Sul punto si veda, Caldes, Maria José. 4 ottobre 2012, "Controriforma sanitaria in Spagna. Nel mirino anche gli immigrati", *Saluteinternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/>

²⁷⁸ Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky e A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

²⁷⁹ Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

precedente²⁸⁰. Poco tempo prima, anche l'Irlanda dovette fare i conti con tale problematica: tra il 2009 e il 2010 si registrò un preoccupante aumento del 9%²⁸¹.

Molti Stati agirono poi nel secondo *policy domain*, quello relativo al costo della sanità pubblica, riducendo in primo luogo i salari del personale. Nel capitolo precedente, si è visto che in Grecia gli stipendi degli operatori sanitari furono decurtati di circa il 20% durante gli anni dell'austerità²⁸². In Portogallo, la spesa corrente per i salari fu ridotta del 27% tra il 2010 e il 2012²⁸³. I medici di base, ad esempio, si videro tagliare il proprio salario da 25€ a 16,50€ l'ora. Se a ciò si aggiunge che la tassa sul reddito fu aumentata dal 21,5% al 25%, risulta superfluo affermare che il loro tenore di vita ne uscì profondamente ridimensionato²⁸⁴. Anche lo stipendio degli operatori sanitari spagnoli fu decurtato del 25%²⁸⁵. Sorte peggiore toccò ai consulenti medici irlandesi, il cui salario venne ridimensionato del 30-40%²⁸⁶. In Italia, la *Legge Finanziaria (191/2009)* impose alle regioni un tetto di spesa per il personale del Servizio Sanitario Nazionale, che avrebbe dovuto parametrarsi a quello del 2004 diminuito dell'1,4%²⁸⁷. Il risultato fu una netta riduzione del numero di dottori e di altre personale medico impiegato nel SSN, dal momento che chi andava in pensione raramente veniva sostituito²⁸⁸. Secondo l'OMS, salari, stipendi e indennità dei dipendenti pubblici rappresentano il 42,3% della spesa sanitaria totale nei 18 Paesi della regione europea per i quali sono disponibili dati²⁸⁹. Questo aiuta a spiegare il perché molti governi abbiano deciso di applicare tagli proprio a questa voce.

Come già visto nel capitolo secondo, i licenziamenti e i considerevoli tagli agli stipendi spinsero molti operatori sanitari a emigrare dall'Europa meridionale ai Paesi del Nord, dove le prospettive di guadagno e carriera erano sicuramente maggiori. Oltre che in Grecia, questa tendenza si registrò in misura massiccia anche

²⁸⁰ Sul punto si veda, Sahuquillo, Maria. 26 agosto 2013. "Spain's hospital waiting lists hit historical highs on austerity", *El País*, https://english.elpais.com/elpais/2013/08/26/inenglish/1377517142_400959.html

²⁸¹ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson e McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

²⁸² Amnesty International. "Austerity measures in the health sector", capitolo 4 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity" cit.

²⁸³ Sul punto si veda, Hespanha, Pedro. "The Impact of Austerity on the Portuguese National Health Service, Citizens' Well-Being, and Health Inequalities", Capitolo 3 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries*, Centro de Estudos Sociais Universidade de Coimbra, 2019: 43-67

²⁸⁴ Arie, "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?" cit.

²⁸⁵ *Ibid.*

²⁸⁶ *Ibid.*

²⁸⁷ Sul punto si veda, Legge 23 dicembre 2009, n. 191, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)". La legge è reperibile al seguente link:

<https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2009-12-30&task=dettaglio&numgu=302&redaz=009G0205&tmstp=1262864296938>

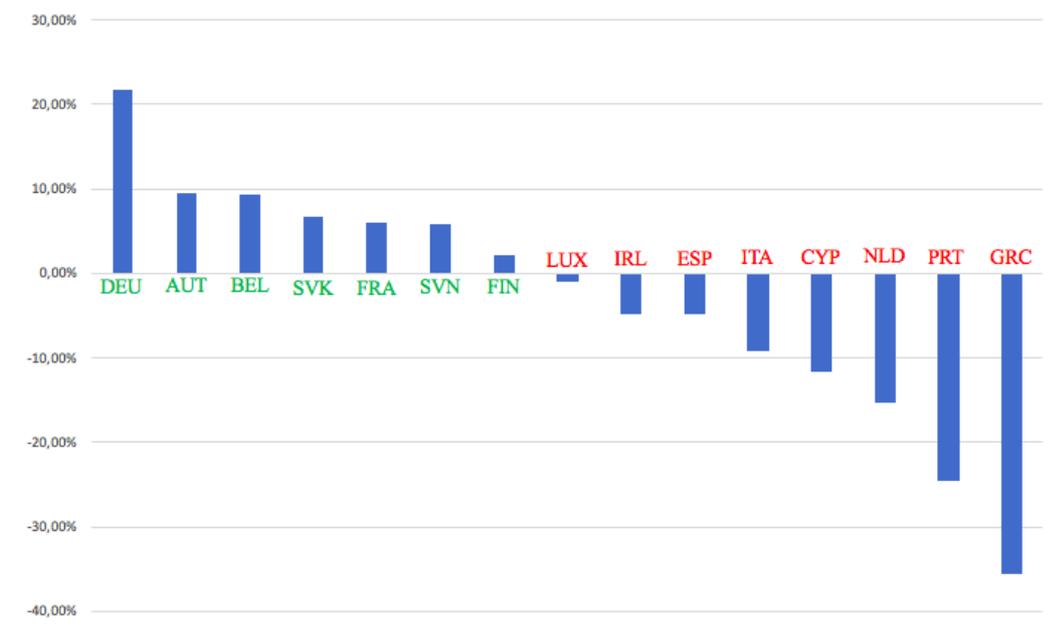
²⁸⁸ Sul punto si veda, Sylvers, Eric. 11 gennaio 2021. "Covid-19 Hit Hardest Where Financial Crisis Led to Health-Care Cuts", *The Wall Street Journal*, <https://www.wsj.com/articles/covid-19-hit-hardest-where-financial-crisis-led-to-health-care-cuts-11610372026>

²⁸⁹ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

in Italia, con gli operatori sanitari che accusavano un maggior stress lavorativo, dovuto a carichi di lavoro più gravosi e ad un numero in aumento di “pazienti con problemi sociali”²⁹⁰.

In aggiunta, come mostra la figura 16, il risparmio di molti Stati fu basato su tagli ingenti all’acquisto di farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche, ovvero, sulla riduzione della cosiddetta “spesa farmaceutica”. Non sorprende che siano stati i Paesi con programmi di austerità più severi a registrare i decrementi maggiori²⁹¹.

Figura 16: variazione della spesa farmaceutica pro capite (2008-2014)^{292 293}



(The World Bank Data, rielaborazione personale)

Infine, molti Stati decisero di aumentare i costi in carico agli utenti, agendo dunque nel terzo *policy domain* (“costo per l’utenza”). Alcuni, come Italia e Francia, si avvalsero di vere e proprie riforme fiscali al fine di trovare nuovi finanziamenti per il sistema sanitario pubblico. In Italia, le Regioni aventi deficit sanitari²⁹⁴ più

²⁹⁰ Sul punto si veda, Carney, Megan & Bayla Ostrach. 28 aprile 2020, “Austerity, Not Covid-19, Strains National Healthcare Systems”, *somatosphere.net*, <http://somatosphere.net/2020/austerity.html/>

²⁹¹ Database OECD. Pharmaceutical Spending (Total, US dollars/capita, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>

²⁹² I dati relativi a Malta non sono disponibili.

²⁹³ Per una migliore comprensione del grafico, si riportano di seguito i codici ISO 3166-1 alpha-3 dei Paesi dell’eurozona. AUT=Austria, BEL=Belgio, CYP=Cipro, DEU=Germania, ESP= Spagna, FIN=Finlandia, FRA=Francia, GRC=Grecia, IRL=Irlanda, ITA=Italia, LUX=Lussemburgo, MLT=Malta, NLD=Paesi Bassi, PRT=Portogallo, SVK=Slovacchia, SVN=Slovenia.

²⁹⁴ In Italia, la responsabilità dell’organizzazione e dell’erogazione dell’assistenza sanitaria è attribuita alle Regioni mentre il quadro finanziario è definito dal governo nazionale. Sul punto si veda, McKee, Karanikolos, Belcher, and Stuckler. “Austerity: a failed experiment on the people of Europe.” cit.

elevati aumentarono alcune imposte per rimettere in sesto i loro bilanci²⁹⁵. Allo stesso modo, la Francia istituì nel 2009 una nuova tassa del 2% su varie fonti di entrata²⁹⁶. Tuttavia, pochissimi Paesi emularono l'Italia e la Francia nell'utilizzare la politica fiscale per finanziare i servizi sanitari in seguito alla crisi²⁹⁷.

Oltre alla Grecia, di cui si è disquisito nel precedente capitolo, diversi Paesi preferirono aumentare direttamente l'importo delle tariffe pagate dai cittadini per usufruire dell'assistenza sanitaria, le cosiddette "user charges"²⁹⁸. Molti governi dell'Eurozona vi fecero ricorso al fine di spostare parte dell'onere di finanziamento dei sistemi sanitari in carico agli utenti, nel tentativo di generare risparmi per le casse dello Stato²⁹⁹. Come dimostrano i dati OECD, le *user charges* rappresentano la terza fonte di sostegno alla spesa sanitaria dopo le tasse e le assicurazioni sociali³⁰⁰. In Irlanda, la tassa per il ricovero negli ospedali pubblici fu maggiorata del 17% e vennero aumentati le tariffe per i servizi di pronto soccorso e i *co-payments* per certi tipi di farmaci³⁰¹. Anche la Spagna, per mezzo del Decreto Regio di cui prima, aumentò considerevolmente i *ticket* per le medicine, specie per le persone in età lavorativa e i pensionati con redditi medio-alti (+40/60%)³⁰². In Italia, con la *Legge Finanziaria* del 2011, fu aumentato il prezzo dei *ticket* per visite mediche specialistiche (+10%) e interventi in reparti di emergenza non giustificati da situazioni urgenti (+25%)³⁰³. Alcuni Paesi, anche fra i più virtuosi, introdussero o aumentarono le tariffe per determinati servizi, come la fecondazione in vitro (Paesi Bassi), il trasporto in ambulanza (Francia), la fisioterapia (Paesi Bassi) e protesi dentarie (Slovenia)³⁰⁴. Pure il governo portoghese varò dei provvedimenti che fecero discutere³⁰⁵. Molti vaccini un tempo gratuiti (inclusi quelli per il tifo e la meningite) vennero resi a pagamento, così come le visite per ottenere il certificato di invalidità³⁰⁶. Furono aumentati del 5-10% i *co-payments* su alcuni farmaci, tra cui il paracetamolo³⁰⁷ e sulle visite al pronto soccorso, il cui costo fu raddoppiato da 10 a 20 euro³⁰⁸.

²⁹⁵ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

²⁹⁶ *Ibid.*

²⁹⁷ La riluttanza a introdurre tasse più alte può essere sostenuta da valide considerazioni tecniche e politiche, come l'effetto negativo sul mercato del lavoro, sulla produttività e sulla competitività. Sul punto si veda, *ibid.*

²⁹⁸ *Ibid.*

²⁹⁹ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, "Austerity and health: the impact in the UK and Europe" cit.

³⁰⁰ Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDaid, "Austerity and Health in Europe" cit.

³⁰¹ Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." cit.

³⁰² Si consideri che, prima della riforma, i farmaci erano gratuiti per i pensionati. Sul punto si veda, Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, "Public Health in Europe During the Austerity Years" cit.

³⁰³ Sul punto si veda, De Belvis, Antonio Giulio, Francesca Ferrè, Maria Lucia Specchia, Luca Valerio, Giovanni Fattore, and Walter Ricciardi. "The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector." *Health policy* 106, no. 1 (2012): 10-16.

³⁰⁴ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

³⁰⁵ Sul punto si veda, Tremlett, Giles. 19 marzo 2012, "Portuguese death rate rise linked to pain of austerity programme", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2012/mar/19/portuguese-death-rate-rise-austerity-programme>

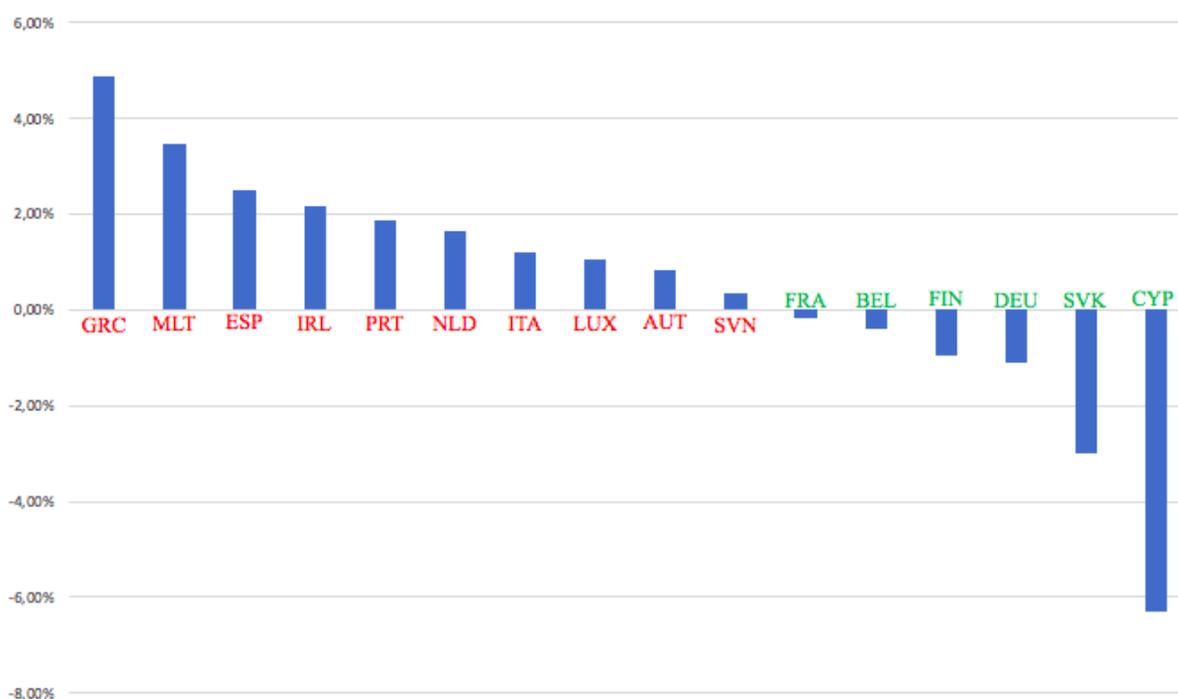
³⁰⁶ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

³⁰⁷ *Ibid.*

³⁰⁸ McKee, Karanikolos, Belcher, and Stuckler. "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." cit.

Introducendo o aumentando le tariffe per gli utenti, i governi dell'Eurozona spostarono gradualmente sulle spalle dei cittadini l'onere di finanziamento del sistema sanitario. Non sorprende che la spesa sanitaria *out-of-pocket*³⁰⁹ abbia fatto registrare un trend crescente in quasi tutti i Paesi presi in considerazione in questa analisi. La figura 17 studia l'andamento del rapporto tra spesa sanitaria *out-of-pocket* e spesa sanitaria totale negli Stati dell'Eurozona nel periodo compreso tra il 2008 e il 2014³¹⁰. Come si può notare, in seguito alla crisi economica, la quota dei pagamenti a carico dei pazienti crebbe in 10 Paesi su 16: soltanto Francia, Belgio, Finlandia, Germania, Slovacchia e Cipro fecero registrare un trend contrario³¹¹.

Figura 17: variazione del rapporto spesa sanitaria *out-of-pocket* su spesa sanitaria totale (2008-2014)³¹²



(The World Bank Data, rielaborazione personale)

³⁰⁹ Per la definizione di spesa sanitaria *out-of-pocket*, si rimanda alla nota 59.

³¹⁰ La crescita del rapporto tra spesa sanitaria *out-of-pocket* e spesa sanitaria totale implica che gli oneri di finanziamento del sistema sanitario pubblico saranno posti sempre più sugli utenti che ne usufruiscono, mentre la spesa governativa diminuisce in proporzione.

³¹¹ The World Bank Data. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2014&locations=XC&start=2008>

³¹² Per una migliore comprensione del grafico, si riportano di seguito i codici ISO 3166-1 alpha-3 dei Paesi dell'eurozona. AUT=Austria, BEL=Belgio, CYP=Cipro, DEU=Germania, ESP= Spagna, EST=Estonia, FIN=Finlandia, FRA=Francia, GRC=Grecia, IRL=Irlanda, ITA=Italia, LTU=Lituania, LVA=Lettonia, LUX=Lussemburgo, MLT=Malta, NLD=Paesi Bassi, PRT=Portogallo, SVK=Slovacchia, SVN=Slovenia.

3.2 Le quattro ipotesi sui fattori che determinano la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi

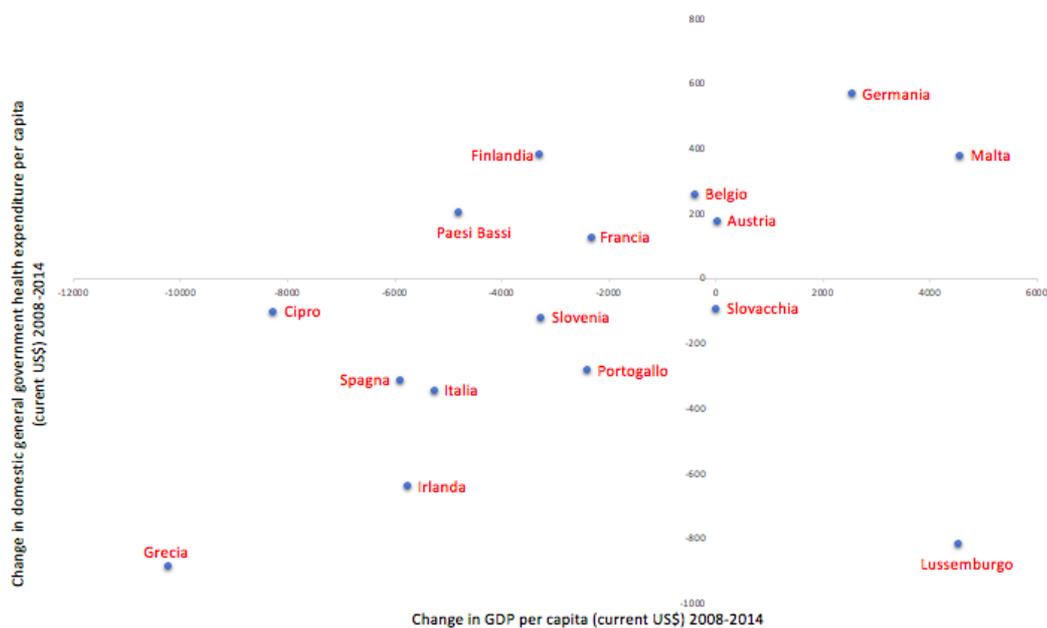
In questo paragrafo si testeranno le ipotesi raccolte dagli studiosi Aaron Reeves, Martin McKee, Sanjay Basu e David Stuckler nello studio di cui al paragrafo 1.4. Le quattro ipotesi, enfatizzando ognuna l'importanza di fattori diversi, tentano di spiegare da cosa dipende la variazione della spesa sanitaria in tempi di crisi. Alla luce delle risposte dei governi dell'Eurozona alla crisi globale finanziaria e a quella dei debiti sovrani, si cercherà di capire, ammesso che sia possibile, quale spiegazione merita maggior supporto.

3.2.1 La “depth recession hypothesis”

La “depth recession hypothesis” teorizza che maggiore è la misura in cui un Paese è colpito dalla crisi, maggiori saranno i tagli che questo implementerà nel settore sanitario³¹³. Nonostante il caso greco presentato nel precedente capitolo sembri corroborare questa posizione, occorre estendere l'analisi agli altri Paesi dell'Eurozona per capire se tale affermazione è da considerarsi valida universalmente.

Nel grafico qui sotto (fig.18), si mette in relazione la profondità della recessione nei Paesi dell'Eurozona (in termini di PIL pro capite) con l'entità dei tagli che essi applicarono nei rispettivi sistemi sanitari.

Figura 18: relazione tra variazione del PIL pro capite e della spesa sanitaria pubblica pro capite (2008-2014)^{314 315}



(The World Bank Data, personal elaboration)

³¹³ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, “*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*” cit.

³¹⁴ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=XC&start=2008>

³¹⁵ The World Bank Data. GDP per capita (current US\$, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2014&locations=XC&start=2008>

A primo impatto, la figura 18 sembra piuttosto avvalorare la tesi degli studiosi di *health policy* Sanjay Basu e David Stuckler, diametralmente opposta a quanto prescritto dalla “*depth recession hypothesis*”, vale a dire che il ridimensionamento della spesa sanitaria pubblica non è sempre proporzionale alla gravità della recessione ma che, al contrario, è una precisa scelta politica dei governi in carica³¹⁶.

Dal grafico si nota che alcuni Paesi con economie in recessione hanno mantenuto, se non aumentato, il livello di spesa pubblica per la salute. Ci si riferisce a Francia, Paesi Bassi e Finlandia in particolare. Dunque, per quanto intuitivo possa sembrare che le recessioni portino inesorabilmente a dei tagli, questi casi dimostrerebbero che vi può essere spazio per scelte politiche differenti. L’esempio della Finlandia è particolarmente calzante, con il governo di Helsinki che continuò ad investire convintamente nel settore sanitario sebbene stesse facendo i conti con la crisi peggiore della storia del Paese. Malgrado il PIL pro capite finlandese diminuì del 3,66% tra il 2008 e il 2014, con un picco del -12,70% nel 2009 ed un altro del -6,56% nel 2012³¹⁷, la spesa sanitaria pubblica fu aumentata del 10,87% (384 dollari pro capite in più) in quegli anni³¹⁸.

Nonostante ciò, appare riduttivo, oltreché scorretto, concludere che i tagli nel settore sanitario siano frutto esclusivamente delle preferenze politiche di ogni Paese. Oltre alla gravità della recessione in termini di crollo del PIL, occorre fare affidamento anche su altri indicatori, come si vedrà nel prossimo paragrafo. Alcuni Stati, come Finlandia e Paesi Bassi ad esempio, registrarono una contrazione del reddito di portata comparabile a quella di Spagna e Portogallo. È ovvio, tuttavia, che i Paesi periferici dell’Eurozona risentirono in misura maggiore della crisi, al punto di rischiare il *default*, per via dei loro livelli di debito e deficit molto alti. Non sorprende dunque che il governo finlandese e quello olandese poterono permettersi di non applicare tagli draconiani alla spesa sanitaria, a differenza di quanto fatto dagli Stati con economie vicine al punto di collassare.

Alla luce di ciò, la “*depth recession hypothesis*”, prendendo in considerazione soltanto la gravità della recessione in termini di crollo del PIL, non può essere sufficiente a spiegare le ragioni che convinsero molti Stati dell’Eurozona a ridurre considerevolmente il loro budget sanitario durante la recessione. Pur tenendo conto dell’impossibilità di tracciare una relazione inscalfibile tra crisi, austerità e tagli alla spesa sanitaria, si ritiene che altre ipotesi siano più promettenti.

³¹⁶ Stuckler & Basu, “*The Body Economic: Why Austerity Kills*” cit.

³¹⁷ The World Bank Data. GDP per capita (current US\$, 2008-2014, Finland). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2014&locations=FI&start=2008>

³¹⁸ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Finland). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=FI&start=2008>

The World Bank Data. GDP per capita (current US\$, 2008-2014, Finland). I dati sono consultabili al seguente link:

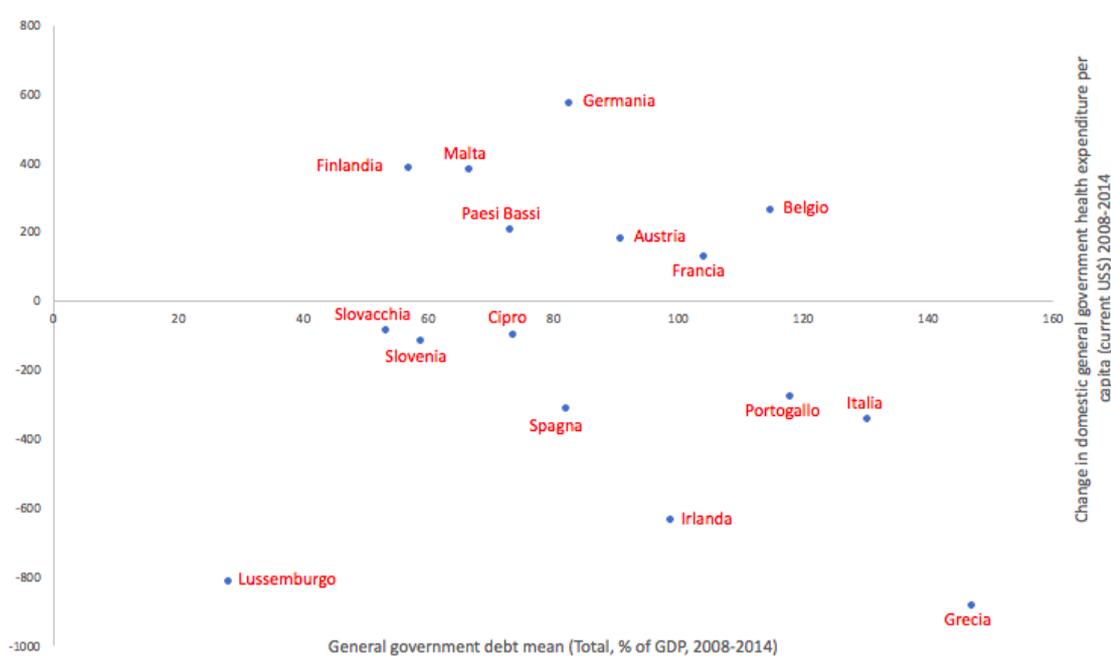
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2014&locations=FI&start=2008>

3.2.2 La “debt crisis hypothesis”

La “debt crisis hypothesis” pone il suo focus sul livello di debito degli Stati colpiti dalla crisi. I fautori di questa tesi avvertono infatti che crescenti livello di debito renderanno necessarie severe riduzioni della spesa pubblica, a maggior ragione di quella sanitaria data l’ampia quota di PIL allocatale ogni anno³¹⁹.

Per testare la validità di questa ipotesi, occorre verificare più nel dettaglio se, nell’ambito della crisi dell’Eurozona, furono proprio i Paesi con i più alti livelli di debito ad implementare tagli. La figura 19 mette in relazione il rapporto debito/PIL di ogni Stato³²⁰ e la variazione della spesa sanitaria pro capite che ognuno di loro fece registrare tra il 2008 e il 2014.

Figura 19: relazione tra livelli di debito e variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite (2008-2014)^{321 322 323}



(The World Bank Data, Eurostat, OECD: rielaborazione personale)

Già dal grafico soprastante è possibile notare che i Paesi con alti livelli di debito furono effettivamente autori di tagli più o meno consistenti nella spesa sanitaria, specie i cosiddetti PIIGS³²⁴. Allo stesso tempo, però, vi fu un gruppo di Paesi con un rapporto debito/PIL abbastanza elevato (Francia, Austria, Belgio) che,

³¹⁹ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, “*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*” cit.

³²⁰ È da intendersi la media del rapporto debito pubblico/PIL fatta registrare tra il 2008 e il 2014.

³²¹ Database OECD. General Government Debt (Total, % of GDP, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/gga/general-government-debt.htm>

³²² The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=XC&start=2008>

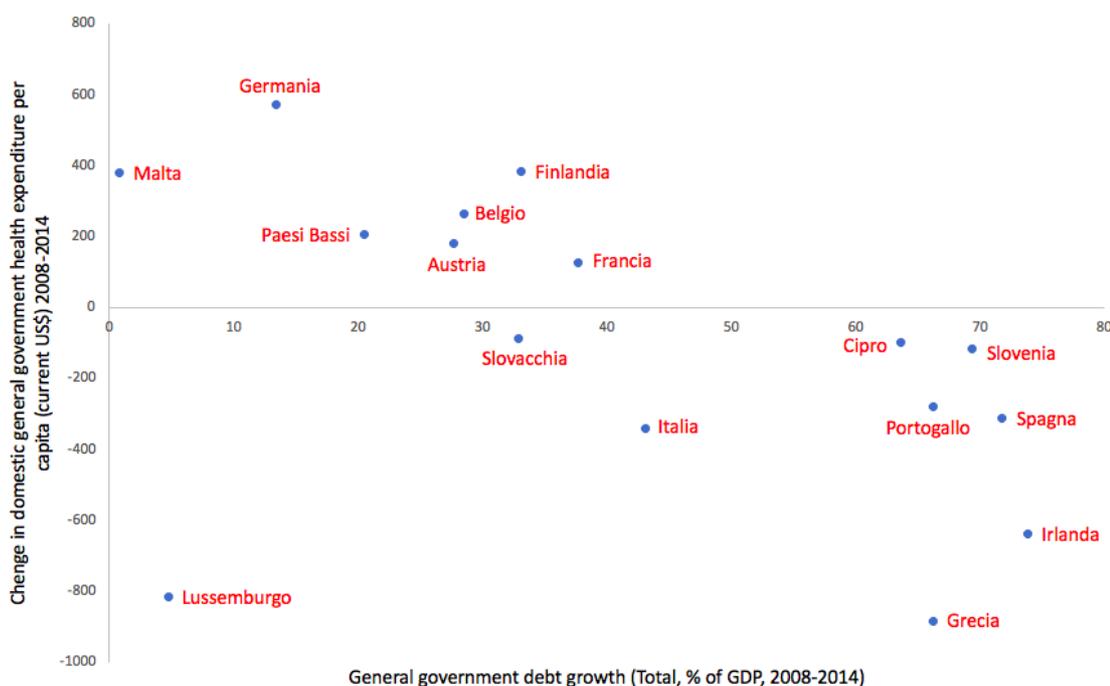
³²³ I dati relativi ai livelli di debito pubblico di Malta e Cipro sono stati forniti da EUROSTAT, tutti gli altri dalla banca dati OECD.

³²⁴ Portogallo, Italia, Irlanda, Grecia e Spagna.

al contrario, aumentò il proprio budget sanitario. Il caso del Lussemburgo, a prima vista, può apparire di difficile comprensione, essendo un Paese che optò per un notevole ridimensionamento della propria spesa sanitaria pur registrando da sempre un livello di debito pubblico molto basso. In realtà, nonostante l'entità dei tagli, nel 2014 il Lussemburgo era ancora il terzo Stato dell'Eurozona per spesa sanitaria pubblica pro capite (3929\$), dopo Germania e Paesi Bassi³²⁵.

Ad ogni modo, come ammettono Reeves, McKee, Basu e Stuckler, la semplice media del rapporto debito/PIL negli anni della crisi non costituisce un determinante statisticamente significativo per spiegare le diverse risposte in termini di politica sanitaria dei vari Paesi alla crisi dell'Eurozona³²⁶. Occorre infatti considerare il trend di crescita (e non la media) di tale rapporto per addivenire a risultati più coerenti. La figura 20 mette in relazione l'andamento del rapporto debito/PIL e la variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite che i Paesi dell'Eurozona fecero registrare tra il 2008 e il 2014.

Figura 20: relazione tra crescita del debito e variazione della spesa sanitaria pubblica pro capite (2008-2014)^{327 328 329}



(The World Bank Data, Eurostat, OECD: rielaborazione personale)

³²⁵ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Luxembourg). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=LU&start=2008>

³²⁶ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, "The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011" cit.

³²⁷ Database OECD. General Government Debt (Total, % of GDP, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.oecd.org/gga/general-government-debt.htm>

³²⁸ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014). I dati sono consultabili al seguente link: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=XC&start=2008>

³²⁹ I dati relativi ai livelli di debito pubblico di Malta e Cipro sono stati forniti da Eurostat, tutti gli altri dalla banca dati OECD.

Il grafico soprastante evidenzia che il debito pubblico, in particolare il suo trend di crescita, è un fattore fondamentale da tenere in considerazione al fine di capire le ragioni per cui alcuni Stati operarono tagli severi nei propri sistemi sanitari, mentre altri, nonostante la recessione, mantennero o addirittura incrementarono il proprio budget. Difatti, i tagli maggiori in portata avvennero in Portogallo, Spagna, Irlanda e (soprattutto) Grecia, quattro Paesi con un rapporto debito/PIL in vertiginosa crescita. Come è noto, questi Stati stavano riscontrando enormi difficoltà a contrarre prestiti per sostenere la spesa pubblica. Tale circostanza, unita all'incapacità di ottenere un credito accessibile o di generare entrate attraverso la tassazione limitò fortemente il loro spazio fiscale, lasciandogli poche opzioni se non quella di implementare tagli draconiani nella spesa sociale, ivi compresa quella sanitaria³³⁰.

La “*debt crisis hypothesis*”, con il suo focus posto sul debito pubblico, fornisce dunque un valido spunto di analisi per spiegare le diverse politiche sanitarie implementate dagli Stati dell'Eurozona negli anni della crisi. Più che il rapporto debito/PIL in sé e per sé, tuttavia, occorre studiare l'andamento di tale indicatore nel periodo di interesse per ottenere un risultato che non lasci spazio a contraddizioni.

3.2.3 La “*party hypothesis*”

La terza ipotesi della quale ci si appresta a valutare la validità sposta il focus dalle variabili macroeconomiche al campo della politica, facendo riferimento all'ideologia dei partiti al governo. L'assunto di partenza di questa teoria è che esecutivi di destra siano più inclini ad adottare tagli nei sistemi sanitari rispetto a quelli di sinistra³³¹. Per scoprire se tale posizione sia effettivamente corroborata dai fatti, ci si focalizza in primo luogo sugli Stati che implementarono le riforme più ingenti in campo sanitario in risposta alla crisi dell'Eurozona: Spagna, Portogallo, Irlanda e Grecia.

La Spagna rappresenta un buon caso studio, dal momento che la crisi fu gestita da due governi di colore opposto. Dal 2004 al 2011, il Primo Ministro spagnolo fu José Zapatero, leader del Partito Socialista Spagnolo (*PSOE*). Mariano Rajoy del Partito Popolare (*PP*), schierato nell'area di centro-destra, vinse le elezioni nel 2011 e guidò il Paese fino al 2018³³². Ebbene, entrambi i governi implementarono tagli ingenti nel sistema sanitario³³³. Tuttavia, il grosso della sforbiciata arrivò con l'esecutivo conservatore di Mariano Rajoy, autore

³³⁰ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, “*Health policy responses to the financial crisis in Europe*” cit.

³³¹ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, “*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*” cit.

³³² Sul punto si veda, Tremlett, Giles. 20 novembre 2011, “Spanish election: convincing victory for People’s party”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/nov/20/spain-election-polls-rajoy-victory>

³³³ Sul punto si veda, Gallo, Pedro & Joan Gené-Badia. “Cuts drive health system reforms in Spain.” *Health Policy* 113, no. 1-2 (2013): 1-7.

della discussa riforma verso un sistema assicurativo, che portò alla riduzione della spesa sanitaria pubblica di 12 miliardi tra il 2012 e il 2014³³⁴.

La storia del Portogallo nel periodo preso in considerazione (2008-2014) è simile a quella spagnola. Dal 2005 al 2011, il Paese fu governato dall'esecutivo monocolore di José Socrates, appartenente al Partito Socialista. Alle elezioni anticipate del 2011, si impose il Partito Social Democratico: Pedro Passos Coelho fu nominato a capo del governo di centro-destra che vedeva la partecipazione anche del Partito Popolare³³⁵. Anche in questo caso, entrambi gli esecutivi rividero al ribasso il budget sanitario ma fu il governo di centro-destra a seguire la linea dura in tal senso³³⁶: «*Dobbiamo rispettare gli impegni presi con la Troika*», chiosò Pedro Passos Coelho dinanzi a chi criticava i tagli³³⁷.

Per quanto riguarda l'Irlanda, nel periodo della crisi si sostituirono al governo i due partiti che fin da prima della Seconda Guerra Mondiale dominano la politica del Paese: il *Fianna Fáil* e il *Fine Gael*. Collocare con precisione queste due formazioni nello spettro politico è difficile. Altrettanto difficile è rintracciare differenze notevoli nel modo di governare. In generale, pur essendo entrambi partiti di centro, il *Fianna Fáil* è considerato quello più a sinistra e il più attento a mantenere buoni livelli di spesa sanitaria³³⁸. La prima parte della recessione fu gestita proprio dal *Fianna Fáil*, con Brian Cowen a capo del governo. Nel 2011, Enda Kenny del *Fine Gael* divenne il nuovo *Taoiseach*³³⁹. Come da previsione, non vennero registrate differenze sostanziali in termini di politiche sanitarie, con entrambi gli esecutivi impegnati ad applicare severi tagli per far ripartire l'economia. La spesa sanitaria pubblica venne tagliata soprattutto nei primi anni della crisi, quando al governo c'era il *Fianna Fáil* (-697\$ pro capite tra il 2008 e il 2011)³⁴⁰. Il *Fine Gael* gestì poi la seconda fase e le trattative con la Troika. I tagli furono applicati nel primo anno del nuovo governo (-253\$ dollari pro capite nel

³³⁴ Sul punto si veda, Oppes, Alessandro. 22 settembre 2014, "Sorpasso storico in Spagna: più ospedali privati che pubblici", *La Repubblica*, https://www.repubblica.it/economia/2014/09/22/news/spagna_ospedali_privati_publici-96395681/
Sul punto si veda anche, Reuters. 22 agosto 2015, "Spain's Rajoy under pressure to row back on healthcare cuts", <https://www.reuters.com/article/us-spain-healthcare/spains-rajoy-under-pressure-to-row-back-on-healthcare-cuts-idUSKCN0QR0NB20150822>

³³⁵ Sul punto si veda, Tremlett, Giles. 5 giugno 2011, "Pedro Passos Coelho set for big election win as Portugal swings right", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/jun/05/pedro-passos-coelho-election-portugal>

³³⁶ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Portugal). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=PT&start=2008>

³³⁷ Sul punto si veda, Ragusa, Silvia. 8 aprile 2013, "Lisbona, annunciati nuovi tagli dopo no ad austerità. "Emergenza nazionale", *Il Fatto Quotidiano*, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/04/08/lisbona-governo-annuncia-nuovi-tagli-dopo-no-allausterita-e-emergenza-nazionale/555946/>

³³⁸ Sul punto si veda, Pittau, Maurizio. 2020, "Fine Gael e Fianna Fáil: quale è la differenza?", *Radio Dublino*, <https://www.radiodublino.com/2020/06/20/fine-gael-e-fianna-fail-quale-e-la-differenza/>

³³⁹ Capo del governo della Repubblica d'Irlanda. Sul punto si veda, McDonald, Henry. 9 marzo 2011, "New taoiseach Enda Kenny foresees darkness before dawn in Ireland", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/mar/09/ireland-enda-kenny-elected-taoiseach>

³⁴⁰ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Ireland). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=IE&start=2008>

2012)³⁴¹, ma la spesa sanitaria pubblica tornò a crescere subito dopo. Peraltro, Enda Kenny sottolineò più volte la necessità di riformare profondamente l'iniquo sistema sanitario irlandese, sostenendo la creazione di un'assicurazione sanitaria universale. La proposta di riforma fu però abbandonata nel 2015 per via dei costi esorbitanti che avrebbe implicato³⁴².

Il caso greco è stato invece già esposto nel precedente capitolo. La gestione della crisi non trasse certo giovamento dall'instabilità politica di quegli anni. Furono ben cinque i premier che si succedettero dal 2008 al 2018 (esclusi quelli a capo di governi di transizione)³⁴³: Kostas Karamanlis (Nuova Democrazia, centro-destra, 2004-2009), George Papandreou (*PASOK*, centro-sinistra, 2009-2011), Lucas Papademos (governo tecnico, 2011-2012), Antonis Samaras (Nuova Democrazia, centro-destra, 2012-2015) e Alexis Tsipras (*Syriza*, sinistra radicale, 2015-2019). La situazione greca aveva contorni talmente tragici che l'obiettivo perseguito da ogni governo, indipendentemente dal suo colore, fu quello di implementare tagli in ogni settore per far respirare le casse dello Stato. Di conseguenza, almeno fino al 2014, la spesa sanitaria pubblica conobbe un deciso e costante ridimensionamento, nonostante l'alternarsi di esecutivi posizionati su istanze ideologiche diverse. Il trend discendente si arrestò nel terzo anno del governo Tsipras, quando la maggior parte delle riforme era ormai stata varata³⁴⁴.

Alla luce di quanto esposto finora, non si è in grado di affermare con certezza se l'ideologia dei partiti al governo giochi effettivamente un ruolo cruciale nel dar forma a politiche sanitarie ben precise in tempi di crisi. Il caso spagnolo e quello portoghese sembrano confermare la previsione della "*party hypothesis*" che governi di destra siano più inclini a tagliare rispetto a quelli di sinistra. Gli avvenimenti negli altri due Stati dei quali si è discusso sopra sono invece difficilmente analizzabili per motivi differenti: la minima differenza ideologica tra i due partiti al governo in Irlanda (*Fianna Fáil* e *Fine Gael*) e la tragica situazione in Grecia che non lasciava spazio a scelte politiche di altro tipo.

Il caso di Cipro si pone in linea con quanto avvenuto in Spagna e Portogallo. La fase iniziale della crisi fu gestita dal comunista Dimitris Christofias, poi sostituito nel 2013 da Nicos Anastasiades (Raggruppamento Democratico, centro-destra). La spesa sanitaria pubblica fu diminuita di poco dal primo (-20\$ pro capite in cinque anni), più considerevolmente dal secondo (-105\$ pro capite in due anni)³⁴⁵. Occorre però ricordare che,

³⁴¹ *Ibid.*

³⁴² Sul punto si veda, Connolly S. & Wren M., 2019, "*Universal Health Care in Ireland – What Are the Prospects for Reform?*", Taylor & Francis Online, 5(2), pp. 94-99

³⁴³ Nell'analizzare il caso della Grecia si considera un periodo leggermente più lungo (2008-2018 anziché 2008-2014) poiché l'austerità durò sin quando la Troika non terminò la sua supervisione nel 2018.

³⁴⁴ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2018, Greece). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2018&locations=GR&start=2008>

³⁴⁵ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Cyprus). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=CY&start=2008>

nelle scelte politiche del governo Anastasiades pesarono considerevolmente le condizionalità poste dalla Troika, chiamata in causa pochi mesi prima del suo insediamento³⁴⁶.

Anche in Francia si verificò un avvicendamento tra due governi di colore politico opposto: François Hollande (centro-sinistra) sostituì Nicolas Sarkozy (centro-destra) alla guida del Paese nel 2012. Il presidente socialista incrementò la spesa sanitaria pubblica pro capite di 256€ in due anni, a differenza del suo predecessore che invece la tagliò di 129€ durante il suo mandato³⁴⁷.

Ad ogni modo, sebbene le politiche implementate in diversi Paesi dell'Eurozona sembrano confermare la previsione della *"party hypothesis"* che i governi di destra siano più propensi a tagliare la spesa sanitaria rispetto a quelli di sinistra, sono altresì analizzabili esempi in senso contrario.

In primis, non tutti i governi di destra ridimensionarono il budget sanitario. In Germania, la Cancelliera Angela Merkel (appartenente all'area del centro-destra moderato) sostenne la necessità di continuare ad investire nel sistema sanitario tedesco per soddisfare la crescente domanda di servizi da parte della popolazione durante la crisi³⁴⁸. Di conseguenza, la spesa sanitaria pubblica fu costantemente rivista al rialzo dal suo esecutivo³⁴⁹. Lo stesso avvenne in Finlandia con il governo Katainen (2011-2014)³⁵⁰, a Malta con il governo Gonzi (2004-2013)³⁵¹ e in Slovenia con il governo Janša (2012-2013)³⁵². *In secundis*, gli esecutivi di sinistra si resero ugualmente autori di tagli ingenti nella sanità pubblica, come dimostra il caso italiano con i governi Letta (2013-2014) e Renzi (2014-2016)^{353 354}. Anche in Slovenia, prima che fosse rivisto al rialzo

³⁴⁶ Sul punto si veda, Petrou, Panagiotis & Sotiris Vadoros. "Healthcare reforms in Cyprus 2013–2017: Does the crisis mark the end of the healthcare sector as we know it?." *Health Policy* 122, no. 2 (2018): 75-80.

³⁴⁷ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, France). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=FR&start=2008>

³⁴⁸ Sul punto si veda, Gatti, Emanuele. 1 aprile 2020, *"Modello Bismarck - Tutto ma proprio tutto quello che c'è da sapere sulla sanità tedesca"*, Linkiesta, <https://www.linkiesta.it/2020/04/germania-coronavirus-sanita-modello-italia-aiuti/>

³⁴⁹ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Germany). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=DE&start=2008>

³⁵⁰ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Finland). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=FI&start=2008>

³⁵¹ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Malta). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=MT&start=2008>

³⁵² The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Slovenia). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=SI&start=2008>

³⁵³ Sul punto si veda, Cartabellotta, Nino, Elena Cottafava, Roberto Luceri, and Marco Mosti. "Il definanziamento 2010–2019 del Servizio Sanitario Nazionale." *Fondazione GIMBE, Report 7* (2019).

³⁵⁴ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Italy). I dati sono consultabili al seguente link:

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=IT&start=2008>

dall'esecutivo di destra di Janez Janša, il budget sanitario venne più volte tagliato dai socialdemocratici del governo Pahor³⁵⁵.

Per tali ragioni, seppur l'assunto alla base della "*party hypothesis*" non si dimostri del tutto privo di fondamento, le politiche sanitarie implementate dagli Stati dell'Eurozona in seguito alla crisi economica non possono essere analizzate focalizzandosi unicamente sull'ideologia dei partiti al governo. Affermare che, in tempi di recessione, i governi di destra siano i soli a tagliare è scorretto. Pertanto, la "*party hypothesis*" non può essere né accettata né rigettata. Semplicemente, questa teoria, presa singolarmente, non può essere rilevante per la presente analisi, specie perché ignora la dimensione economico-finanziaria e le precise peculiarità di ogni singolo Paese.

3.2.4 La "*IFIs hypothesis*"

Tale ipotesi considera il coinvolgimento delle istituzioni finanziarie internazionali uno dei fattori decisivi per spiegare la contrazione della spesa sanitaria registrata in diversi Stati dell'Eurozona durante la crisi. In particolare, si pone l'attenzione sul ruolo giocato dalla Troika nel dettare le riforme agli Stati che avevano richiesto il *bailout*³⁵⁶. Questo perché, nell'ambito dei vari programmi di aiuti, i creditori chiesero ai governi, da un lato, riforme per far ripartire l'economia, dall'altro, un piano di consolidamento fiscale per mettere in sicurezza i conti pubblici³⁵⁷. Come spiega l'economista Veronica De Romanis: «*La logica sottesa a queste operazioni è quella del sostegno finanziario in cambio di rigore fiscale. Altrimenti, il rischio che si corre è che la solidarietà senza responsabilità [...] degeneri in assistenzialismo*»³⁵⁸.

Nei casi di Grecia, Portogallo, Cipro e Irlanda, i *Memoranda of Understandings (MoU)* sottoscritti dai rispettivi governi con la Troika comprendevano effettivamente una lista di riforme da implementare nel settore sanitario come condizionalità per l'ottenimento dei fondi³⁵⁹. Inoltre, vennero imposte agli Stati delle ulteriori misure, le quali, seppur ufficialmente indirizzate ad altre aree, implicavano ovvie ripercussioni sui sistemi

³⁵⁵ The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita (current US\$, 2008-2014, Slovenia) cit.

³⁵⁶ Le modalità con cui la Troika intervenne a dettare le politiche sanitarie di alcuni Stati hanno lasciato perplessi numerosi studiosi di *health policy*. Oltre a Nick Fahy, menzionato nel capitolo precedente, anche altri autori si sono interrogati circa la legittimità delle azioni della Troika. Marina Karanikolos e altri studiosi, nell'articolo "*Financial crisis, austerity, and health in Europe*" pubblicato sul *The Lancet*, puntarono il dito contro la Direzione Generale per la Salute e i Consumatori della Commissione (l'allora DG SANCO), la quale, nonostante il suo obbligo legale di valutare gli effetti sulla salute delle politiche europee, non realizzò gli studi necessari sulle potenziali conseguenze delle misure imposte dalla Troika, limitandosi invece ad elargire consigli su come implementare i tagli. Sul punto si veda, Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. "*Financial crisis, austerity, and health in Europe.*" cit.

³⁵⁷ De Romanis, "*L'austerità fa crescere*" cit.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 14

³⁵⁹ Fahy N., "*Who is shaping the future of European health systems?*" cit.

sanitari³⁶⁰. In virtù di ciò, e come ribadito anche da Mladovsky *et al.*, le politiche di alcuni Stati erano pressoché “obbligate” poiché facenti parte di un più ampio processo di ristrutturazione del debito³⁶¹.

In Portogallo, la Troika intervenne nel maggio 2011, quando il governo di transizione guidato da José Socrates raggiunse l'accordo per un prestito da 78 miliardi con le istituzioni finanziarie internazionali³⁶². Fin da subito, il settore sanitario fu individuato come un'area fondamentale per ridurre la spesa pubblica. Difatti, il *memorandum* d'intesa tra la Troika e il governo portoghese imponeva tagli ingenti alla spesa sanitaria, pari a 550 milioni di euro nel 2012 e altri 375 milioni nel 2013³⁶³. Non solo: la Troika dettò con precisione le misure da implementare, dai *co-payments* ai *ticket*, dalla riduzione della spesa farmaceutica a quella per i servizi ospedalieri³⁶⁴ e, ogni tre mesi, ne valutava il grado di implementazione³⁶⁵.

Per quel che concerne la Grecia, si è già visto nel capitolo precedente che la Troika ordinò al governo ellenico di mantenere la spesa sanitaria pubblica sotto la soglia del 6% del PIL³⁶⁶. Anche in questo caso, le istituzioni finanziarie internazionali imposero numerose misure da adottare nel sistema sanitario, come la tanto discussa riforma dei fondi assicurativi³⁶⁷. In totale, nei tre *memoranda* regolatori degli accordi tra Grecia e Troika (maggio 2010, febbraio 2012, agosto 2015), furono specificate nel dettaglio ben 60 riforme che il governo ellenico avrebbe dovuto implementare nell'*ESY*³⁶⁸.

Lo stesso successe a Cipro, dove le profonde riforme nel settore sanitario furono elaborate sotto la stretta supervisione del Fondo Monetario Internazionale, della Commissione Europea e della Banca Centrale Europea. Come negli altri casi, la Troika inserì nel *memorandum* d'intesa la lista di politiche che il governo cipriota sarebbe stato chiamato ad introdurre³⁶⁹. In particolare, le istituzioni finanziarie internazionali ordinarono tagli netti alla spesa sanitaria nel suo complesso (-2,7% nel 2013, -10,9% nel 2014, -2,6% nel 2015), da realizzare attraverso le decurtazioni sugli stipendi del personale sanitario, il blocco delle assunzioni

³⁶⁰ Serapioni, Mauro & Pedro Hespánha, “*Crisis and Austerity in Southern Europe: Impact on Economies and Societies*”, Capitolo 1 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespánha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

³⁶¹ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, “*Health policy responses to the financial crisis in Europe*” cit.

³⁶² Sul punto si veda, Tremlett, Giles. 4 maggio 2011, “*Portugal settles terms of €78bn bailout with EU and IMF*”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2011/may/04/portugal-78bn-bailout-imf>

³⁶³ Fahy N., “*Who is shaping the future of European health systems?*” cit.

³⁶⁴ Sul punto si veda, Legido-Quigley, Helena, Marina Karanikolos, Sonia Hernandez-Plaza, Cláudia de Freitas, Luís Bernardo, Beatriz Padilla, Rita Sá Machado, Karla Diaz-Ordaz, David Stuckler, and Martin McKee. “Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal.” *Health Policy* 120, no. 7 (2016): 833-839.

³⁶⁵ Hespánha, Pedro. “*The Impact of Austerity on the Portuguese National Health Service, Citizens' Well-Being, and Health Inequalities*”, Capitolo 3 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespánha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

³⁶⁶ Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. “*Financial crisis, austerity, and health in Europe.*” cit.

³⁶⁷ Fahy N., “*Who is shaping the future of European health systems?*” cit.

³⁶⁸ Sul punto si veda, Economou, Charalampos. “O sistema de saúde grego e a crise: um estudo de caso na luta pela capacidade do Estado Social.” *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 17, no. 1 (2018): 7-26.

³⁶⁹ Petrou & Vantoros. “*Healthcare reforms in Cyprus 2013–2017: Does the crisis mark the end of the healthcare sector as we know it?*.” cit.

fino al 2016, la revisione della soglia minima per accedere gratuitamente alle cure e l'introduzione di *user charges* per alcuni servizi essenziali³⁷⁰.

Il programma di aggiustamento economico relativo all'Irlanda, almeno all'inizio, lasciò al governo del Paese un margine di manovra più ampio su come strutturare le proprie riforme nel sistema sanitario. La Troika si limitò ad individuare le due aree chiave in cui implementarle: medicina generale e settore farmaceutico³⁷¹. Nel 2012, furono aggiunte ulteriori linee guida al *memorandum* d'intesa, come l'abbattimento dei costi relativi alle "*medical cards*"³⁷². Il governo irlandese si dimostrò zelante nell'affrontare le richieste della Troika e portò avanti le riforme pattuite³⁷³.

La Spagna, pur non essendo oggetto di un vero e proprio piano di *bailout* come gli Stati elencati sopra, finì sotto monitoraggio della Troika dopo un prestito del valore di 100 miliardi di euro approvato dall'Eurogruppo per ricapitalizzare le banche del Paese³⁷⁴. Proprio per la diversa natura dell'intervento, il *memorandum* sottoscritto dall'Unione Europea, insieme alle istituzioni finanziarie e al governo Rahoy, non conteneva indicazioni specifiche per quanto concerne il settore sanitario³⁷⁵. Pertanto, la *spending review* operata nel *Sistema Nacional de Salud* durante la crisi³⁷⁶ non fu strettamente correlata al contingente intervento della Troika, bensì fu frutto di una precisa volontà politica della classe dirigente spagnola.

Anche l'Italia fu soggetta a forti pressioni esterne per riformare il suo Servizio Sanitario Nazionale. Sebbene non abbia mai firmato un *memorandum* come i Paesi analizzati sopra³⁷⁷, il coinvolgimento dell'Unione Europea nel definire le politiche sanitarie fu significativo³⁷⁸. Non è un caso che l'Italia, in linea

³⁷⁰ *Ibid.*

³⁷¹ Fahy N., "*Who is shaping the future of European health systems?*" cit.

³⁷² Per un approfondimento sulle "*medical cards*" si rimanda alla nota 273.

³⁷³ Sul punto si veda, Thomas, Steve, Sarah Barry, Bridget Johnston and Sara Burke. "Ireland's health care system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state", *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, no. Suppl. 1 (2018): 27-36

³⁷⁴ Sul punto si veda, Wiesmann, Gerrit. 11 giugno 2012. "Troika to supervise Spanish bank loan", *Financial Times*, <https://www.ft.com/content/5c1d283a-b3e2-11e1-8fea-00144feabdc0>

³⁷⁵ Sul punto si veda, European Commission. *Spain – Memorandum of Understanding on Financial-sector Policy Conditionality*. 20 luglio 2017

³⁷⁶ Sul punto si veda, Borra, Cristina, Jeronia Pons-Pons, and Margarita Vilar-Rodriguez. "Austerity, healthcare provision, and health outcomes in Spain." *The European Journal of Health Economics* (2019): 1-15.

³⁷⁷ Nel 2011, la Banca Centrale Europea prestò soccorso all'Italia attraverso il *Securities Markets Programme* (SMP), con l'acquisto sul mercato secondario di oltre cento miliardi di euro di titoli di Stato italiani (aveva fatto lo stesso, l'anno prima, con Grecia e Spagna). In cambio, la BCE chiese al governo italiano di implementare con urgenza riforme serie per stimolare la crescita e diminuire il livello di debito. Queste misure saranno poi approfondite nel dettaglio in una lettera inviata il 5 agosto 2011 dall'allora presidente della BCE, Jean-Claude Trichet, a Mario Draghi, governatore della Banca d'Italia. Sul punto si veda, De Romanis, "*L'austerità fa crescere*" cit.

³⁷⁸ Per garantirsi l'appoggio della Banca Centrale Europea, l'Italia realizzò una serie di riforme strutturali, soprattutto nel settore delle pensioni, accettando la cosiddetta "condizionalità implicita". Quest'ultima fu uno strumento utilizzato dall'Unione Europea durante la crisi dell'Eurozona, basato su un accordo implicito sulle condizionalità e i paletti da rispettare pur in assenza di un vero e proprio patto scritto. Sul punto si veda, Sacchi, Stefano. "Conditionality by other means: EU involvement in Italy's structural reforms in the sovereign debt crisis." *Comparative european politics* 13, no. 1 (2015): 77-92.

con ciò che accadde altrove, aumentò le *user charges*, ridusse il numero dei posti letto e rivide al ribasso la spesa per il personale sanitario³⁷⁹.

Alla luce dei casi analizzati in questo paragrafo, è evidente che la Troika abbia giocato un ruolo fondamentale nel dare forma alle politiche che i governi nazionali decisero di implementare nei rispettivi sistemi sanitari. Il carattere pressoché imperativo delle disposizioni inserite nei *memoranda* d'intesa porta a concludere che gli esecutivi di alcuni Paesi non poterono far altro che adottare le profonde riforme ritenute necessarie dalle istituzioni finanziarie internazionali. La Troika mostrò infatti una certa rigidità durante le trattative con gli Stati, nel senso che accettò di rado le alternative proposte dai governi nazionali, rimanendo ferma sulla propria posizione negoziale³⁸⁰. Alcuni studiosi hanno poi contestato le *deadline* estremamente ravvicinate imposte dalle istituzioni finanziarie e dall'Unione Europea. Come spiega la ricercatrice della *London School of Economics* Sarah Thomson: «*Se si fosse dato più tempo agli Stati, questi avrebbero evitato certi tagli orizzontali, dando piuttosto la priorità a riforme che avrebbero reso il sistema sanitario più efficiente nel lungo periodo*»³⁸¹. Le fa eco il ricercatore dell'Università di Coimbra Pedro Hespanha, il quale, in un lavoro curato a quattro mani con il collega Mauro Serapioni, ha approfondito il caso del Portogallo, con la Troika che chiese al governo di Lisbona di “tagliare il grasso dello Stato” rapidamente. Tuttavia, nella fretta di ottenere risultati immediati, «*distinguere tra il “grasso” e la “carne fresca” si rivelò essere particolarmente complicato*»³⁸².

Non sorprende dunque che gli Stati sottoposti a *bailout* figurino tra quelli che implementarono tagli maggiori nel settore sanitario durante gli anni degli austerità. La rilevanza dell'intervento della Troika in certi Paesi è stata appurata anche da Reeves, McKee, Basu e Stuckler. Essi hanno scoperto che gli Stati sottoposti a *bailout*, con le severe condizionalità che questo implicava, avevano una probabilità quattro volte maggiore di applicare tagli alla spesa sanitaria rispetto agli altri³⁸³. In aggiunta, le riforme da loro varate furono considerevolmente più profonde se comparate a quelle dei Paesi dell'Eurozona che invece non ebbero bisogno dell'aiuto delle istituzioni finanziarie internazionali per superare la crisi. Più nel dettaglio, i tagli implementati nel settore sanitario da Irlanda, Cipro, Grecia e Portogallo furono circa il 50% più consistenti rispetto a quelli applicati altrove³⁸⁴.

È dunque evidente che l'andamento della spesa sanitaria in certi Paesi dell'Eurozona abbia ingentamente risentito del coinvolgimento della Troika nelle scelte dei governi nazionali, i quali videro la loro autonomia

³⁷⁹ Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha, “*Crisis and Austerity in Southern Europe: Impact on Economies and Societies*”, Capitolo 1 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit.

³⁸⁰ *Ibid.*

³⁸¹ Arie, “*Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?*” cit., p. 17

³⁸² Hespanha, Pedro. “*The Impact of Austerity on the Portuguese National Health Service, Citizens' Well-Being, and Health Inequalities*”, Capitolo 3 in Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries* cit. p. 44-45

³⁸³ Reeves, McKee, Basu, and Stuckler, “*The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011*” cit.

³⁸⁴ *Ibid.*

limitarsi per via delle strette condizionalità legate ai *bailout*. Alla luce di ciò, la “*IFIs hypothesis*” è da considerarsi valida.

3.3 Valutare le riforme dei sistemi sanitari

Come enfatizzato da Mladovsky *et al.*, i *policy maker*, quando sono chiamati a prendere decisioni così delicate, devono prima valutare se le riforme da loro proposte rischiano di precludere il raggiungimento degli obiettivi cardine del sistema sanitario, quali: migliorare il livello di salute pubblica, assicurare l’accesso equo ed universale alle cure, massimizzare l’efficienza evitando gli sprechi e mantenere alta la qualità dell’assistenza sanitaria³⁸⁵. Per questo motivo, eventuali modifiche ai livelli di spesa dovrebbero essere apportate solo in seguito all’aver valutato con attenzione tutte le opzioni a disposizione e il loro impatto sugli obiettivi del sistema sanitario³⁸⁶. Difatti, anche la Carta di Tallinn invitava gli Stati firmatari a promuovere la ricerca sugli effetti di ogni eventuale decisione di politica sanitaria, in modo tale da migliorare l’efficienza degli interventi e, conseguentemente, giustificarne la necessità³⁸⁷. In altre parole, come spiega la ricercatrice Amalia Ifanti: «*Le implicazioni che l’austerità economica e le politiche fiscali hanno sui sistemi sanitari non possono essere trascurate*»³⁸⁸. Un processo decisionale solido, trasparente e basato su studi affidabili è utile anche al fine di proteggere le politiche dagli interessi particolari di alcuni gruppi specifici, oltre a quello di rendere più probabile una reazione positiva da parte della popolazione³⁸⁹.

Inoltre, non è comprovato che ridurre la spesa sanitaria equivalga ad un incremento dell’efficienza. Difatti, tagli arbitrari ai servizi essenziali possono destabilizzare ulteriormente il sistema sanitario nel caso riducano la copertura sanitaria della popolazione, l’accesso equo e universale alle cure e la qualità dell’assistenza fornita³⁹⁰. Se questa fosse l’evenienza, i costi nel lungo termine saranno considerevolmente più ampi dei benefici realizzati nel breve poiché, oltre a creare delle nuove inefficienze, è improbabile che i tagli orizzontali affrontino quelle esistenti, andando così ad esacerbare, in prospettiva, la crisi dei sistemi sanitari³⁹¹.

Un tema molto dibattuto è quello relativo alle tariffe per accedere ai servizi, le cosiddette “*user charges*”, introdotte e, in alcuni casi, aumentate durante gli anni dell’austerità. Diversi studi affermano che i *policy maker*, in periodi di crisi, fanno spesso affidamento su politiche di questo tipo, aventi l’obiettivo di spostare gli oneri di finanziamento del sistema sanitario sugli utenti che ne usufruiscono. Il tutto al fine di ridurre (o

³⁸⁵ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, “*Health policy responses to the financial crisis in Europe*” cit.

³⁸⁶ Amnesty International. “*Austerity measures in the health sector*”, capitolo 4 in Amnesty International, “*Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity*” cit.

³⁸⁷ OMS. *Implementation of the Tallinn Charter: Final Report* cit.

³⁸⁸ Ifanti, Argyriou, Kalofonou, and Kalofonos. “*Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care*” cit., p. 11

³⁸⁹ OMS. *Implementation of the Tallinn Charter: Final Report* cit.

³⁹⁰ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, “*Health policy responses to the financial crisis in Europe*” cit.

³⁹¹ *Ibid.*

congelare) la spesa sanitaria pubblica³⁹². Ad ogni modo, è stato spiegato che certi tipi di tariffe conducono ad effetti negativi sul diritto alla salute delle fasce più vulnerabili della popolazione (poveri e anziani *in primis*), che rischiano di non potersi più permettere l'accesso alle cure³⁹³. Inoltre, nella maggior parte dei casi, esse si connotano per un limitato criterio selettivo, finendo così per disincentivare l'accesso ai servizi di alto e di basso valore in egual misura³⁹⁴. Anche in questo caso, poi, non è scontato che l'applicazione di tariffe aggiuntive migliori l'efficienza del sistema sanitario³⁹⁵. Come spiegano Mladovsky *et al.*, introdurre oneri per gli utenti nell'assistenza primaria o specialistica può portare ad un peggioramento della salute pubblica, che renderà necessario un aumento di spesa in altre aree (ad esempio, nell'assistenza di emergenza)³⁹⁶. Di conseguenza, il risparmio in prospettiva appare limitato. È più probabile, invece, che le tariffe producano efficienza quando applicate selettivamente a servizi dal basso valore³⁹⁷ e quando le fasce più vulnerabili della popolazione vengono esentate dal loro pagamento³⁹⁸. Non a caso, nelle fasi iniziali della crisi, la Banca Mondiale aveva ricordato agli Stati che uno degli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari è quello di garantire un accesso equo e universale ai servizi essenziali, specie durante una crisi economica³⁹⁹.

La riduzione della copertura sanitaria sposta l'onere del finanziamento dei sistemi sanitari sugli utenti che ne usufruiscono, andando ad aumentare la componente privata *out-of-pocket* della spesa. Questo meccanismo di "*cost-shifting*" rischia di generare conseguenze estremamente negative, tra le quali difficoltà economiche per i cittadini, disuguaglianze nell'accesso alle cure, iniquità nel finanziamento del sistema sanitario e un'erogazione più opaca dei servizi⁴⁰⁰. Di conseguenza, la riduzione della copertura sanitaria non gode di buona reputazione tra gli studiosi di *health policy*. Come spiegano Thomson *et al.*: «*La restrizione*

³⁹² *Ibid.*

³⁹³ Sul punto si veda, European Public Health Alliance. 17 maggio 2013, "Joint Press Statement. Access to medicines in Europe: The EU cannot save banks while sacrificing people's health", <https://epha.org/joint-press-statement-access-to-medicines-in-europe-the-eu-cannot-save-banks-while-sacrificing-peoples-health/>

³⁹⁴ Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

³⁹⁵ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, "Austerity and health: the impact in the UK and Europe" cit.

³⁹⁶ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

³⁹⁷ Il valore di un servizio sanitario è dato dal rapporto tra gli *outcome* di salute per il paziente che ne usufruisce e i costi sostenuti dal sistema. In altre parole, il valore misura il ritorno in termini di salute delle risorse investite in un determinato servizio. Alla luce di ciò, le prestazioni dal basso valore consumano risorse senza migliorare gli *outcome* di salute. Per questo motivo, introdurre tariffe per tali servizi consentirebbe di limare, almeno in parte, lo spreco di risorse, rendendo il sistema più efficiente. Sul punto si veda, Cartabellotta, Nino. 10 ottobre 2016, "Il differente valore (value) dei livelli essenziali di assistenza", *SaluteInternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2016/10/il-differente-valore-value-dei-livelli-essenziali-di-assistenza/>

³⁹⁸ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

³⁹⁹ Sul punto di veda, Gottret, Pablo, Vaibhav Gupta, Susan Sparkes, Ajay Tandon, Valerie Moran, and Peter Berman. 2009, "Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience", *Advances in Health Economics and Health Services Research* 21 (2009): 23-53

⁴⁰⁰ Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

della copertura sanitaria fornisce un sollievo fiscale nel breve periodo ma potrebbe aumentare i costi del sistema sanitario a lungo termine»⁴⁰¹. Nel caso i *policy maker* decidessero ancora di agire nel *domain* della copertura sanitaria, è fondamentale che, al contrario di quanto fatto in passato, si realizzi una previa differenziazione dei servizi in base al loro valore, in modo tale da mitigare, per quanto possibile, gli effetti negativi che una riforma del genere inevitabilmente comporta⁴⁰².

Non è una coincidenza che, in concomitanza dei tagli, delle riforme delle assicurazioni e dell'incremento delle tariffe, siano cresciuti drasticamente anche gli *unmet medical need*, ossia il numero di persone che, pur avendo bisogno di accedere ai servizi sanitari, non poterono permetterselo. È da notare che tali esigenze non soddisfatte stavano registrando un trend decrescente prima della crisi (-2% all'anno nella regione europea)⁴⁰³. Nel 2010, che corrisponde al momento in cui le misure di austerità hanno cominciato ad avere effetto, i bisogni insoddisfatti aumentarono di tre punti percentuali, dallo 0,4% al 3,4% della popolazione⁴⁰⁴. In sostanza, circa un milione e mezzo di europei in più non poté permettersi le cure rispetto all'anno precedente. L'aumento degli *unmet medical need* fu particolarmente pronunciato nei Paesi in cui la spesa sanitaria *out-of-pocket* era cresciuta in seguito alle misure di austerità: in Grecia⁴⁰⁵ e Portogallo, ad esempio, essi lievitarono del 4-6%⁴⁰⁶. Peraltro, con riferimento alla Grecia, tale indicatore si attestava ad un preoccupante 14% nelle fasce più povere della popolazione, essendo un periodo storico in cui il divario socioeconomico tra le varie classi si andava espandendo di anno in anno⁴⁰⁷. Non è un caso, infatti, che nel quantile più ricco della popolazione, gli *unmet medical need* fossero praticamente inesistenti⁴⁰⁸.

Molti studiosi hanno poi rimarcato gli effetti negativi di un'altra misura a cui soprattutto Grecia e Portogallo hanno fatto ricorso in risposta alla crisi, vale a dire la considerevole riduzione dei salari degli operatori sanitari. Come notato dall'accademico Helmut Brand, questo provvedimento spinse molti di loro ad emigrare verso i Paesi nord-europei. Si stima che, a lungo andare, la perdita di *expertise* medica negli Stati del Sud Europa possa causare costi più ingenti dei risparmi realizzati nel breve termine con i tagli⁴⁰⁹.

Nonostante ciò, sarebbe sbagliato concludere che tutte le misure applicate negli anni dell'austerità furono scriteriate. Una parte dei provvedimenti, infatti, fu efficace nel ridurre inutili sprechi. Si pensi, ad esempio, ai

⁴⁰¹ *Ibid.*, p. 17

⁴⁰² Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit. Sul punto si veda anche, Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

⁴⁰³ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, "Austerity and health: the impact in the UK and Europe" cit.

⁴⁰⁴ *Ibid.*

⁴⁰⁵ In Grecia, gli *unmet medical need* raddoppiarono tra il 2009 (4,2%) e il 2018 (8,3%) e raggiunsero un picco del 12% nel 2016. La media europea (considerando tutti i 27 Stati) si attestava invece all'1,7% nel 2016 e all'1% nel 2018. Sul punto si veda, Amnesty International. "Impact of austerity on the right to health", capitolo 5 in Amnesty International, "Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity", 2020

⁴⁰⁶ Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, and McKee, "Austerity and health: the impact in the UK and Europe" cit.

⁴⁰⁷ *Ibid.*

⁴⁰⁸ *Ibid.*

⁴⁰⁹ Arie, "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?" cit.

409 milioni di euro che si stima la Spagna stesse perdendo ogni anno prescrivendo l'acquisto di quantità predefinite di farmaci invece di modulare la richiesta in base all'effettiva esigenza in seno alla popolazione⁴¹⁰. Difatti, riforme progressive, selettive e trasparenti, basate sulle evidenze dei dati, rappresentano un'opportunità preziosa di migliorare l'efficienza, senza compromettere le prestazioni del sistema. Modificare la gamma dei servizi inclusi nella polizza assicurativa, ad esempio, può essere effettivamente uno strumento per stabilire le priorità nell'assistenza, a patto che i cambiamenti mirino a promuovere l'accesso a cure di alto valore, disincentivando l'uso di quelle di basso valore⁴¹¹. Un discorso simile vale per l'estensione dei tempi di attesa per accedere ai servizi sanitari. Da un lato, questa misura potrebbe effettivamente alleggerire il peso sul sistema sanitario pubblico, spingendo gli utenti a rivolgersi a strutture private o a ritirarsi dalle liste. Dall'altro, però, si corre il rischio di peggiorare significativamente la qualità e l'equità dell'assistenza, andando quindi a minare il raggiungimento di uno degli obiettivi cardine del sistema sanitario⁴¹². Ancora una volta, quindi, occorre valutare i servizi uno ad uno, allocando maggiori risorse a quelli più urgenti, secondo le esigenze della popolazione⁴¹³.

In generale, ciò che molti commentatori criticano nell'operato dei governi dell'Eurozona è il non aver accompagnato i tagli a riforme più vaste, volte a migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei loro sistemi sanitari. Dovendo affrontare gravi difficoltà finanziarie, molti Stati individuarono nella sanità pubblica il settore ideale per generare risparmi, data l'ingente quota di budget che le viene allocata ogni anno⁴¹⁴. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, questa scelta politica partorì tagli orizzontali e miopi.

È scontato ribadire che, in tempi di crisi, i sistemi sanitari necessiterebbero di politiche fiscali anticicliche atte a garantire loro più fondi. Purtroppo, però, non sempre questo può avvenire. Essi possono comunque uscire indenni da un periodo temporaneo e limitato di riduzioni alla spesa sanitaria, a patto che tre condizioni siano soddisfatte⁴¹⁵. *In primis*, la spesa sanitaria pubblica (cioè la spesa sostenuta dallo Stato) deve rappresentare la quota più ampia della spesa sanitaria totale. Allo stesso tempo, la spesa sanitaria privata *out-of-pocket* si deve mantenere su livelli bassi, con i cittadini in grado di sopportare un piccolo aumento nei prezzi di alcuni servizi senza indebite difficoltà finanziarie. In ultimo, debbono essere messe in atto politiche sociali ben strutturate per supportare coloro a rischio povertà, esclusione sociale o disoccupazione. Nel caso anche solo una tra queste condizioni non venisse soddisfatta, i tagli potrebbero avere conseguenze dannose a lungo

⁴¹⁰ *Ibid.*

⁴¹¹ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

⁴¹² *Ibid.*

⁴¹³ *Ibid.*

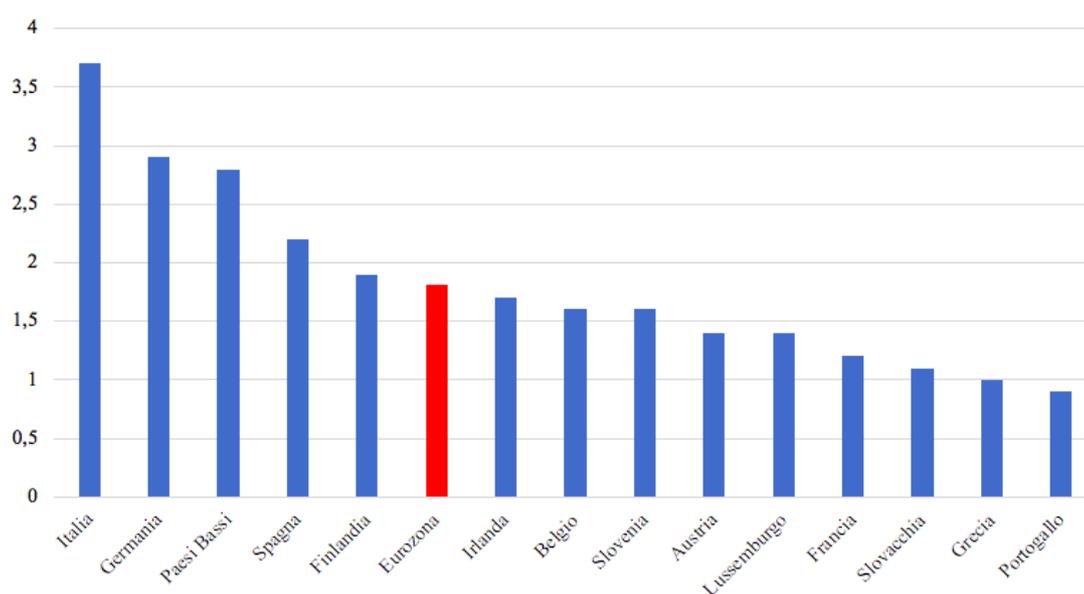
⁴¹⁴ *Ibid.*

⁴¹⁵ Thomson, Figueras, Evetovits, Jowett, Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" cit.

termine per le prestazioni del sistema sanitario, con effetti a catena sugli individui, sulla società e sull'economia⁴¹⁶.

Una *policy* utile al duplice fine di garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel lungo periodo e di salvaguardare gli standard di salute pubblica durante una recessione sarebbe quella di investire seriamente sulla prevenzione. Il che appare sicuramente più complicato in periodi di crisi, quando la necessità di applicare tagli alla spesa spinge gli Stati a considerare esclusivamente le urgenze concomitanti⁴¹⁷. Ciclicamente, quando il bilancio sanitario finisce sotto pressione, la promozione della salute rappresenta una delle aree preferite dai *policy maker* per effettuare i tagli⁴¹⁸. Infatti, come mostra la figura 21 con riferimento al 2012, i Paesi dell'Eurozona, in media, allocavano alla medicina preventiva solamente l'1,85% della spesa sanitaria pubblica. Nello stesso anno, il Canada vi destinava il 5,8%, il Costa Rica addirittura il 15%⁴¹⁹.

Figura 21: quota di spesa per la medicina preventiva su spesa sanitaria totale (2012)⁴²⁰



(OECD.Stat, rielaborazione personale)

Gli investimenti nel settore della medicina preventiva assolvono un'importanza fondamentale in periodi di crisi, quando, come si è visto, il benessere fisico e psicologico della popolazione è messo a dura prova⁴²¹. Negli anni della recessione, la riduzione della spesa per la medicina preventiva fu però una costante in tutti gli

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ Mladovsky, Srivastava, Cylus, Karanikolos, Evetovits, Thomson, and McKee, "Health policy responses to the financial crisis in Europe" cit.

⁴¹⁸ Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDaid, "Austerity and Health in Europe" cit.

⁴¹⁹ OECD.Stat. Health expenditure and financing (preventive care, % of current expenditure on health, 2012)

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

⁴²⁰ I dati relativi a Malta e Cipro non sono disponibili.

⁴²¹ Quaglio, Karapiperis, Van Woensel, Arnold, and McDaid, "Austerity and Health in Europe" cit.

Stati dell'area euro. Persino la Germania, il Paese dati alla mano più virtuoso della presente analisi, decise di ridimensionare la quota di budget dedicata alle politiche di prevenzione.

Con riferimento alle vaccinazioni, soltanto Germania e Portogallo incrementarono la copertura sulla popolazione durante la recessione⁴²². Per quanto riguarda gli *screening* per il tumore al seno, gli unici Paesi dell'Eurozona ad aver raggiunto, nel 2013, più del 75% della popolazione a rischio (ovvero la soglia minima raccomandata) furono Irlanda, Paesi Bassi e Finlandia⁴²³. Alcuni governi, come quello greco, introdussero sì tasse su alcolici e sigarette ma lo fecero con una *ratio* prevalentemente basata sull'incrementare le entrate piuttosto che sul promuovere la salute. Lo stesso dicasi per la Francia, che aumentò le tasse su alcune bibite analcoliche⁴²⁴. Sebbene diversi studi dimostrino che la tassazione costituisca un valido strumento nel promuovere pratiche salutari all'interno della popolazione⁴²⁵, è fondamentale abbinarla ad una strategia più ad ampio raggio, che coinvolga ad esempio *screening* sistematici per le malattie più comuni. In aggiunta, l'OMS ha fatto notare che l'approccio alla promozione della salute deve essere intersettoriale e non restare confinato al solo sistema sanitario. Politiche di sostegno al reddito e all'istruzione, ad esempio, pur essendo finanziate al di fuori del sistema sanitario, possono avere delle esternalità positive sul livello di salute pubblica⁴²⁶. Peraltro, è stato provato che investire sulla medicina preventiva e sulla promozione alla salute in senso più ampio è una strategia efficiente nel medio-lungo termine⁴²⁷ ⁴²⁸. Anche la Commissione Europea ha ribadito che investire sulla prevenzione⁴²⁹ rappresenta «*la strategia più efficiente possibile a lungo andare*»⁴³⁰.

Si ritiene che alla prevenzione venga tipicamente allocata una quota insufficiente di spesa sanitaria principalmente perché i benefici sulla popolazione sono percepiti come “distanti” nel futuro e poco attraenti per l'elettorato che, come rilevato da Rosanna Tarricone e Carla Rognoni, «*tende a premiare la classe dirigente quando si impegna a tamponare un'emergenza ma non quando spende preventivamente al fine di*

⁴²² Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, “*Public Health in Europe During the Austerity Years*” cit.

⁴²³ *Ibid.*

⁴²⁴ Karanikolos, Mladovsky, Cylus, Thomson, Basu, Stuckler, Mackenbach, and McKee. “*Financial crisis, austerity, and health in Europe.*” cit.

⁴²⁵ Sul punto si veda, Bader, Pearl, David Boisclair, and Roberta Ferrence. “Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis.” *International journal of environmental research and public health* 8, no. 11 (2011): 4118-4139.

⁴²⁶ OMS, “*Implementation of the Tallinn Charter: Final Report*” cit.

⁴²⁷ Sul punto si veda, van Gils, Paul F., Luqman Tariq, Marieke Verschuuren, and Matthijs van den Berg. “Cost-effectiveness research on preventive interventions: a survey of the publications in 2008.” *European journal of public health* 21, no. 2 (2011): 260-264.

⁴²⁸ Uno studio realizzato nel 2014 ha concluso che circa 1,7 milioni di casi di influenza potrebbero essere evitati ogni anno nella sola Europa grazie alle vaccinazioni. Questo implicherebbe mezzo milione di visite di medicina generale in meno, 23.800-31.400 ricoveri in meno, 9.800-14.300 morti in meno e circa 1 milione di giorni di lavoro persi in meno. Complessivamente, gli autori hanno stimato che tra 190 e 226 milioni di euro potrebbero essere risparmiati ogni anno. Sul punto si veda, Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, “*Public Health in Europe During the Austerity Years*” cit.

⁴²⁹ Con il termine “prevenzione” si intende la promozione di stili di vita sani, programmi di vaccinazioni per prevenire le malattie e *screening* sistematici per consentire una diagnosi precoce dei tumori.

⁴³⁰ Franklin, Hochlaf, and Holley-Moore, “*Public Health in Europe During the Austerity Years*” cit., p. 17

evitarla»⁴³¹. Difatti, in ogni Paese la quantità di risorse stanziare per la salute è il risultato di complesse interazioni tra una serie di fattori istituzionali, sociali ed economici, oltre che di valori politici e culturali. Tuttavia, la pandemia di Covid-19 ha avuto un forte impatto su tutte le generazioni, che hanno interiorizzato la necessità di fare affidamento su serie pratiche di prevenzione. Per questo motivo, è possibile che negli anni a venire investire in prevenzione potrebbe essere addirittura una strategia vincente per accaparrarsi le preferenze degli elettori⁴³².

3.4 Il futuro dei sistemi sanitari post-pandemia

La pandemia di Covid-19 ha messo a dura prova la resilienza dei sistemi sanitari dell'Eurozona e la loro capacità di offrire adeguata assistenza alla popolazione. Al fine di evitare il totale collasso delle strutture sanitarie pubbliche, i diversi governi hanno aumentato considerevolmente gli investimenti pubblici nel settore e hanno destinato miliardi di dollari alla ricerca e alla distribuzione di vaccini⁴³³. Nonostante ciò, appare chiaro che i sistemi sanitari dell'Eurozona siano arrivati impreparati all'appuntamento con la pandemia. Una parte del mondo accademico individua nelle politiche di austerità implementate negli anni precedenti una delle ragioni principali del disastro sanitario consumatosi nell'ultimo anno e mezzo. Con riferimento al caso italiano, gli studiosi Franz Prante, Alessandro Bramucci e Achim Truger sono convinti che la popolazione stia pagando l'imposizione delle politiche di bilancio restrittive, che toccarono il loro apice negli anni dell'austerità: *«Decenni di restrizioni alla spesa hanno lasciato il Servizio Sanitario Nazionale impreparato ad affrontare la crisi del Covid-19. [...] L'attenzione unilaterale al contenimento della spesa e alla riduzione del debito pubblico ha privato il sistema sanitario italiano di una parte della sua capacità di offrire una protezione adeguata alla popolazione»*⁴³⁴. Andrew Lee e Joanne Morling della *University of Sheffield* sono altrettanto sicuri nell'affermare che le politiche di austerità abbiano avuto impatti negativi sulla resilienza dei sistemi sanitari dell'Eurozona. I due studiosi rimproverano ai governi di aver gestito questi ultimi come fossero compagnie aeree, accettando tassi di occupazione dei letti superiori al 90%. In definitiva: *«L'agenda economica ha avuto la priorità sulla salute pubblica e ora ne stiamo vedendo le conseguenze»*⁴³⁵. Anche Megan Carney e Bayla Ostrach concordano sul fatto che l'austerità abbia giocato un ruolo nelle difficoltà di alcuni sistemi sanitari nel fare i conti con la crescita esponenziale della domanda di ospedalizzazione. Nel loro articolo, inequivocabilmente intitolato *“L'austerità – non il Covid-19 – mette a dura prova i sistemi sanitari nazionali”*, gli autori si concentrano sulla serie di riforme implementate in Italia e in Spagna negli anni dei

⁴³¹ Tarricone & Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?" cit., p. 5

⁴³² *Ibid.*

⁴³³ Sul punto si veda, Camera dei Deputati. 24 giugno 2020, "Audizioni su partecipazione Italia a programma UE" – intervento della prof.ssa Alessandra Smerilli f.m.a., *Camera.it* https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=10789

⁴³⁴ Sul punto si veda, Prante, Franz J., Alessandro Bramucci, and Achim Truger, "Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak." *Intereconomics* 55 (2020): 147-152, p. 152

⁴³⁵ Sul punto si veda, Lee, Andrew & Joanne Morling. "The need for public health in a time of emergency." *Public Health* 182 (2020): 188-189, p. 189

tagli e spiegano che «*queste misure non hanno fatto altro che indebolire i sistemi sanitari di entrambi i Paesi, andando così a minare la loro capacità di rispondere alla pandemia*»⁴³⁶. Nella loro opinione, non è un caso che Italia e Spagna siano due tra i Paesi dell'Eurozona che più hanno avuto difficoltà nel fornire adeguata assistenza ai malati⁴³⁷. Nelle prime battute della crisi pandemica, l'Italia, complice la costante riduzione dei posti letto operata negli anni precedenti, saturò in pochi giorni le terapie intensive⁴³⁸ tant'è che fu necessario l'aiuto di altri Paesi, come la Germania⁴³⁹, per assistere i malati più gravi⁴⁴⁰. Anche le strutture sanitarie spagnole entrarono in crisi sin da subito, con i pazienti in attesa di un posto letto in terapia intensiva curati nei corridoi degli ospedali⁴⁴¹. Alla luce di ciò, Carney e Ostrach concludono: «*I Paesi europei non dovrebbero più implementare politiche di austerità. Difatti, ulteriori misure del genere esacerberebbero le debolezze dei sistemi sanitari e comprometterebbero in misura ancora maggiore la capacità del settore pubblico di fare i conti con future emergenze*»⁴⁴². Dello stesso avviso è Gavino Maciocco, medico e professore di Igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze: «*Non c'è dubbio che se i Paesi dell'Europa meridionale avessero mantenuto i livelli di spesa negli ultimi anni, i loro sistemi sanitari avrebbero risposto in modo migliore alla sfida della pandemia e le morti sarebbero state inferiori. D'altronde, se si spende di meno, si avranno risultati peggiori per i pazienti*»⁴⁴³.

L'economista italiana Alessandra Smerilli, pur riconoscendo che i sistemi sanitari europei erano impreparati all'emergenza, non crede che le politiche di austerità in sé e per sé siano le principali responsabili: «*La portata e la gravità della pandemia hanno travolto anche i sistemi sanitari ben attrezzati. Alcuni dei Paesi con una quota elevata di PIL destinata alla spesa sanitaria stanno registrando tassi di mortalità più elevati rispetto ai Paesi con i livelli di spesa sanitaria più bassi*»⁴⁴⁴. In sostanza, il problema non sarebbe la quota di spesa sanitaria, bensì i criteri che si pongono alla base della sua allocazione. Come spiega la studiosa, molti Paesi orientano gran parte della loro spesa sanitaria sulle NDC (malattie croniche non trasmissibili) e

⁴³⁶ Carney & Ostrach. "Austerity, Not Covid-19, Strains National Healthcare Systems" cit.

⁴³⁷ *Ibid.*

⁴³⁸ Sul punto si veda, Russo, Paolo. 5 marzo 2020. "Coronavirus, in terapia intensiva i letti sono finiti: "Il sistema sanitario è al collasso"", *La Stampa*, <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/03/05/news/coronavirus-in-terapia-intensiva-i-letti-sono-finiti-il-sistema-sanitario-e-al-collasso-1.38550946>

⁴³⁹ All'inizio della pandemia, la Germania poteva contare su 8 posti letto ogni 1000 abitanti, quasi il triplo rispetto a Italia (3,1) e Spagna (3). Inoltre, la Germania aveva più del doppio dei letti di terapia intensiva e più del doppio degli infermieri pro capite rispetto a Italia e Spagna. Sul punto si veda, Sylvers, "Covid-19 Hit Hardest Where Financial Crisis Led to Health-Care Cuts" cit.

⁴⁴⁰ Sul punto si veda, Valentino, Paolo. 26 marzo 2020. "Coronavirus, la Germania prenderà in cura 60 italiani gravi", *Corriere della Sera*, https://www.corriere.it/esteri/20_marzo_26/coronavirus-germania-prendera-cura-50-italiani-gravi-d4bbeeba-6f74-11ea-b81d-2856ba22fce7.shtml

⁴⁴¹ Sul punto si veda, Corriere della Sera. 23 marzo 2020. "Madrid, caos in ospedale: pazienti per terra anche nei corridoi", <https://video.corriere.it/cronaca/spagna-caos-ospedale-pazienti-terra-anche-corridoi/183d4fb4-6cdf-11ea-ba71-0c6303b9bf2d>

⁴⁴² Carney & Ostrach. "Austerity, Not Covid-19, Strains National Healthcare Systems" cit.

⁴⁴³ Sylvers, "Covid-19 Hit Hardest Where Financial Crisis Led to Health-Care Cuts" cit.

⁴⁴⁴ Camera dei Deputati, "Audizioni su partecipazione Italia a programma UE" – intervento della prof.ssa Alessandra Smerilli f.m.a. cit.

sottoinvestono invece nelle cure per le malattie epidemiologiche (trasmissibili). In più, Smerilli sostiene che le difficoltà dei singoli sistemi sanitari durante la pandemia siano state esacerbate dalla mancanza di coordinamento delle politiche internazionali, che ha neutralizzato gli sforzi fatti dai singoli Stati all'interno dei propri confini⁴⁴⁵.

Inevitabilmente, la pandemia ha rinfervorato il dibattito sul futuro dei sistemi sanitari, specie nei Paesi con elevato debito pubblico. Il Primo Ministro italiano Mario Draghi, in un videomessaggio datato 20 aprile 2021, ha sostenuto la necessità di ristrutturare i sistemi sanitari nazionali, di stanziare più fondi per la ricerca e di migliorare il coordinamento e la cooperazione globale, il tutto al fine di garantire una maggiore prontezza e resilienza dinanzi alle sfide future⁴⁴⁶. Non a caso, il G20 a presidenza italiana considera la riforma dell'assistenza sanitaria una priorità nella sua agenda politica. Già in un *policy brief* del 2020, la *task force* di studiosi composta da Luiz Eduardo Fonseca, Amani Alkofide, Radia Sedaoui, Rym Ayadi e Viqaruddin Mohammed ha affrontato la questione, presentando una serie di proposte per rendere più efficienti i sistemi sanitari dei Paesi industrializzati e non solo⁴⁴⁷.

La prima sfida che impegnerà gli Stati nel prossimo futuro sarà quella di mitigare le diseguaglianze nell'accesso alle cure⁴⁴⁸. Nel farlo, sarà necessario istituire una copertura sanitaria universale a livello globale, da accompagnare ad un rafforzamento dell'assistenza primaria⁴⁴⁹ per raggiungere i gruppi più vulnerabili⁴⁵⁰. Inoltre, occorrerà migliorare il funzionamento degli Istituti Nazionali di Sanità (in inglese *National Public Institutes of Health, NIHs*), essenziali per la ricerca scientifica e per l'implementazione di politiche sanitarie adeguate, trasparenti ed efficaci. La pandemia di Covid-19 ha dimostrato infatti l'importanza di tali istituti nella sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, oltre al loro ruolo chiave nel *decision-making process* (l'Istituto Superiore di Sanità italiano ne costituisce un valido esempio)⁴⁵¹. Nella visione degli autori, poi, la mitigazione delle diseguaglianze nell'accesso alle cure passa anche per nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato, con il G20 che dovrebbe incoraggiare le cosiddette *public-private partnership* al fine di

⁴⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁴⁶ Sul punto si veda, Skytg24. 20 aprile 2021, "Draghi: "Ristrutturare la sanità e lavorare per futuro. Non si sa quanto durerà il Covid", <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2021/04/20/covid-mario-draghi-sanita>

⁴⁴⁷ Sul punto si veda, Fonseca, Luiz Eduardo, Amani Alkofide, Radia Sedaoui, Rym Ayadi, and Viqaruddin Mohammed. 10 dicembre 2020. "Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond", *G20 Insights*, https://www.g20-insights.org/policy_briefs/investing-in-universal-health-systems-aimed-at-covid-19-and-beyond/

⁴⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁴⁹ L'espressione "assistenza primaria" (*primary healthcare* in inglese) è definita dal Prof. Elio Guzzanti come «il complesso coordinato ed integrato dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, erogate in contesti assistenziali il più possibile prossimi ai luoghi in cui il paziente e la sua famiglia vivono (territorio), finalizzate alla tutela globale della salute in termini di promozione e prevenzione nonché al trattamento delle patologie più diffuse, croniche e non, attraverso adeguati meccanismi di presa in carico atti a garantire la continuità assistenziale». Sul punto si veda, Confcooperative Sanità. "Assistenza primaria", <https://www.sanita.confcooperative.it/GLOSSARIO/ASSISTENZA-PRIMARIA>

⁴⁵⁰ Sul punto si veda anche, Tarricone & Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?" cit.

⁴⁵¹ Fonseca, Alkofide, Sedaoui, Ayadi, and Mohammed. "Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond" cit.

garantire maggiore capillarità ed efficienza nell'erogazione dei servizi⁴⁵². Allo stesso tempo, i sistemi sanitari sono chiamati ad una maggiore digitalizzazione, resa possibile dalle recenti innovazioni tecnologiche⁴⁵³.

La crisi da Covid-19 ha poi spostato la luce dei riflettori sul finanziamento dei sistemi sanitari. Già nel marzo 2020, in una videoconferenza straordinaria, i leader del G20 avevano riconosciuto l'importanza di spendere di più (e meglio) nel settore sanitario⁴⁵⁴. Nel ripensare la *ratio* della propria spesa, i governi di tutto il mondo dovranno tenere conto di quattro fattori principali: la crescente domanda di assistenza da parte dei cittadini, l'invecchiamento della popolazione, l'importanza delle malattie trasmissibili e il progresso tecnologico⁴⁵⁵. I Paesi del G20 dovrebbero essere dunque fautori di un approccio innovativo per soddisfare i bisogni di assistenza della popolazione in un periodo di stagnazione economica. In particolare, occorre portare al 7% (livello minimo) la quota di PIL allocata al settore sanitario e avvalersi delle *partnership* con il privato per completare e migliorare l'offerta di servizi⁴⁵⁶. Così come Mladovsky *et al.*, la task force del G20 auspica che, quando saranno chiamati a decidere dove investire, gli Stati diano precedenza ai servizi di alto valore, i quali presentano un rapporto vantaggioso tra *outcome* in termini di salute e costi per il finanziamento⁴⁵⁷. Difatti, nonostante gli inviti ad aumentare i livelli di spesa, gli studiosi riconoscono che mantenere una certa disciplina fiscale nell'allocazione della risorse è fondamentale per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari nel lungo termine⁴⁵⁸. Infine, come auspicato anche da Tarricone e Rognoni, occorre investire con più convinzione sulla salute digitale⁴⁵⁹. Per quanto diverse siano state le strategie di contenimento e mitigazione della pandemia nei diversi Paesi, nell'ultimo anno e mezzo si è assistito ad un'impennata senza precedenti nell'uso della tecnologia. Pratiche come la telemedicina e le visite online si sono diffuse in tutti i sistemi sanitari. Tuttavia, la generale impreparazione dei sistemi sanitari alla salute digitale ha fatto sì che troppi pazienti Covid-19 e cronici non Covid-19 siano rimasti non monitorati e non curati per molto tempo, anche a causa dell'allungamento delle liste di attesa⁴⁶⁰. La digitalizzazione del sistema sanitario è dunque essenziale per farci trovare più resilienti dinanzi alle crisi del futuro. Essa, tuttavia, può finire con l'ampliare le disuguaglianze se non viene governata in modo efficace, dal momento che richiede un accesso ad internet, dispositivi adeguati e competenze informatiche di base. Il *Digital Economy and Society Index 2020* della

⁴⁵² *Ibid.*

⁴⁵³ Tarricone & Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?" cit.

⁴⁵⁴ Sul punto si veda, Liptak, Kevin. 26 marzo 2020. "G20 videoconference gathered world leaders coping with coronavirus" *CNN*, <https://edition.cnn.com/2020/03/26/politics/g20-donald-trump-videoconference-coronavirus/index.html>

⁴⁵⁵ Fonseca, Alkofide, Sedaoui, Ayadi, and Mohammed. "Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond" cit.

⁴⁵⁶ *Ibid.*

⁴⁵⁷ Per un approfondimento sul concetto di "servizi ad alto valore", si rimanda alla nota 397.

⁴⁵⁸ Fonseca, Alkofide, Sedaoui, Ayadi, and Mohammed. "Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond" cit.

⁴⁵⁹ Tarricone & Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?" cit.

⁴⁶⁰ *Ibid.*

Commissione Europea ha mostrato un enorme *digital divide*⁴⁶¹, che, se si vuole davvero investire sulla salute digitale, deve essere considerevolmente ridotto con investimenti mirati⁴⁶².

La terza grande sfida, come riconosciuto anche da Mario Draghi, consisterà nel creare un valido sistema di cooperazione e coordinamento delle politiche sanitarie su vasta scala, del quale il G20 dovrà essere indiscusso promotore dal momento che le economie dei suoi membri rappresentano nientemeno che l'85% del PIL globale. In particolare, gli studiosi ribadiscono la necessità di delegare un potere maggiore all'Organizzazione Mondiale della Sanità, in modo da offrire una risposta globale e coordinata alle sfide del futuro⁴⁶³.

Gli sforzi del G20 si sono intensificati in occasione del *Global Health Summit*, tenutosi in data 21 maggio 2021 a Roma. Il vertice, presieduto dallo stesso Mario Draghi e dalla Presidente della Commissione Europea Ursula Von der Leyen, ha visto anche la presenza di scienziati, di varie organizzazioni internazionali (ONU, OMS, FMI, OCSE, FMI, FAO, tra le altre) e di rappresentanti della società civile⁴⁶⁴. Nonostante la campagna di vaccinazione globale per il Covid-19 abbia dominato l'agenda, i leader politici e i vari *stakeholder* presenti all'incontro non hanno perso l'occasione di confrontarsi riguardo possibili strategie per rendere i sistemi sanitari nazionali più equi e resilienti in ottica futura. Il vertice si è concluso con l'adozione della "Dichiarazione di Roma", la quale enuncia 16 impegni per gestire l'emergenza in corso e porre le basi per una migliore risposta alle prossime crisi⁴⁶⁵. Gli Stati firmatari, tra le altre cose, combineranno i loro sforzi al fine di garantire un accesso equo, economico, tempestivo e globale a sistemi sanitari forti, inclusivi e resilienti, oltre che a strumenti di prevenzione sicuri ed efficaci (punto 5)⁴⁶⁶. Al contempo, si impegneranno ad investire con più convinzione nella salute digitale (punto 6) e nei sistemi sanitari in generale, rafforzando in primo luogo l'assistenza primaria e aumentando la spesa per il personale (punto 9). Come si legge, il triplice obiettivo consiste nel migliorare il livello di salute pubblica globale, garantire sistemi sanitari più inclusivi e intensificare la ricerca e la condivisione di competenze. Sempre al punto 9, si enfatizza il ruolo chiave dell'OMS nel coordinare la risposta degli Stati in occasione di crisi future. L'importanza della prevenzione è ribadita anche nell'impegno n° 14, consistente nel promuovere un dialogo efficace ed inclusivo con le comunità

⁴⁶¹ Il termine "*digital divide*" sta ad indicare la «*disparità, fra differenti paesi e popolazioni, nelle possibilità di accesso ai servizi telematici, alle connessioni in rete, ma anche nelle disponibilità economiche all'acquisto di dispositivi informatici, nella cultura e nell'uso di tali dispositivi, nella differente propensione generazionale a utilizzare le nuove tecnologie digitali*». Definizione tratta da, Treccani. "Digital Divide", https://www.treccani.it/enciclopedia/digital-divide_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/

⁴⁶² Tarricone & Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?" cit.

⁴⁶³ Fonseca, Alkofide, Sedaoui, Ayadi, and Mohammed. "Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond" cit.

⁴⁶⁴ Sul punto si veda, Figà-Talamanca, Laurence. 22 maggio 2021. "A Roma Global Health Summit, Draghi: 'Vacciniamo il mondo, dobbiamo superare i confini' ", *Ansa*, https://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2021/05/20/a-roma-global-health-summit-insieme-contro-covid_37e46e95-3b38-41b7-ad01-a6a62a86f976.html

⁴⁶⁵ Sul punto si veda, Redazione AboutPharma Online. 21 maggio 2021. "Global Health Summit: approvata la Dichiarazione di Roma", *AboutPharma Online*, <https://www.aboutpharma.com/blog/2021/05/21/global-health-summit-approvata-la-dichiarazione-di-roma/>

⁴⁶⁶ Sul punto si veda, G20. 21 marzo 2021. "Rome Declaration" https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en

locali, la società civile e i gruppi più vulnerabili al fine di aumentare la consapevolezza della popolazione su certe malattie. Infine, il punto 16 si focalizza sulla spinosa questione dei finanziamenti dei sistemi sanitari nazionali, con la volontà di far leva su forme di finanziamento miste, pubbliche e private, oltre che su un maggior coinvolgimento delle istituzioni finanziarie internazionali⁴⁶⁷. La strada da percorrere è ancora lunga e la Dichiarazione di Roma si pone come un fondamentale punto di partenza per ripensare i sistemi sanitari a livello globale, alla luce delle recenti crisi che il mondo ha dovuto affrontare.

In questo capitolo si è visto che i tagli nella sanità pubblica implementati dai governi dell'Eurozona in risposta alla crisi hanno agito in tutti e tre i policy domain presentati da Mladovsky *et al.* nel loro *framework*: estensione dei servizi, costo della sanità pubblica per lo Stato e costo della sanità pubblica per l'utenza. Riforme delle assicurazioni, decurtazioni ai salari degli operatori, introduzione dei *co-payments* sui farmaci, aumenti delle tariffe per accedere ai servizi hanno rappresentato una costante nelle loro scelte politiche. Tuttavia, l'indagine realizzata in questa tesi evidenzia che la risposta alla crisi non è stata del tutto uniforme tra i differenti sistemi sanitari. Al fine di comprendere quali sono i fattori decisivi per la variazione della spesa sanitaria, sono state approfondite, una per una, le quattro ipotesi presentate nel paragrafo 1.4. La "*debt crisis hypothesis*", con il suo focus posto sul trend di crescita del debito pubblico e la "*IFIs hypothesis*", la quale enfatizza il ruolo della Troika nel dettare le politiche sanitarie agli Stati più in difficoltà, risultano le più valide alla luce dei dati e degli eventi di quel periodo. La "*depth recession hypothesis*", per via dell'attenzione posta esclusivamente sulla dimensione della recessione, non riesce a spiegare perché alcuni Paesi, come la Finlandia, continuarono ad investire nel sistema sanitario durante una profonda crisi. Similmente, non si hanno evidenze che dimostrino la validità della "*party hypothesis*", dal momento che essa ignora completamente la dimensione economica. Nel terzo paragrafo, è stato spiegato che le politiche di austerità di quel periodo inficiarono ingentemente sulla qualità dei servizi sanitari e sull'accesso alle cure da parte della popolazione. Questo perché la maggior parte degli Stati dell'Eurozona implementò misure orientate a generare risparmi nell'immediato piuttosto che al garantire la sostenibilità e l'efficienza futura dei rispettivi sistemi sanitari. Inoltre, nessuno di loro decise di puntare seriamente sulla medicina preventiva, il che rappresenta un'incredibile opportunità mancata.

⁴⁶⁷ *Ibid.*

Conclusione

La presente analisi mirava a studiare l'impatto sui sistemi sanitari delle politiche di austerità implementate nell'Eurozona in seguito alla crisi del debito. Dopo un primo capitolo introduttivo nel quale è stato fornito un background storico e teorico, si è passati ad analizzare attivamente le strategie dei vari governi nel riformare i propri sistemi sanitari in risposta alle difficoltà economico-finanziarie di quegli anni.

Sebbene i dati testimonino inequivocabilmente che la maggior parte dei Paesi operò tagli più o meno ingenti nei rispettivi sistemi sanitari, i risultati dell'indagine suggeriscono che la risposta alla crisi nella regione dell'Eurozona non fu del tutto uniforme. Gli Stati periferici dell'area euro (Grecia su tutti) implementarono riforme decisamente draconiane, che in alcuni casi condussero ad una vera e propria crisi socio-sanitaria. Alcuni Paesi, come Lussemburgo e Francia, applicarono tagli mirati nel tentativo di rendere più sostenibili i propri sistemi sanitari. Infine, un ristretto gruppo di Stati, tra i quali Germania e Finlandia, decise di seguire una strada diversa continuando ad investire in un settore cruciale per la salute dei cittadini. Testando le ipotesi presentate nel primo capitolo, si è appurato che tali differenze furono dovute principalmente a due fattori: tasso di crescita del debito pubblico e coinvolgimento delle istituzioni finanziarie internazionali. Non a caso, i Paesi con crescenti livello di debito e finiti sotto la supervisione della Troika (Grecia, Portogallo, Cipro, Irlanda e, in misura minore, anche Spagna e Italia) furono quelli che ridussero maggiormente la propria spesa sanitaria.

Utilizzando il *framework* ideato da Mladovsky *et al.* illustrato nel primo capitolo, si è proceduto a mappare le politiche sanitarie implementate durante la recessione dagli Stati dell'Eurozona, categorizzandole in tre *policy domain* all'apparenza distinti ma in realtà interrelati: estensione dei servizi, costo della sanità pubblica per lo Stato e costo della sanità pubblica per l'utenza. I risultati dell'indagine mostrano che i governi si sono avvalsi di un mix di strumenti per realizzare le riforme. Con riferimento alla prima area, si è visto che la crisi del debito sovrano agì da catalizzatore per dei profondi cambiamenti strutturali, come la chiusura di ospedali, la riduzione di posti letto, ampie privatizzazioni e la riforma delle assicurazioni sanitarie. Diversi Stati agirono poi nel secondo *policy domain*, rivedendo al ribasso la spesa per gli stipendi del personale sanitario, attraverso decurtazioni e licenziamenti, e anche quella destinata all'acquisto di farmaci. In ultimo, la quasi totalità dei Paesi della presente indagine aggravò i costi in carico alla popolazione, introducendo (o incrementando) il prezzo delle tariffe per accedere ai servizi e i *co-payments* sulle medicine. Di conseguenza, nel periodo considerato, la spesa sanitaria *out-of-pocket* conobbe un trend crescente in diversi Paesi dell'Eurozona. In aggiunta a ciò, nessun governo investì convintamente sulla medicina preventiva, vera e propria opportunità mancata per migliorare allo stesso tempo l'efficienza della spesa e il livello di salute pubblica. Peraltro, come notato da alcuni autorevoli esponenti del mondo accademico, i tagli alla spesa sanitaria adottati in risposta alla crisi furono in molti casi orizzontali, mal congegnati e volti esclusivamente a creare risparmi nell'immediato.

Una volta presentata la risposta degli Stati dell'Eurozona alla crisi, ne sono stati esaminati gli impatti sul livello di salute pubblica e sul diritto di accesso alle cure della popolazione. Ne è emerso un quadro più che preoccupante, con gli *unmet medical need* che aumentarono in molti Paesi dell'Eurozona, specialmente in

quelli dove le riforme furono particolarmente profonde. I gruppi più vulnerabili (poveri, disoccupati e anziani *in primis*) persero gradualmente la possibilità di accedere alle cure. Contemporaneamente, complici anche gli effetti della crisi economica sull'occupazione, il tasso di suicidi riprese a crescere e alcune malattie infettive ormai considerate parte del passato, come la malaria, cominciarono a diffondersi di nuovo.

Il caso della Grecia, approfondito nel secondo capitolo, è particolarmente eloquente poiché, per far fronte alle difficoltà finanziarie e per rispettare le dure condizionalità poste dalla Troika nell'ambito del programma di *bailout*, i vari governi succedutisi in quegli anni riformarono il sistema sanitario pubblico nazionale con l'obiettivo di renderlo meno oneroso per le disastrose casse dello Stato. Come si è visto, però, la logica alla base delle riforme fu quella di ottenere risparmi consistenti nel più breve tempo possibile: i tagli operati, pressoché orizzontali, non furono basati su una previa valutazione dell'importanza e del valore dei servizi. Le conseguenze sulla salute pubblica furono devastanti, con la riforma dei fondi assicurativi che costrinse milioni e milioni di cittadini appartenenti ai gruppi più vulnerabili della popolazione a pagarsi di tasca propria cure che una volta erano gratuite. Per questi motivi, l'opinione pubblica ellenica, alcune importanti ONG e molti altri commentatori internazionali hanno criticato duramente l'operato dei governi greci e della Troika nel promuovere riforme così ampie in un settore incredibilmente delicato per i cittadini.

Alla luce di quanto illustrato nel presente elaborato, si possono ora operare alcune riflessioni. In primo luogo, appare evidente che l'austerità economica in risposta alla crisi abbia avuto impatti considerevoli sulla qualità ed estensione dei servizi sanitari, specialmente in quei Paesi dove essa fu particolarmente draconiana. Essendo ormai noti gli effetti sulla salute pubblica dei tagli orizzontali nel settore sanitario ed essendo già stata appurata l'importanza di un servizio di qualità durante una crisi, è bene che, in vista di future difficoltà economico-finanziarie, i *policy maker* non individuino in tale area un terreno fertile per generare risparmi. Tutto il mondo, durante la pandemia, ha toccato con mano quanto cruciale sia poter fare affidamento su sistemi sanitari di qualità. Per via della loro complessità, è necessario muoversi con cautela quando si operano cambiamenti, valutando previamente l'impatto di ogni decisione sull'efficienza e l'universalità dei servizi. È per questo motivo che riforme così imponenti, come quelle in Grecia e in Spagna durante gli anni degli austerità, non dovrebbero essere implementate in tempi di crisi, quando la fretta e la situazione emergenziale spingono i governi ad applicare tagli orizzontali senza prima procedere ad una corretta previsione degli effetti di ogni misura. I *policy maker*, tutte le volte che ritengono inevitabile apportare modifiche al budget, devono pur sempre rimanere fedeli alla stella polare rappresentata dagli obiettivi del sistema sanitario, tra i quali, oltre alla sostenibilità finanziaria dello stesso, figurano il miglioramento dello stato di salute della popolazione, l'accesso equo e universale alle cure e l'alta qualità dell'assistenza. Inoltre, come rilevato da Mladovsky *et al.*, dovrebbero essere consapevoli che eventuali tagli orizzontali in settori cruciali, seppur fonte di risparmio nel breve periodo, prendono una direzione diametralmente opposta a quella dell'efficienza a lungo andare. È per questi motivi che l'obiettivo della sostenibilità dovrebbe essere perseguito con costanza soprattutto in periodi

di crescita economica, quando la domanda di assistenza sanitaria è di norma minore. Così facendo, per mezzo di riforme progressive, si possono gradualmente eliminare gli sprechi e aumentare l'efficienza.

Interessante è anche approfondire le potenzialità di un sistema misto pubblico-privato per garantire la sostenibilità a lungo termine dei sistemi sanitari e aumentare la loro resilienza dinanzi alle crisi del futuro. Difatti, la sanità può essere ormai considerata un bene tanto pubblico quanto privato, tant'è che il mercato sta acquisendo un ruolo sempre più di primo piano nell'erogazione dei servizi. Ad oggi, la maggior parte dei sistemi sanitari dell'Eurozona sono infatti multi-pilastro, costruiti su *partnership* tra il settore pubblico e quello privato. Anche in Italia, il privato accreditato è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale ed ha assunto una rilevanza maggiore negli ultimi anni, mantenendo una logica di condivisione dei valori fondanti del SSN: universalità, uguaglianza ed equità⁴⁶⁸. Pur essendo stato anch'esso interessato dalle stringenti misure di austerità, il privato accreditato italiano ha sostenuto il settore pubblico nel periodo dei tagli, così garantendo la tutela della salute della collettività sancita dalla Costituzione⁴⁶⁹. Anche in occasione della pandemia, le *partnership* tra pubblico e privato nei sistemi sanitari dell'Eurozona si sono dimostrate essenziali per far fronte alla crescente domanda di ospedalizzazione. Sebbene sia spesso considerata una minaccia per il diritto alla salute, un'assistenza sanitaria integrativa alla pubblica è fondamentale per rispondere alla sfida della sostenibilità finanziaria futura dei sistemi sanitari, resa sempre più difficile dal progressivo invecchiamento della popolazione⁴⁷⁰. Non solo: la sanità, spesso descritta solo come un drenaggio di risorse, può rappresentare un settore chiave per la crescita economica e un volano di sviluppo del sistema imprenditoriale impegnato nell'innovazione tecnologica e nel campo della ricerca⁴⁷¹. Il privato, che in alcuni Paesi è ancora vittima di un tabù ideologico, integra le cure erogate dal settore pubblico attraverso una logica di complementarità e condivisione. Di conseguenza, la presenza in sé di fondi integrativi privati non inficia sulla qualità e sull'universalità del servizio, anzi: migliora l'offerta e conduce ad una maggiore sostenibilità ed efficienza. Il problema, semmai, è rappresentato dall'eccessivo depotenziamento della sanità pubblica, fermo restando che anche il settore privato è stato coinvolto nei programmi di austerità. Durante una crisi, è fondamentale poter far affidamento su una sanità pubblica facilmente accessibile e di livello: non vi sono dubbi sul fatto che lo Stato debba giocare il ruolo più importante nell'offrire un servizio di qualità quando la popolazione ne ha più bisogno. Allo stesso tempo, però, l'assistenza privata assume un'importanza rilevante nel potenziare i sistemi sanitari ed allentare la pressione sulle strutture pubbliche, come visto durante la pandemia. È chiaro che le *partnership* pubblico-privato debbono essere strutturate in modo che l'offerta del privato sia complementare a quella del pubblico onde evitare la situazione in cui il primo sfrutta a proprio vantaggio le inefficienze del

⁴⁶⁸ Sul punto si veda, Ricci, Alberto & Rosanna Tarricone. 6 marzo 2020. "Il sistema pubblico-privato alla prova del Covid-19", *Lavoce.info*, <https://www.lavoce.info/archives/64035/sanita-il-sistema-pubblico-privato-alla-prova-del-coronavirus/>

⁴⁶⁹ *Ibid.*

⁴⁷⁰ Sul punto si veda, Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa. "Pubblico più privato. Solo così il Sistema sanitario è sostenibile", *fasi.it*, <https://www.fasi.it/pubblico-piu-privato-solo-cosi-il-sistema-sanitario-e-sostenibile/>

⁴⁷¹ *Ibid.*

secondo, scommettendo sul suo fallimento⁴⁷². La strada per la creazione di sistemi sanitari efficienti e sostenibili passa anche da qua. Ad ogni modo, essendo questione oltremodo complessa, occorrerebbe esaminarla in un lavoro a parte.

La presente indagine ha studiato gli impatti delle politiche di austerità sui sistemi sanitari, sulla qualità dell'assistenza e sul diritto di accesso alle cure della popolazione, analizzando le diverse risposte degli Stati dell'Eurozona alla crisi. È forse bene specificare che l'obiettivo ultimo di questa analisi non è demonizzare i tagli alla spesa *tout court*, bensì limitarsi a studiare l'impatto che le politiche di austerità hanno avuto sui sistemi sanitari della zona euro in seguito alla crisi finanziaria globale e alla successiva crisi del debito sovrano. Farlo è il primo passo per trovarsi più preparati di fronte alle sfide future.

⁴⁷² Sul punto si veda, Salute Internazionale. “Per un Servizio sanitario nazionale efficace, equo e sostenibile”, *Saluteinternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2017/10/per-un-servizio-sanitario-nazionale-efficace-equo-e-sostenibile/>

Bibliografia

- Alesina, Alberto, Carlo Favero, and Francesco Giavazzi. *Austerity: When it Works and when it Doesn't*. Princeton University Press, 2020.
- Amnesty International. *Greece: resuscitation required – the Greek health system after a decade of austerity*, 2020
- Antonopoulos, Rania & Dimitri B. Papadimitriou. "Economic Turbulence in Greece." *Economic and Political Weekly* (2012): 55-63.
- Arie, Sophie. "Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster?." *Bmj* 346 (2013).
- Bader, Pearl, David Boisclair, and Roberta Ferrence. "Effects of tobacco taxation and pricing on smoking behavior in high risk populations: a knowledge synthesis." *International journal of environmental research and public health* 8, no. 11 (2011): 4118-4139.
- Bini Smaghi, Lorenzo. *Morire di Austerità*, Il Mulino, 2013
- Blanchard, Olivier J. & Daniel Leigh. "Growth forecast errors and fiscal multipliers." *American Economic Review* 103, no. 3 (2013): 117-20.
- Bonovas, Stefanos & Georgios Nikolopoulos. "High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy." *Journal of preventive medicine and hygiene* 53, no. 3 (2012).
- Borra, Cristina, Jeronia Pons-Pons, and Margarita Vilar-Rodriguez. "Austerity, healthcare provision, and health outcomes in Spain." *The European Journal of Health Economics* (2019): 1-15.
- Branas, Charles C., Anastasia E. Kastanaki, Manolis Michalodimitrakis, John Tzougas, Elena F. Kranioti, Pavlos N. Theodorakis, Brendan G. Carr, and Douglas J. Wiebe. "The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis." *BMJ open* 5, no. 1 (2015).
- Cartabellotta, Nino. "La valutazione multidimensionale della qualità assistenziale. L'efficienza continua a oscurare gli indicatori di clinical governance?". *Gimbe news* 2, no. 3 (2009): 4-5

- Cartabellotta, Nino, Elena Cottafava, Roberto Luceri, and Marco Mosti. "Il defanziamento 2010–2019 del Servizio Sanitario Nazionale." *Fondazione GIMBE, Report 7* (2019).
- Clifton, Judith, Daniel Diaz-Fuentes, and Ana Lara Gómez. "The crisis as opportunity? On the role of the Troika in constructing the European consolidation state." *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society* 11, no. 3 (2018): 587-608.
- Connolly, Sheelah & Maev-Ann Wren. "Universal Health Care in Ireland—What Are the Prospects for Reform?." *Health Systems & Reform* 5, no. 2 (2019): 94-99.
- Cylus, Jonathan, Philipa Mladovsky, and Martin McKee. "Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries." *Health services research* 47, no. 6 (2012): 2204-2224.
- De Belvis, Antonio Giulio, Francesca Ferrè, Maria Lucia Specchia, Luca Valerio, Giovanni Fattore, and Walter Ricciardi. "The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector." *Health policy* 106, no. 1 (2012): 10-16.
- De Romanis, Veronica. *L'austerità fa crescere: quando il rigore è la soluzione*. Marsilio Editori spa, 2017.
- Durkheim, Émile. *Suicide: A Study of Sociology*. Prima edizione, Parigi, 1897.
- Economou, Charalampos, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, and Anna Maresso. "Greece - Health system review." *Health Systems in Transition* 19, no. 5 (2017)
- Economou, Charalampos. "O sistema de saúde grego e a crise: um estudo de caso na luta pela capacidade do Estado Social." *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 17, no. 1 (2018): 7-26.
- European Commission. *Spain – Memorandum of Understanding on Financial-sector Policy Conditionality*. 20 luglio 2017
- Fahy, Nick. "Who is shaping the future of European health systems?." *Bmj* 344 (2012).
- Franklin, B., D. Hochlaf, and G. Holley-Moore. "Public Health in Europe during the austerity years." In *A research report from ICL-UK*. London: ICL-UK, 2017.

Gallo, Pedro & Joan Gené-Badia. "Cuts drive health system reforms in Spain." *Health Policy* 113, no. 1-2 (2013): 1-7.

Gottret, Pablo, Vaibhav Gupta, Susan Sparkes, Ajay Tandon, Valerie Moran, and Peter Berman. 2009, "Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience", *Advances in Health Economics and Health Services Research* 21 (2009): 23-53

Kakouli, Thomais. "'Troika' mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an open letter to the Greek government." *Bmj* 346 (2013).

Karanikolos, Marina, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P. Mackenbach, and Martin McKee. "Financial crisis, austerity, and health in Europe." *The Lancet* 381, no. 9874 (2013): 1323-1331.

Kavanagh, Shane A., Anthony D. LaMontagne, and Sharon Brennan-Olsen. "The COVID-19 response: the health impacts of austerity measures." *The Medical Journal of Australia* 214, no. 3 (2021): 142.

Kazemi, Hossein & Niloufer Sohrabji. "Contagion in Europe: Examining the PIIGS crisis." *International Advances in Economic Research* 18, no. 4 (2012): 455-457.

Kentikelenis, Alexander & Irene Papanicolas. "Economic crisis, austerity and the Greek public health system." *The European journal of public health* 22, no. 1 (2012): 4-5.

Konzelmann, Suzanne J. "The political economics of austerity." *Cambridge Journal of Economics* 38, no. 4 (2014): 701-741.

Kyriopoulos, Ilias-Ioannis, Dimitris Zavras, Anastasis Skroumpelos, Katerina Mylona, Kostas Athanasakis, and John Kyriopoulos. "Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece." *International journal for equity in health* 13, no. 1 (2014): 1-7

Ifanti, Amalia A., Andreas A. Argyriou, Foteini H. Kalofonou, and Haralabos P. Kalofonos. "Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care." *Health Policy* 113, no. 1-2 (2013): 8-12.

- Lee, Andrew & Joanne Morling. "The need for public health in a time of emergency." *Public Health* 182 (2020): 188-189
- Legge 23 dicembre 2009, n. 191, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)".
- Legido-Quigley, Helena, Marina Karanikolos, Sonia Hernandez-Plaza, Cláudia de Freitas, Luís Bernardo, Beatriz Padilla, Rita Sá Machado, Karla Diaz-Ordaz, David Stuckler, and Martin McKee. "Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal." *Health Policy* 120, no. 7 (2016): 833-839.
- Marengo, Anna, Philipa Mladovsky, Sarah Thomson, Anna Sagan, Marina Karanikolos, Erica Richardson, Jonathan Cylus et al. "Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience." (2015).
- McKee, Martin, Marina Karanikolos, Paul Belcher, and David Stuckler. "Austerity: a failed experiment on the people of Europe." *Clinical medicine* 12, no. 4 (2012): 346.
- Misiani, Antonio. "I numeri della tragedia greca", NENS (2015)
- Mladovsky, Philipa, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson, Martin McKee, and World Health Organization. "Health policy responses to the financial crisis in Europe." (2012).
- Nikiforos, Michalis. "Crisis, austerity, and fiscal expenditure in Greece: Recent Experience and Future Prospects in the Post-COVID-19 Era." *European Journal of Economics and Economic Policies: Intervention* 1, no. aop (2021): 1-18.
- OECD. 2009, "Burden of out-of-pocket health expenditure", *Health at a Glance 2009: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris
- OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, p. 149, OECD Publishing, Paris, 2011.
- Petrou, Panagiotis & Sotiris Vitoros. "Healthcare reforms in Cyprus 2013–2017: Does the crisis mark the end of the healthcare sector as we know it?." *Health Policy* 122, no. 2 (2018): 75-80.

- Pierson, Paul. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.
- Prante, Franz J., Alessandro Bramucci, and Achim Truger, "Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak." *Intereconomics* 55 (2020): 147-152, p. 152
- Quaglio, GianLuca, Theodoros Karapiperis, Lieve Van Woensel, Elleke Arnold, and David McDaid. "Austerity and health in Europe." *Health policy* 113, no. 1-2 (2013): 13-19.
- Reeves, Aaron, Martin McKee, Sanjay Basu, and David Stuckler. "The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011." *Health policy* 115, no. 1 (2014): 1-8.
- Rotarou, Elena S. & Dikaios Sakellariou. "Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece." *Critical Public Health* 29, no. 1 (2019): 48-60.
- Ruhm, Christopher J. "Good times make you sick." *Journal of health economics* 22, no. 4 (2003): 637-658.
- Sacchi, Stefano. "Conditionality by other means: EU involvement in Italy's structural reforms in the sovereign debt crisis." *Comparative european politics* 13, no. 1 (2015): 77-92.
- Serapioni, Mauro & Pedro Hespanha. *Crisis, Austerity and Health Inequalities in Southern European Countries*, Centro de Estudos Sociais Universidade de Coimbra, 2019
- Stuckler, David, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts, and Martin McKee. "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis." *The Lancet* 374, no. 9686 (2009): 315-323.
- Stuckler, David & Sanjay Basu. *The body economic: why austerity kills*. Basic Books (AZ), 2013.
- Stuckler, David, Aaron Reeves, Rachel Loopstra, Marina Karanikolos, and Martin McKee. "Austerity and health: the impact in the UK and Europe." *European journal of public health* 27, no. Suppl 4 (2017): 18-21.
- Tarricone, Rosanna & Carla Rognoni. "What can health systems learn from COVID-19?." *European Heart Journal Supplements: Journal of the European Society of Cardiology* 22, no. Suppl Pt (2020): P4.

Thomas, Steve, Sarah Barry, Bridget Johnston, and Sara Burke. "Ireland's health care system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state", *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, no. Suppl. 1 (2018): 27-36

Thomson, Sarah, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, and A. Maresso. "Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy" *Bruselas. European Observatory on Health Systems and Policies* (2014)

Triantafyllou, Konstantinos & Chryssi Angeletopoulou. "Increased suicidality amid economic crisis in Greece." *Lancet Correspondence* 378, no. 9801 (2011): 1459-60.

van Gils, Paul F., Luqman Tariq, Marieke Verschuuren, and Matthijs van den Berg. "Cost-effectiveness research on preventive interventions: a survey of the publications in 2008." *European journal of public health* 21, no. 2 (2011): 260-264.

Xezonakis, Georgios & Felix Hartmann. "Economic downturns and the Greek referendum of 2015: Evidence using night-time light data." *European Union Politics* 21, no. 3 (2020): 361-382.

Sitografia

Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro. "Politiche attive per l'occupazione", <https://www.anpal.gov.it/per-l-occupazione> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Alderman, Liz. 11 giugno 2013, "Greece Shuts Broadcaster in Bid to Shoe Resolve", *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2013/06/12/world/europe/greece.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Allen, Katie. 29 aprile 2013, "Austerity kills, economists warn", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/economics-blog/2013/apr/29/austerity-kills-health-europe-us> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Bastasin, Carlo. 2019. "Bocciati o promossi? Cosa è la procedura per deficit eccessivo della Commissione Europea, *Europeainfo.eu*, <http://www.europeainfo.eu/bocciati-o-promossi-cosa-e-la-procedura-per-deficit-eccessivo-della-commissione-europea/> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

BBC. 3 febbraio 2010, “Greece unveils austerity programme to cut deficit”, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/8494849.stm> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

BBC. 5 maggio 2010, “Greece’s austerity measures”, <https://www.bbc.com/news/10099143> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

BBC. 10 novembre 2011, “Lucas Papademos named as new Greek prime minister”, <https://www.bbc.com/news/world-europe-15671354> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Caldes, Maria José. 4 ottobre 2012, “Controriforma sanitaria in Spagna. Nel mirino anche gli immigrati”, *Saluteinternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2012/10/controriforma-sanitaria-in-spagna-nel-mirino-anche-gli-immigrati/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Cambridge Dictionary. “Old age pension”, <https://dictionary.cambridge.org/it/dizionario/inglese/old-age-pension> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Camera dei Deputati. 24 giugno 2020, “Audizioni su partecipazione Italia a programma UE” – intervento della prof.ssa Alessandra Smerilli f.m.a., *Camera.it* https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=10789 (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Carassava, Anthee. 23 settembre 2004, “Greece Admits Faking Data to Join Europe”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2004/09/23/world/europe/greece-admits-faking-data-to-join-europe.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Carney, Megan & Bayla Ostrach. 28 aprile 2020, “Austerity, Not Covid-19, Strains National Healthcare Systems”, *somatosphere.net*, <http://somatosphere.net/2020/austerity.html/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Cartabellotta, Nino. 10 ottobre 2016, “Il differente valore (value) dei livelli essenziali di assistenza”, *SaluteInternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2016/10/il-differente-valore-value-dei-livelli-essenziali-di-assistenza/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Collins Dictionary. “Hospital service”, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/hospital-service> (ultimo accesso: 6 giugno 2021)

Commissione Europea. 2016, “Law 4368/2016, Article 33 on free access to health care services”, *European Web Site on Integration*, <https://ec.europa.eu/migrant-integration/librarydoc/law-4368/2016-article-33-on-free-access-to-health-care-services> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Commissione Nazionale per le Società e la Borsa. “La crisi del debito sovrano del 2010-2011”, *Consob.it* <https://www.consob.it/web/investor-education/crisi-debito-sovrano-2010-2011> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Confcooperative Sanità. “Assistenza primaria”, <https://www.sanita.confcooperative.it/GLOSSARIO/ASSISTENZA-PRIMARIA> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Corriere della Sera. 23 marzo 2020. “Madrid, caos in ospedale: pazienti per terra anche nei corridoi”, <https://video.corriere.it/cronaca/spagna-caos-ospedale-pazienti-terra-anche-corridoi/183d4fb4-6cdf-11ea-ba71-0c6303b9bf2d> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Da Rold, Vittorio. 20 giugno 2012, “La Grecia ha un nuovo governo. Samaras: sia a lungo termine. I socialisti del PASOK non chiedono incarichi”, *Il Sole 24 Ore*, <https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-06-20/venizelos-grecia-governo-pasok-133908.shtml?uuid=Ab6DuQvF> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Da Rold, Vittorio. 2 agosto 2017, “Grecia, condannato l’economista che nel 2010 svelò il deficit reale”, *Il Sole 24 Ore*, https://www.ilsole24ore.com/art/grecia-condannato-economista-che-2010-svelo-deficit-reale-AE9war7B?refresh_ce=1 (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Duval, Guillaume. 24 agosto 2018, “Ten graphs to understand the Greek crisis”, *European Data Journalism Network*, <https://www.europeandatajournalism.eu/eng/News/Data-news/Ten-graphs-to-understand-the-Greek-crisis> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Elliott, Larry, Phillip Inman, and Helena Smith, 5 giugno 2013, “IMF admits: we failed to realise the damage austerity would do to Greece”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2013/jun/05/imf-underestimated-damage-austerity-would-do-to-greece> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Encyclopedia Britannica. “Junk Bond”, <https://www.britannica.com/topic/junk-bond> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Euractiv. 12 giugno 2012, “Dalli: ‘The economic crisis should not turn into a health crisis’”, <https://www.euractiv.com/section/health-consumers/news/dalli-the-economic-crisis-should-not-turn-into-a-health-crisis/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

EUR-lex. “Glossario delle sintesi: sanità pubblica”, https://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/public_health.html?locale=it (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

European Public Health Alliance. 17 maggio 2013, “Joint Press Statement. Access to medicines in Europe: The EU cannot save banks while sacrificing people’s health”, <https://epha.org/joint-press-statement-access-to-medicines-in-europe-the-eu-cannot-save-banks-while-sacrificing-peoples-health/> (ultimo accesso: 6 giugno 2021)

Fantinati, Mattia. 27 luglio 2018. “Di austerità si muore”, Il Blog delle Stelle, https://www.ilblogdellestelle.it/2018/07/di_austerita_si.html (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Ferraino, Giuliana. 19 agosto 2018, “La Grecia esce dal programma di aiuti: addio alla troika dopo 8 anni di crisi”, *Il Corriere della Sera*, https://www.corriere.it/economia/18_agosto_19/grecia-esce-programma-aiuti-addio-troika-8-anni-criisi-65254b8c-a383-11e8-9b60-adccaa96935d.shtml (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Figà-Talamanca, Laurence. 22 maggio 2021. “A Roma Global Health Summit, Draghi: ‘Vacciniamo il mondo, dobbiamo superare i confini’ ”, *Ansa*, https://www.ansa.it/sito/notizie/politica/2021/05/20/a-roma-global-health-summit-insieme-contro-covid_37e46e95-3b38-41b7-ad01-a6a62a86f976.html (ultimo accesso: 22 maggio 2021)

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa. “Pubblico più privato. Solo così il Sistema sanitario è sostenibile”, *fasi.it*, <https://www.fasi.it/pubblico-piu-privato-solo-cosi-il-sistema-sanitario-e-sostenibile/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Fonseca, Luiz Eduardo, Amani Alkofide, Radia Sedaoui, Rym Ayadi, and Viqaruddin Mohammed. 10 dicembre 2020. “Investing in universal health systems aimed at Covid-19 and beyond”, *G20 Insights*, https://www.g20-insights.org/policy_briefs/investing-in-universal-health-systems-aimed-at-covid-19-and-beyond/ (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

G20. 21 marzo 2021. “Rome Declaration” https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_en (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Galeazzi, Lorenzo. 6 settembre 2012, “Sanità, Balduzzi: “Spendere meno per spendere meglio”, *Il Fatto Quotidiano*, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2012/09/06/sanita-balduzzi-spendere-meno-spendere-meglio/3159332/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Gatti, Emanuele. 1 aprile 2020, “Modello Bismarck - Tutto ma proprio tutto quello che c'è da sapere sulla sanità tedesca”, *Linkiesta*, <https://www.linkiesta.it/2020/04/germania-coronavirus-sanita-modello-italia-aiuti/> (ultimo accesso: 30 maggio)

Granitsas Alkman, Stelios Bouras, and Charles Forelle. 29 dicembre 2014, “Greek vote for President Fails, Reviving Uncertainty”, *The Wall Street Journal*, <https://www.wsj.com/articles/greece-to-face-early-elections-after-presidential-vote-fails-1419850337> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Guerrieri, Paolo. “Patto di Stabilità e Crescita”, *Treccani*, https://www.treccani.it/enciclopedia/patto-di-stabilita-e-crescita-psc_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/ (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Irlanda visionaria. 21 agosto 2013. “La medical card: che cos'è e a cosa serve”, <https://blog.zingarate.com/dublino/la-medical-card-in-irlanda-e-assistenza-sanitaria-gratuita/> (ultimo accesso: 5 giugno 2021)

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale. “Pensione ai superstiti indiretta e di reversibilità”, <https://www.inps.it/prestazioni-servizi/pensione-ai-superstiti-indiretta-e-di-reversibilita> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Henley, Jon. 15 maggio 2013, “Recession can hurt, Austerity kills”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/society/2013/may/15/recessions-hurt-but-austerity-kills> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Hunton, Ed. 29 giugno 2011, “Scenes From the Greek Protests 2011”, *CNBC*, <https://www.cnb.com/2011/06/15/Scenes-From-The-Greek-Protests-2011.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Jolly, David. 25 giugno 2011, “Moody's Again Reduces Greece's Credit Rating”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2011/07/26/business/global/european-sovereign-debt-crisis.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Kelland, Kate. 31 maggio 2012, “Analysis: Greeks count mental health cost of a country in crisis”, *Reuters*, <https://www.reuters.com/article/us-eurozone-greece-health-idUSBRE84U0MF20120531> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Kitsantonis, Niki & Matthew Saltmarsh. 23 aprile 2010, “Greece, Out of Ideas, Requests Global Aid”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2010/04/24/business/global/24drachma.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Kitsantonis, Niki & Rachel Donadio. 12 febbraio 2012, “Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage”, *The New York Times*, https://www.nytimes.com/2012/02/13/world/europe/greeks-pessimistic-in-anti-austerity-protests.html?pagewanted=all&_r=0 (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Kitsantonis, Niki. 15 gennaio 2018, “Greece Adopts New Austerity Measures to Placate Creditors”, *The New York Times*, <https://www.nytimes.com/2018/01/15/world/europe/greece-austerity-bailout.html> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Labropoulou, Elinda & Laura Smith-Spark, 8 novembre 2012, “Greek Parliament approves austerity cuts”, *CNN World*, <https://edition.cnn.com/2012/11/07/world/europe/greece-austerity> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

La Repubblica. “Austerità”, <https://dizionari.repubblica.it/Italiano/A/austerita.html> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Liptak, Kevin. 26 marzo 2020. “G20 videoconference gathered world leaders coping with coronavirus” *CNN*, <https://edition.cnn.com/2020/03/26/politics/g20-donald-trump-videoconference-coronavirus/index.html> (ultimo accesso: 8 giugno 2021)

Lorenzini, Davide. 21 agosto 2019, “Alexis Tsipras: ascesa e declino del paladino anti-austerità”, *Il Caffè Geopolitico*, <https://ilcaffegeopolitico.net/109270/alexis-tsipras-ascesa-e-declino-del-paladino-anti-austerita> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Madore, Odette. Luglio 1993. “Health Care Financing: User Participation”, *Economics Division*, <http://www.publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp340-e.htm> (ultimo accesso: 29 maggio 2021)

McDonald, Henry. 9 marzo 2011, “New taoiseach Enda Kenny foresees darkness before dawn in Ireland”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/mar/09/ireland-enda-kenny-elected-taoiseach> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Ministero della Salute. “Assistenza specialistica ambulatoriale”, <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4701&area=Lea&menu=distrettuale> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Moneyfarm. “Bailout”, <https://www.moneyfarm.com/it/glossario-finanza/bailout/> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Morris, Chris. 26 gennaio 2015, “Greece election: Syriza leader Tsipras vows to end austerity pain”, *BBC*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-30978052> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Observatorio de Desarrollo Social en América Latina y el Caribe. “Expenditure on Housing and Community Amenities”, <https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/en/indicador/expenditure-housing-and-hommunity-amenities> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OECD. “Family benefits public spending”, <https://data.oecd.org/social/exp/family-benefits-public-spending.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OECD. “Public expenditure on health”, <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2198> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OECD. “Public spending on incapacity”, <https://data.oecd.org/social/exp/public-spending-on-incapacity.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OECD. “Public Unemployment Spending”, <https://data.oecd.org/social/exp/public-unemployment-spending.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OMS. 27 giugno 2008, “Carta di Tallinn”. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

OMS, 16 settembre 2009, “Resolution (EUR/RC59/R3)”, https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

OMS, 2015. “Implementation of the Tallinn Charter: Final Report”, https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/287360/Implementation-of-Tallinn-Charter-Final-Report.pdf (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Oppes, Alessandro. 22 settembre 2014, “Sorpasso storico in Spagna: più ospedali privati che pubblici”, *La Repubblica*, https://www.repubblica.it/economia/2014/09/22/news/spagna_ospedali_privati_publici-96395681/ (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Papamidas, Lefteris & Maltezou Renee. 5 maggio 2010, “Greek anti-austerity march erupts in violence, 3 dead”, *Reuters*, <https://www.reuters.com/article/us-greece-idUSTRE6441N620100505> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Pittau, Maurizio. 2020, “Fine Gael e Fianna Fáil: quale è la differenza?”, *Radio Dublino*, <https://www.radiodublino.com/2020/06/20/fine-gael-e-fianna-fail-qual-e-la-differenza/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Ragusa, Silvia. 8 aprile 2013, “Lisbona, annunciati nuovi tagli dopo no ad austerity. “Emergenza nazionale”, *Il Fatto Quotidiano*, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2013/04/08/lisbona-governo-annuncia-nuovi-tagli-dopo-no-allausterita-e-emergenza-nazionale/555946/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Redazione AboutPharma Online. 21 maggio 2021. “Global Health Summit: approvata la Dichiarazione di Roma”, *AboutPharma Online*, <https://www.aboutpharma.com/blog/2021/05/21/global-health-summit-approvata-la-dichiarazione-di-roma/> (ultimo accesso: 8 giugno 2021)

Reuters. 28 aprile 2010, “Greek/German bond yield spread more than 1,000 bps”, <https://www.reuters.com/article/markets-bonds-greece-idUSLDE63R0WU20100428> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Reuters. 22 agosto 2015, “Spain’s Rajoy under pressure to row back on healthcare cuts”, <https://www.reuters.com/article/us-spain-healthcare/spains-rajoy-under-pressure-to-row-back-on-healthcare-cuts-idUSKCN0QR0NB20150822> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Ricci, Alberto & Rosanna Tarricone. 6 marzo 2020. “Il sistema pubblico-privato alla prova del Covid-19”, *Lavoce.info*, <https://www.lavoce.info/archives/64035/sanita-il-sistema-pubblico-privato-alla-prova-del-coronavirus/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Russo, Paolo. 5 marzo 2020. “Coronavirus, in terapia intensiva i letti sono finiti: “Il sistema sanitario è al collasso””, *La Stampa*, <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/03/05/news/coronavirus-in-terapia-intensiva-i-letti-sono-finiti-il-sistema-sanitario-e-al-collasso-1.38550946> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Sahuquillo, Maria. 26 agosto 2013. “Spain’s hospital waiting lists hit historical highs on austerity”, *El País*, https://english.elpais.com/elpais/2013/08/26/inenglish/1377517142_400959.html (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Salute Internazionale. “Per un Servizio sanitario nazionale efficace, equo e sostenibile”, *Saluteinternazionale.info*, <https://www.saluteinternazionale.info/2017/10/per-un-servizio-sanitario-nazionale-efficace-equo-e-sostenibile/> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Skytg24. 20 aprile 2021, “Draghi: “Ristrutturare la sanità e lavorare per futuro. Non si sa quanto durerà il Covid”, <https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2021/04/20/covid-mario-draghi-sanita> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Siew, Adeline. 22 maggio 2013, “Inadequate Access to Medicines Puts EU at Risk”, *PharmTech*, <https://www.pharmtech.com/view/inadequate-access-medicines-puts-eu-risk> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Smith, Helena. 3 marzo 2010, “Greece unveils radical austerity package”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2010/mar/03/greece-austerity-measures> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Smith, Helena. 6 maggio 2010, “Greece approves sweeping austerity measures”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2010/may/06/greece-crisis-approves-austerity-measures> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Sylvers, Eric. 11 gennaio 2021. “Covid-19 Hit Hardest Where Financial Crisis Led to Health-Care Cuts”, *The Wall Street Journal*, <https://www.wsj.com/articles/covid-19-hit-hardest-where-financial-crisis-led-to-health-care-cuts-11610372026> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

The Free Dictionary. “Medical product”, <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+product> (ultimo accesso: 8 giugno 2021)

Treccani. “Digital divide”, https://www.treccani.it/enciclopedia/digital-divide_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/ (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Treccani. “Sudden Stop”, https://www.treccani.it/enciclopedia/sudden-stop_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/ (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Tremlett, Giles. 4 maggio 2011, “Portugal settles terms of €78bn bailout with EU and IMF”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2011/may/04/portugal-78bn-bailout-imf> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Tremlett, Giles. 5 giugno 2011, “Pedro Passos Coelho set for big election win as Portugal swings right”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/jun/05/pedro-passos-coelho-election-portugal> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Tremlett, Giles. 20 novembre 2011, “Spanish election: convincing victory for People’s party”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2011/nov/20/spain-election-polls-rajoy-victory> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Tremlett, Giles. 19 marzo 2012, “Portuguese death rate rise linked to pain of austerity programme”, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2012/mar/19/portuguese-death-rate-rise-austerity-programme> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Valentino, Paolo. 26 marzo 2020. “Coronavirus, la Germania prenderà in cura 60 italiani gravi”, *Corriere della Sera*, <https://www.corriere.it/esteri/20-marzo-26/coronavirus-germania-prendera-cura-50-italiani-gravi-d4bbeeba-6f74-11ea-b81d-2856ba22fce7.shtml> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Wearden, Graeme & Helena Smith. 21 febbraio 2012. "Eurozone reaches deal on second Greece bailout after all-nights talks", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/business/2012/feb/21/eurozone-reaches-second-greece-bailout-deal> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Wiesmann, Gerrit. 11 giugno 2012. "Troika to supervise Spanish bank loan", *Financial Times*, <https://www.ft.com/content/5c1d283a-b3e2-11e1-8fea-00144feabdc0> (ultimo accesso: 21 maggio 2021)

Database

Database OECD. General Government Debt, <https://data.oecd.org/gga/general-government-debt.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Database OECD. Health spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Database OECD. Hospital Beds, <https://data.oecd.org/healthreq/hospital-beds.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Database OECD. Nurses, <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Database OECD. Pharmaceutical spending , <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

OECD.Stat. Health expenditure and financing (preventive care, % of current expenditure on health, 2012) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

The World Bank Data. Domestic General Government Health Expenditure per capita <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2014&locations=XC&start=2008> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

The World Bank Data. GDP, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2019&locations=GR&start=2008> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

The World Bank Data. GDP per capita,
<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2014&locations=XC&start=2008> (ultimo
accesso: 31 maggio 2021)

The World Bank Data. Hospital beds,
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2014&locations=XC&start=2008> (ultimo
accesso: 31 maggio 2021)

The World Bank Data. Out-of-pocket expenditure,
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2014&locations=XC&start=2008> (ultimo
accesso: 31 maggio 2021)

Trandingeconomics. Greek Government Bond 10Y, <https://tradingeconomics.com/greece/government-bond-yield> (ultimo accesso: 31 maggio 2021)

Abstract

The global financial crisis (2007-2009) and the subsequent sovereign debt crisis (2010-2011) put strains on the Eurozone economies, especially those of the peripheral countries, namely Greece, Portugal, Spain, Italy, Cyprus, and Ireland. Most Eurozone governments implemented tight fiscal policies in an attempt to get their finances back on track. Budget cuts severely affected the national health systems of the region, despite an ageing population and increasing demands for care. The impacts on the quality and the universality of health care services were significant and made even more serious by the concomitant economic crisis. This analysis aims precisely at investigating the effects that austerity policies, adopted in response to the global financial crisis and the subsequent sovereign debt crisis, have had on the Eurozone's health systems and their ability to provide a fair, universal, and quality service to the population.

The prominent role played by the State in delivering health services makes this sector highly susceptible to budget cuts, especially when governments aim at reducing public spending. Investigating the extent to which economic policy measures, undertaken during a crisis, affect the health sector is of vital importance nowadays, not only because health is worldwide considered as the most precious asset. Currently, the health systems' productivity accounts for about 9% of the entire European Union's Gross Domestic Product (GDP) and almost 10% of European workers are employed in this sector. It is therefore crucial to understand how policymakers should adapt their health policies in times of economic crisis, when they are called to pursue the twofold objective of reducing costs and ensuring timely quality care. Furthermore, it is crucial to develop a set of sound strategies to guarantee the sustainability and efficiency of health systems in order to make them more resilient when coping with future economic and health crises.

In the first chapter, it was provided a summary of the chain of events that led many Eurozone countries to embrace the doctrine of financial discipline. Moreover, a basic theoretical background, pivotal to the study, was presented. In the second chapter, the focus point was placed upon the dramatic case of Greece, which has been the Eurozone country that experienced the most serious financial difficulties during the crisis. In the third and last chapter, the scope of the investigation was extended to the whole Eurozone. Here, the theoretical notions provided in the first section of the paper were used to analyze the health systems reforms implemented during the crisis.

The effects of the global financial crisis, triggered by the bursting of the subprime mortgage bubble in the United States of America in 2007, were particularly severe in Europe. At first, the Eurozone governments responded with counter-cyclical policies, implemented through an unprecedented fiscal stimulus, which led to increasing levels of deficits and debt. While the United States were recovering from the recession, the Eurozone was shaken by another crisis, related to the previous one. The sovereign debt crisis, more commonly known as the "euro crisis", officially began with the alarming announcement made in the autumn of 2009 by the new Greek Prime Minister George Papandreou. He publicly revealed that Greece's economy was in a desperate condition and that the financial statements handed over by previous governments to the European

Union had been falsified up to that point. Papandreou's announcement and the downgrading of the Greek debt triggered panic in the markets and raised doubts over the debt solvency of other peripheral Eurozone countries. In a desperate attempt to calm the markets, the European Central Bank (ECB), the International Monetary Fund (IMF), and the European Commission (EC) imposed severe austerity measures on some countries as a condition for obtaining their financial support, even though they knew that growth prospects were bleak. In the same vein, many other Eurozone countries shifted from counter-cyclical to pro-cyclical fiscal policies after 2009.

Many components of public spending collapsed in the wake of the crisis. Health spending went from an average annual growth rate of 4.6% between 2000 and 2009 to a meagre 0.6% in 2010, despite the World Health Organization (WHO) called for states not to implement cuts in this area. It is no coincidence that the global financial crisis and the subsequent sovereign debt crisis have been called “health system shocks”. With this regard, the academics Philipa Mladovsky, Divya Srivastava, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Tamás Evetovits, Sarah Thomson and Martin McKee created a framework in order to understand how health policies are adapted in response to financial and economic crises. This framework is useful for mapping and categorizing the different types of health policies implemented by each state during the austerity years. It consists of three main dimensions: policy options, policy domains, and policy outcomes. First, when coping with economic shocks, policymakers have two main options, that is, decrease or increase the level of public health expenditure. Afterwards, when implementing reforms, they can act in three interrelated policy domains: volume and quality of services, costs of publicly financed care, and level of contributions from the population. Finally, policymakers should assess the effects of their policies on the main objectives of health systems, which include: improving the level of health of the population, guaranteeing an equitable and universal access to care, maximizing efficiency, reducing wasteful spending, and improving the quality of care. With the aim of understanding which is the driving factor for the variation of health expenditure in times of crisis, the following four main hypotheses were presented. The depth recession hypothesis focuses on the extent of the recession; the debt crisis hypothesis on the level of debt; the party hypothesis on the ideological orientation of the governments in office; the international financial institutions hypothesis on the role played by the Troika in imposing austerity policies on states under its supervision.

After the first introductory chapter, the focus was placed upon the case study of Greece. The Eurozone debt crisis severely affected the Greek economy, also because of the accounting tricks performed by Athens throughout the previous decade. In 2010, the budget deficit was between 12% and 16%, the debt-to-GDP ratio shot up to 150% and the spread between Greek ten-year bonds and similar German bonds broke through the 1,000-basis-point threshold. In order to avoid what would have been a disastrous bankruptcy, Greece formally requested the activation of the bailout program by the Troika in 2010. The ECB, the IMF, and the EC intervened with three adjustment programs, linked to strict conditionalities, which included massive cuts in public spending and severe austerity measures. As a consequence, fourteen austerity packages were enacted

in seven years. The fiscal consolidation carried out in Greece, amounting to the 20% of GDP, was by far the largest in the Eurozone. Almost all sectors were affected by the draconian cuts implemented in those dramatic years. Public spending collapsed by 30% between 2009 and 2014 and Greece lost 25% of its GDP in eight years since the start of the crisis. The social consequences were tremendous. In 2014, people at risk of poverty made up 36% of the total population. Average unemployment rose to 27.5% in 2013 (+20% compared to 2008), with youth unemployment standing at a frightening 60%. Still in 2018, 20% of Greeks were unemployed, compared to an average of 8.3% in the Eurozone.

The cuts in the Greek health system (ESY) were draconian: public health spending was reduced by almost 50% between 2009 and 2014. The public health expenditure-to-GDP ratio plummeted from 6.56% in 2010 to 4.53% in 2014. Even prior to the economic crisis, the ESY was experiencing substantial difficulties. These included an outdated organizational structure, a high degree of centralization in decision-making, a lack of planning and coordination, a misallocation of human and economic resources, an endemic corruption, inequalities in access to services, and unaffordable user charges for the population. Before the crisis, access to health care was essentially based on the citizens' employment status, as those who paid for health insurance were automatically enrolled in one of the funds, which covered approximately 97% of the population. In 2011, following the first austerity measures, the different funds were merged under EOPYY, meaning that Greek citizens would have had to pay out-of-pocket for some services they had previously been insured for. Moreover, as noted by Amnesty International, EOPYY provided coverage only for two years after people stopped working, meaning that by 2016 over 2.5 million people were uninsured and could not have access to the ESY as before. It was estimated that, during the crisis, around 30% of the population could not rely on the national health system to meet their healthcare needs. As many as 63.5% of people with chronic illnesses did not have enough money to get treatment and 58.5% received them late due to the lengthening of waiting lists.

Unsurprisingly, the health spending cuts also resulted in people having to bear a greater proportion of their health care costs. With this regard, out-of-pocket expenditure on health care grew tremendously in the early years of austerity, from 28,3% in 2010 to 37,1% in 2014. At the same time, pharmaceutical expenditure was reduced by 27.6 % from 2009 to 2014, leading to widespread medicine shortages across the country. Similarly, public expenditure for hospital services was cut by 43% in nine years (2008-2019). As a result, the number of hospital beds dropped by 12%. Moreover, intensive care beds, which according to the WHO standards should account for between 9% and 12% of total bed capacity, stood at an inadequate 2% and one fifth of them were not in operation due to the lack of qualified personnel. Undeniably, health workers were also heavily affected by the spending cuts implemented in response to the crisis. Their salaries were cut by approximately 18% and almost all subsidies were abolished, as well as production bonuses. This circumstance led to an increase in off-the-books payments and many young qualified health workers emigrated to other countries. The already very low number of nurses fell by 7.5% between 2011 and 2015. In 2015, Greece was relying on 3.2 nurses per 1,000 inhabitants. By comparison, Germany had 12.7 nurses per 1,000 inhabitants (four times as many),

while the Eurozone average was 7.9 (more than twice as many). The level of public health in Greece deteriorated during the austerity years. HIV infections increased from 2010 onwards, around the same time as budget for HIV and AIDS prevention was massively reduced. Contextually, demand for mental health services increased by 120% even though their funding was not adequate enough to meet people's necessities.

Being under considerable pressure from the international financial institutions and the European Union, Greece's main objective was to achieve rapid savings in the health sector, regardless of the "how". Several studies explained that the across-the-board cuts adopted in those years were horizontal and mainly oriented towards a drastic and instantaneous reduction of public expenditure rather than towards an efficient reallocation of resources. Furthermore, Amnesty International noticed that the way in which Greece implemented the aforementioned reforms did not comply with international human rights standards. In particular, Greek governments were blamed for not having carried out any preventive assessment of the impact of the measures on citizens' rights. Secondly, according to the international human rights standards, spending cuts should be based on transparency and the involvement of all stakeholders. In Greece, the most controversial reforms were instead drawn up only by the governing parties and implemented with urgency, without any public consultation.

In the third chapter, the scope of the investigation was extended from the case study of Greece to the whole Eurozone. The sovereign debt crisis prompted many countries to adopt health reforms. Some of them, especially those with weaker economies (Portugal, Spain, Italy, Cyprus, and Greece on top), implemented horizontal cuts driven by the goal of generating immediate savings, without a due reallocation of resources. Other countries, such as Luxembourg and France, streamlined the functioning of their health systems, pursuing the principle of efficiency by reducing wasteful spending wherever possible. Furthermore, a small group of states characterized by healthy economies, such as Germany, increased their health budgets. The case of Finland is worth to mention, as the Finnish government opted for continual investments in the health sector despite a deep recession.

The framework created by Mladovsky *et al.* was used to understand and categorize the reforms adopted in the region's health systems. With regard to the first policy domain (volume and quality of services), the sovereign debt crisis acted as a catalyst for profound structural reforms, such as hospital closures, bed reductions, and extensive privatization. All Eurozone countries but Germany reduced the number of hospital beds throughout the period 2008-2014. In addition, several States reformed their health insurance systems. As well as Greece, whose reforms were discussed in the previous chapter, Spain and Ireland also brought about radical changes in this area. Furthermore, many countries implemented a set of reforms within the second policy domain, that is, costs of publicly financed care. Greece, Spain, Portugal, and Italy sharply reduced the salaries of health workers. Likewise, pharmaceutical spending decreased in a large group of countries (in Greece, Portugal and The Netherlands above all). Lastly, many States acted within the third policy domain (level of contributions from the population). Spain, Portugal and Ireland increased the co-payments on certain

kinds of medicines, including the widely used paracetamol; Italy, The Netherlands, France, Slovenia, and Portugal increased user charges for specific services, such as emergency room visits, ambulance rides, physiotherapy, in vitro fertilization, dental prostheses, and vaccines. This resulted in increasing levels of out-of-pocket expenditure in 10 countries out of 16 throughout the period between 2008 and 2014.

This thesis also aimed at understanding which factors are decisive for the health expenditure's variation in times of crisis. To this end, the four hypotheses presented in the first chapter were tested one by one. The "depth recession hypothesis", which places its focus upon the effects of the crisis on the GDP, was partially rejected. While there is evidence that countries with severely struggling economies implemented the largest cuts, this hypothesis fails to explain outliers such as Finland, which continued to invest in its health system despite a deep recession. On the contrary, the "debt crisis hypothesis", which deems the level of public debt to be critical in shaping policy choices, was considered valid. It has been proven that countries with increasing levels of public debt were highly likely to implement draconian measures in their health systems. Portugal, Ireland, Spain, and Greece stand out as the main examples. The "party hypothesis" attempts to explain the variation in health expenditure by focusing on the ideology of the parties in power. More specifically, it assumes that right-wing governments are more likely to implement cuts than left-wing executives. Although this study provides examples in line with this expectation, the "party hypothesis" cannot be relevant by itself as it completely ignores the economic dimension and the peculiarities of each country.

Last but not least, the "international financial institutions hypothesis" was tested. Here, attention is drawn to the role played by the Troika in dictating reforms to states that had been supervised: Greece, Ireland, Portugal, Cyprus and, to a lesser extent, Spain and Italy. The almost imperative nature of the provisions included in the Memoranda of Understandings negotiated with the Troika lead to the conclusion that some governments had no choice but to adopt far-reaching reforms in their health systems. Bailed-out states, due to the strict conditionalities that the Troika imposed, were found to be four times more likely to implement draconian reforms than others. In addition, the health cuts implemented in Ireland, Cyprus, Greece, and Portugal were around 50% greater than those implemented elsewhere. In light of this, the "IFIs hypothesis" was considered valid.

In order to avoid repeating the same mistakes in the future, policymakers, when faced with such delicate decisions, must first assess whether their reforms affect the health systems' goals and citizens' rights. A sound, transparent, and evidence-based decision-making process is also crucial in protecting policies from the special interests of specific groups, as well as in predicting the effects of policy choices more accurately.

Moreover, there is no evidence that reducing health spending inexorably leads to an enhanced efficiency. Indeed, arbitrary cuts in essential services may further destabilize the health system, especially in case they affect the access to care. For example, it has been proven that certain kinds of user charges are likely to lead to negative effects on the right to health of the most vulnerable groups of the population (the poor and the

elderly in particular). The resultant deterioration of public health will thus necessitate increased spending in other areas. As a consequence, prospective savings appear limited.

The same applies to health insurance reforms, which should be based upon a prior differentiation of services according to their value. If not, access to care, financial protection and public health in general risk to be undermined, as well as the efficiency of the whole system. It is no coincidence that, during the austerity years, the unmet medical needs, i.e. the number of people who needed access to health services but could not afford them, dramatically increased. Many scholars have also pointed out the negative effects of wage cuts, as this measure led many qualified health workers to emigrate to northern European countries. It is estimated that, in the long run, the loss of medical expertise in southern Europe will generate costs which will be greater in proportion than the short-term savings achieved thanks to the cuts. In general, many commentators criticize the Eurozone governments for not accompanying spending cuts with broader reforms, which would have been crucial to enhance the sustainability and efficiency of their health systems. On the contrary, being faced with severe financial constraints, many States implemented horizontal and short-sighted cuts.

In order to achieve the twofold goal of ensuring sustainability in the health sector and safeguarding public health standards during a crisis, the Eurozone countries should increase their investments in prevention. Nevertheless, health promotion is not usually considered as a priority during economic crises. This necessarily has to change in the future considering that, as recognized by the European Commission, investing in prevention is *«the most efficient strategy in the long term»*.

The Covid-19 pandemic has severely tested the resilience of the Eurozone healthcare systems and their ability to provide adequate care to the population. A large number of experts has identified the austerity policies implemented in the previous decade as one of the main culprits for the difficulties experienced by some national health systems in coping with the emergency. Critiques are mainly directed at the sizeable reduction in the number of beds, especially in southern European countries.

Inevitably, the pandemic has revived the debate over the future of healthcare systems. The Italian G20 Presidency has placed health care reforms high on its political agenda, as demonstrated by the Global Health Summit which took place in Rome on May, 21st. The first challenge in the near future will be to mitigate inequalities in the access to care, through universal health coverage at the global level, the strengthening of National Institutes of Health, and new public-private partnerships with the aim of ensuring greater ubiquity and efficiency in service delivery. The second challenge concerns the financing of health systems. While rethinking the criteria at the base of their public spending, states around the globe should take into account four main factors: the growing demand for care from citizens, an ageing population, the relevance of communicable diseases, and the technological progress. With regard to this latter, many have underlined the importance of larger investments in digital health. The third major challenge will consist in creating a system of cooperation on a large scale, by reinforcing the role of the WHO in coordinating health policies.

In conclusion, it is clear that the austerity policies implemented in response to the crisis have had considerable impacts on the quality, volume, equity, and universality of health services, especially in those countries where spending cuts were particularly draconian. In light of this, policymakers should no longer identify this area as a fertile ground for generating savings, not even when facing economic constraints. The Covid-19 pandemic made the whole world aware of how crucial it is to rely on quality healthcare systems. Whenever policymakers deem spending cuts to be inevitable, they should bear in mind the health systems' goals and assess in advance the impacts of every measure.