

La pandemia da Covid-19 come nuovo rischio socio-sanitario e come stress test per la sanità italiana. Nota introduttiva

Gianluca Busilacchi

RPS

1. Premessa

La pandemia da Covid-19 rappresenta a livello globale uno degli eventi più drammatici degli ultimi decenni, con un impatto assolutamente straordinario, non solo sulle condizioni di salute degli individui, ma anche sulle attività economiche e su molti aspetti di vita quotidiana: a tale proposito, per indicare la portata multidimensionale dell'impatto pandemico, si è fatto ricorso al termine di «sindemia» (Horton, 2020; Favretto e al., 2021).

Per questa ragione, sebbene il presente numero de «la Rivista delle Politiche Sociali» sia dedicato specificamente all'impatto del Covid sul Servizio sanitario nazionale (Ssn), ci pare utile aprire questa nota introduttiva inserendo tale tema all'interno di un ragionamento più vasto, vale a dire l'effetto che la pandemia sta determinando sul concetto stesso di rischio socio-sanitario, inteso come ambito di connessione tra la sfera sociale e quella più direttamente legata alla salute; in seguito verranno analizzate in sintesi le principali caratteristiche politico-istituzionali del Ssn che sono state messe «sotto stress» dall'evento pandemico, per poi concludere con la presentazione della struttura del fascicolo.

2. Gli effetti della pandemia sulla natura del rischio socio-sanitario

Per comprendere se la pandemia abbia avuto un effetto sulla *natura* del rischio socio-sanitario, dovremmo tentare di collocare questo tema dentro un'analisi che attiene al processo di trasformazione strutturale dei rischi sociali più direttamente coinvolti dal Covid, non solo a quelli relativi alla sfera della salute: la pandemia sta contribuendo a mutare il tipo di rischio a cui i cittadini sono esposti?

Non è possibile anticipare già oggi, in via assoluta, una risposta esaustiva a tale interrogativo, ma è possibile ipotizzare che il Covid abbia in effetti accelerato un cambiamento già in atto da qualche decennio e affrontato da Beck con il suo lavoro sulla «società del rischio» (1986).

Una delle principali argomentazioni di tale teoria è che la trasformazione della natura dei rischi minasse le basi della modernizzazione: nella società moderna, infatti, i processi legati alla razionalizzazione dell'agire e all'impatto della conoscenza scientifica nelle varie sfere della vita quotidiana avevano coinvolto anche la natura dei rischi sociali, rendendoli fenomeni prevedibili e in qualche modo calcolabili sul piano matematico (Daston, 1987). Anche nel campo del welfare e della salute, nel corso dell'ultimo secolo, si sono fronteggiati in gran parte dei rischi «aleatori e circostanziali», vale a dire chiaramente definibili e statisticamente ponderabili (Rosanvallon, 1995). Negli ultimi decenni però il sopraggiungere di nuovi tipi di rischi, più imprevedibili e meno conoscibili, ha interrotto tale meccanismo di computabilità, esponendo gli individui a fenomeni ignoti, sia nella loro comprensione e misurazione, sia nella loro distribuzione probabilistica; è possibile che il Covid, con tutti i suoi effetti «sindemici», rappresenti uno di questi nuovi rischi post-moderni?

Per quanto attiene al rischio più direttamente connesso alla pandemia, vale a dire quello *sanitario*, qui inteso come deprivazione della capacità di tutela della salute, è possibile ipotizzare una risposta positiva.

Nel corso degli ultimi decenni infatti, specie da quando si è diffusa la medicina basata sull'evidenza (Ebm¹) e le politiche di cura sono state formulate sempre più tenendo conto della Ebm, i rischi sanitari sono rientrati nella categoria tradizionale di rischi «moderni», aleatori e circostanziali.

Il Covid-19 ha invece rappresentato un rischio sanitario del tutto nuovo², una malattia ignota nella sua eziologia, nel suo sviluppo e sul piano terapeutico: non solo si tratta di un evento che ha investito globalmente i cittadini in modo del tutto casuale rispetto a qualsiasi categoria e classe di rischio³, ma ha anche portato con sé il timore di tale casualità: dunque

¹ Con il concetto di Ebm (Evidence-based medicine) si intende l'utilizzo sistematico di ricerca scientifica su ampi campioni di pazienti per valutare statisticamente rischi e benefici dei processi decisionali clinici.

² Un fenomeno simile sembra porsi con il sopraggiungere di un nuovo rischio sanitario ad oggi invisibile e incommensurabile, quello relativo alla cosiddetta antibiotico-resistenza, che potrebbe trasformare parzialmente l'organizzazione sanitaria per acuti nei prossimi decenni.

³ In realtà, sebbene la diffusione della malattia sia stata del tutto casuale rispetto a qualsiasi classe di rischio, i suoi effetti si sono mostrati enormemente più gravi per la popolazione più anziana, e in piccola misura per il sesso maschile rispetto alle donne.

un fenomeno invisibile, incommensurabile e in qualche misura inevitabile, per tornare alle parole di Beck (1986).

Se dunque nel recente passato la gran parte dei rischi sociali è stata controllabile dalle società sviluppate, oggi il coronavirus ci ha esposto alla fallibilità e alla paura del «non controllo».

Spostandoci dagli aspetti di carattere sanitario all'altra categoria di rischi sociali coinvolti dalla pandemia, vale a dire quelli di tipo *socio-economico*, gli effetti del Covid-19 sulla trasformazione della natura di tali rischi diventa più difficile da testare, proprio perché si tratta di fenomeni meno circostanziali. Durante la pandemia si è verificata la concorrenza di molti fattori che hanno inciso sulle condizioni sociali, economiche e di benessere degli individui; è dunque molto complesso tentare di valutare in modo analitico la trasformazione complessiva dei rischi sociali, in un periodo così eccezionale, tenendo conto dei molti fattori concorrenti: la crisi economica e occupazionale legata alla pandemia ha determinato certamente un peggioramento delle condizioni di benessere delle famiglie e degli individui, esponendoli a maggiore probabilità di impoverimento e di perdita di sicurezza delle posizioni occupazionali, rispetto al passato. Nel 2020 è aumentata in Italia la povertà assoluta, coinvolgendo nuovi nuclei familiari (Busilacchi e Luppi, 2021); analogamente a causa del Covid sono state messe a rischio carriere lavorative solitamente stabili e al riparo dalla possibilità di perdita del lavoro, si pensi ad esempio alle attività economiche costrette a chiudere improvvisamente per molti mesi. Solo nel medio periodo potremo valutare se l'aumento di tali rischi sarà solamente legato alla congiuntura pandemica o se invece la attuale precarizzazione legata alla pandemia si è tramutata in un fenomeno strutturale.

In questa sede ci limitiamo all'analisi di due aspetti, che ci paiono rilevanti per la comprensione della trasformazione della natura del rischio socio-sanitario, perché hanno messo in rapporto l'aumento del rischio per la salute con l'indebolimento di integrazione sociale ad esso connesso.

Un *primo piano di analisi* è certamente legato agli effetti che la pandemia ha determinato dal punto di vista delle relazioni sociali: prima del Covid-19 le relazioni sociali hanno sempre costituito uno strumento di contrasto dei rischi sociali, sia in generale, generando capitale sociale, sia nello specifico per i soggetti più vulnerabili, per i quali poter contare sugli altri, sul piano materiale e affettivo ha da sempre rappresentato un valore aggiunto.

Durante la fase pandemica, invece, lo strumento fondamentale per evitare il principale rischio per la salute, vale a dire il contagio, è stato intervenire proprio sulla dimensione relazionale: il distanziamento e l'isolamento,

RPS

Gianluca Busilacchi

dunque l'allentamento delle relazioni, hanno rappresentato una forma di tutela e le relazioni sociali, da fenomeno di arricchimento per gli individui, sono divenute esse stesse fenomeno di rischio. L'indebolimento dei legami sociali dovuto al forzato isolamento incide sul piano del disagio sociale, anche a livello sistemico, come diminuzione della fiducia verso gli altri: anzitutto in termini di reazione psicologica alle paure e alla percezione del prossimo, con il pericolo che l'isolamento si trasformi in un aumento dei fenomeni di conflittualità sociale, odio e rancore, amplificando un tratto della società post-crisi economica, già fotografato recentemente dal Censis, laddove la reazione alla delusione delle aspettative di benessere non corrisposte determina effetti di chiusura individuale e scontro con gli altri.

Questo tema, pur importante e con conseguenze di natura sociale, attiene più che altro a reazioni di natura emotiva. Ciò che qui interessa è piuttosto l'indebolimento delle reti sociali e i suoi effetti, per la comunità e per gli individui. Perché la forza delle relazioni sociali e della solidarietà comunitaria non è solo un valore collettivo, ma rappresenta anche un capitale nelle mani del singolo individuo, per fronteggiare i rischi sociali tradizionali. E certamente la solitudine forzata ha indebolito il tessuto sociale e i legami di solidarietà comunitaria, con effetti più dannosi per chi su tali legami faceva maggiore affidamento.

Infatti l'indebolimento delle reti sociali determina una riduzione delle risorse a disposizione dell'individuo per fronteggiare alcuni rischi sociali tradizionali. E veniamo così al *secondo piano di analisi*, quello riguardante l'effetto dell'indebolimento dei legami sociali a causa dell'isolamento dovuto alla pandemia, in termini di minori risorse individuali per contrastare i rischi sociali. Questo aspetto, a differenza di quanto finora illustrato, non è un fenomeno che durante la pandemia si è distribuito in maniera uniforme nel tessuto sociale, ma in modo diseguale, con una maggiore incidenza su individui e categorie meno protette e più vulnerabili.

Ha dunque sempre a che fare con la strutturazione dei rischi sociali, ma ne amplifica alcune caratteristiche già presenti nei sistemi sociali: la didattica a distanza (Dad), ad esempio, tende a produrre maggiori effetti negativi per quegli studenti di classi sociali più basse, aumentando le disuguaglianze (Ballarino e Cantalini, 2020). Oltre al fatto che il 41 per cento dei bambini vive in case anguste, nel nostro paese esiste un enorme problema di *digital divide* che la pandemia ha messo in risalto: circa il 14 per cento delle famiglie italiane con bambini non ha un computer in casa e, durante il *lockdown*, il 57 per cento di tali famiglie si è trovato senza connessione internet e circa un quinto di esse con una banda infe-

riore a trenta giga al mese (Saraceno e al., 2020). Ciò ha impedito a molti bambini una piena fruizione della Dad.

Al contempo sono i soggetti più fragili e vulnerabili ad avere maggiore bisogno di una rete di legami solidaristici su cui contare, per non peggiorare le proprie condizioni, sia che si trovino a fronteggiare rischi di salute e dunque necessitino di cura, sia che debbano affrontare rischi di natura economica, rispetto ai quali poter contare o meno su una rete di supporto può fare la differenza.

In sintesi, coloro che sono già più vulnerabili ed esposti ai rischi sociali «tradizionali» si trovano a dover risentire in misura molto maggiore dell'impatto di un «nuovo» rischio socio-sanitario come il «rischio Covid», con tutto il suo portato di effetti ad esso connessi, in termini di riproduzione della disuguaglianza⁴. Ciò vale per tutti i rischi tradizionali, compreso quello che più interessa in questa sede, il pericolo di riduzione della capacità di tutela della salute; comprendere come tale aspetto sia tutelato oggi in Italia dal sistema di politiche pubbliche risulta dunque importante per capire quale era il punto di partenza prima dell'avvento del nuovo «rischio Covid».

3. Quali caratteristiche politico-istituzionali del Servizio sanitario nazionale sono state messe «sotto stress» dalla pandemia?

Per comprendere quanto il sistema di politiche pubbliche tuteli i cittadini italiani dal rischio connesso alla deprivazione di salute occorre analizzare le caratteristiche fondamentali del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) e quanto il Covid abbia messo sotto stress questo sistema di protezione.

In questa sede ci limitiamo a illustrare sinteticamente tre di tali aspetti, certamente non esaustivi⁵, che hanno caratterizzato la storia degli ultimi anni del Ssn relativamente al suo impianto politico-istituzionale, che ne determina gli assetti di *policy*: tali aspetti riguardano la particolare politicizzazione della sanità italiana, il suo finanziamento e infine la regionalizzazione della politica sanitaria. Il combinato dei primi due elementi tende a spiegare perché il rischio sanitario, nonostante il diritto alla salute sia

⁴ Per un approfondimento su tale tema, si veda il contributo di Costa e Marra in questo fascicolo.

⁵ Altre caratteristiche organizzative del Ssn e l'impatto della pandemia su di esse verranno analizzate nei vari articoli della parte monografica.

costituzionalmente tutelato, sia ancora ben presente nel sistema di *policy* italiano: la limitata politicizzazione della politica sanitaria, specie nelle scelte di merito, rispetto ad altri comparti del welfare (si pensi a quello previdenziale) ha infatti comportato nel corso del tempo una stagnazione della spesa sanitaria e una limitata espansione di personale e offerta sanitaria. L'ultimo elemento, invece, attiene all'effetto dell'impianto politico-istituzionale sulle caratteristiche dell'organizzazione del Ssn; ma procediamo con ordine.

La prima caratteristica potrebbe essere definita come la «*politicizzazione dicotomica*» della sanità italiana, che determina una scarsa emersione delle scelte sostanziali di *policy* all'interno della arena politica. Tale dicotomia riguarda tre livelli di politicizzazione: il livello di governo della politica sanitaria (statale e regionale), quello riguardante i temi del dibattito politico e infine il livello del confronto politico-istituzionale nel rapporto tra Stato e Regioni.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la politica sanitaria ha vissuto finora, prima del Covid, una limitata politicizzazione rispetto ad altre questioni relative al welfare a livello nazionale, in termini di scarsa centralità di tale tema nelle campagne elettorali e nei programmi politici, mentre al contrario è molto politicizzata a livello locale, in particolare regionale, costituendo gran parte delle competenze delle Regioni sia in termini di spesa, che di percezione tra i cittadini.

Questa prima dicotomia crea un effetto sulla seconda, cioè sui temi del confronto politico, creando una sorta di corto circuito nel rapporto tra domanda e offerta politica, poiché a fronte di un dibattito poco politicizzato su questioni nazionali, che sono spesso caratterizzate da un alto tasso di tecnicità, a livello regionale si assiste ad un mix di slogan elettorali («no a tagli e chiusure», «tutto per tutti») e clientelismo. In sostanza, se da un lato le Regioni avrebbero ampie competenze istituzionali loro affidate dalla Costituzione in materia di organizzazione sanitaria, la politica regionale ha scarsi margini di libertà di azione, vincolata da norme nazionali (si pensi ad esempio al d.m. n. 70/2015), da vincoli di bilancio e da una sorta di isomorfismo normativo sulle scelte di fondo legate alla programmazione sanitaria regionale, spesso frutto di una cultura tecnica ormai condivisa tra i principali manager sanitari che si trovano a dirigere le sanità regionali.

Così la politicizzazione locale finisce per focalizzarsi su scelte principalmente gestionali legate all'ospedale, dove si concentrano risorse economiche e gestione del potere, e ciò tra l'altro contribuisce a rendere marginale il ruolo politico della medicina territoriale.

Sul versante politico-istituzionale infine – e siamo così al terzo aspetto della politicizzazione dicotomica – le Regioni hanno storicamente utilizzato la sanità per la loro legittimazione istituzionale (Maino, 2001), anche scaricando responsabilità sul livello centrale. D'altro canto il tema sanitario è stato utilizzato dalla politica nazionale per campagne di denigrazione delle Regioni (Dirindin, 2018): in sintesi il rapporto Stato-Regioni mentre dovrebbe essere cooperativo sul versante istituzionale, appare conflittuale sul versante politico.

La seconda caratteristica politico-istituzionale che negli ultimi anni ha caratterizzato il Ssn è di fatto una parziale conseguenza del primo aspetto, vale a dire *lo scarso finanziamento e la tendenza alla strisciante privatizzazione della spesa sanitaria*.

Negli ultimi dieci anni infatti la spesa sanitaria pro-capite a prezzi costanti è diminuita nel nostro paese di circa il 10 per cento e ciò ha contribuito tra l'altro ad aumentare il divario tra Italia e altri paesi europei rispetto alle risorse economiche per la sanità pubblica: mentre nel 2000 l'Italia spendeva circa il 9 per cento in meno della media Ue, nel 2018 il divario era aumentato al 27 per cento (Ocse, 2020). Nello stesso periodo il personale dipendente si è ridotto di oltre 40.000 unità ed è mancato il ricambio generazionale di medici e infermieri: oggi più della metà dei medici italiani ha più di 55 anni, una delle percentuali più alte in Europa, così come tra le più basse è la percentuale di infermieri ogni mille abitanti, ad esempio la metà rispetto a Francia e Germania (Pavolini, 2020). Completa il quadro drammatico dell'impoverimento del Ssn nell'ultimo decennio l'aumento del precariato e del ricorso a personale esterno, l'obsolescenza tecnologica di molti ospedali, lo scarso investimento nei servizi territoriali, di gran lunga inferiore ad altri partner europei, e l'aumento della spesa privata e *out of pocket* della sanità italiana, superiore alla media europea e che ha raggiunto quasi il 30 per cento della spesa sanitaria totale negli scorsi anni (Giarelli, 2017). Il prolungato sotto-finanziamento del Ssn ha sguarnito il servizio sanitario pubblico. Il problema non sono solamente i tagli ai posti letto e la chiusura dei piccoli ospedali decentrati spesso senza una vera riconversione dei poli ospedalieri; le carenze riguardano il personale, gli investimenti tecnologici, le strutture: tra gli effetti di questa condizione si registra quasi un 7 per cento della popolazione che non riesce ad accedere ai servizi sanitari a causa delle proprie condizioni economiche, specie al Sud.

Va detto che negli ultimissimi tempi, sotto il Ministero guidato da Roberto Speranza, la spesa sanitaria pubblica è tornata dopo tempo a

crescere in maniera significativa: un banco di prova da questo punto di vista saranno le scelte legate al Pnrr e il loro finanziamento.

Il terzo elemento attiene alla regionalizzazione del Ssn: il sistema sanitario italiano è *altamente regionalizzato*. La riforma del Titolo V del 2001 è stata di fatto una risposta a un tema – quello del federalismo – che aveva avuto forte rilevanza politica negli anni novanta. Di fatto questo aspetto – unitamente all’aziendalizzazione – ha modificato strutturalmente il Ssn, ma ad una divisione delle competenze chiara nella forma non è corrisposta un’altrettanto chiara divisione nella sostanza.

La regionalizzazione del Ssn ha attraversato due fasi, quella del cosiddetto «universalismo differenziato» (2001-2007) in cui si è tentato di dare una omogeneità nazionale centrata sui Lea, ma con effetti diversi a livello attuativo e di performance dei Ssr; e una seconda fase (dal 2008-fino alla pandemia) di «universalismo ridotto» (Vicarelli e Giarelli, 2021), in cui la fuga in avanti di alcune regioni verso l’autonomia differenziata tende a svalutare i territori meno performanti e ad allontanare ulteriormente il principio di universalismo nazionale. Gli effetti di tale eterogeneità degli esiti dovuta alla regionalizzazione sono certificati dalle *performance* differenziate dei Servizi sanitari regionali (Ssr) (Spandonaro e D’Angela, 2017), così come dalle prime simulazioni sulle nuove griglie Lea, che contraddicono i risultati molto omogenei che emergevano con il vecchio sistema di analisi⁶, in cui praticamente tutte le Regioni risultavano adempienti. Il governo nazionale dunque fatica, con gli strumenti che ha a disposizione, a garantire l’uniformità dei servizi sul territorio nazionale: per rispettare il dettato costituzionale occorrerebbe dunque passare da un «regionalismo differenziato» a un «regionalismo responsabile», rafforzando il ruolo di coordinamento dello Stato nella fissazione degli obiettivi e degli strumenti di controllo per monitorare e poter intervenire in caso di inadempienze rispetto agli obiettivi fissati. Da questo punto di vista sarebbe utile incoraggiare un sistema di valutazione delle *performance* affidato ad agenzie esterne, che però è combattuto perché limita gli spazi politici ai livelli regionali, ma che invece garantirebbe conoscenza e un conseguente corretto equilibrio tra livello centrale e territori.

⁶ È possibile ipotizzare che gli indicatori di outcome dei Lea mostrassero meno differenze territoriali di quelle realmente esistenti a causa del fatto che, poiché il management sanitario viene valutato sulla base dei risultati ottenuti rispetto alla griglia Lea, è principalmente interessato a rispondere proprio a quegli indicatori di *outcome*, più che non al quadro complessivo dello «stato di salute» dei Ssr.

4. *La struttura del fascicolo*

Come visto dunque, per comprendere quanto la pandemia abbia rappresentato uno stress test per il Servizio sanitario italiano, è molto importante valutare il punto di partenza della sanità italiana prima del Covid.

In questa ottica il presente fascicolo non intende essere «solamente» una monografia dedicata agli effetti della pandemia, bensì una analisi di quanto il Covid abbia mostrato del nostro Ssn e delle sue caratteristiche di fondo, così da comprenderne luci e ombre.

Per questa ragione il contributo di apertura, di Francesco Taroni, è volto ad indagare l'evoluzione nel corso del tempo delle caratteristiche politico-sociali del nostro Ssn, proprio per capire come le problematiche emerse durante la pandemia e prima ancora durante la fase di crisi economica, possano essere interpretata e lette in una cornice più ampia, ripercorrendo la storia che ha portato all'istituzione del Ssn e le difficoltà politiche incontrate nei decenni successivi. Tale analisi di lungo periodo guarda anche ad una prospettiva sovranazionale, proprio perché di fronte a problemi di natura globale come è la stessa pandemia, le risposte non possono essere ancorate agli Stati nazionali.

L'articolo di Micheli, Forastiere e Richiardi ci mostra la portata di tale sfida globale, che ha colpito l'Italia per prima tra i paesi occidentali, con un grande impatto in termini di numerosità di casi e di decessi; tramite un'analisi del quadro epidemiologico, gli autori analizzano il trend di contagi, ricoveri e mortalità legati al Covid-19, nel periodo compreso tra febbraio 2020 e aprile 2021, accompagnando tali dati ad alcune considerazioni sulla necessità di rafforzare l'intervento pubblico nella sanità, specie in alcune aree e per alcune categorie.

In apertura abbiamo ricordato come il Covid possa costituire un nuovo tipo di rischio socio-sanitario, con conseguenze che vanno ben al di là dell'impatto sulla salute: da questo punto di vista l'effetto della pandemia è stato molto diseguale, andando a colpire i cittadini più fragili e vulnerabili, non solo sul piano sanitario, ma anche con riferimento ad altre sfere di deprivazione.

Essere poveri, avere una scarsa istruzione, un lavoro non qualificato, poche relazioni sociali e scarse reti di supporto familiare, così come vivere in contesti abitativi e residenziali più deprivati, sono noti indicatori di minor aspettativa di vita, di maggior probabilità di malattia e di invecchiamento non sano, di maggior esposizione a fattori di rischio comportamentale e ambientale, così come di minor accesso al sistema sanitario: come ci mostrano Costa e Marra nel loro contributo, gli individui dotati

di minori risorse hanno sofferto di più il Covid come evento sindemico, anche al di là dell'impatto diretto del coronavirus sulla salute.

Nel precedente paragrafo abbiamo inoltre sintetizzato alcuni aspetti politico-istituzionali del Ssn, rilevanti per comprendere come e quanto la pandemia abbia avuto un significativo impatto sulla sanità italiana; ma è evidente che sono gli aspetti relativi al rapporto tra elementi di *policy* e organizzazione sanitaria a determinare lo stato dell'arte del sistema sanitario italiano e a farci comprendere quanto il Covid possa rappresentare uno stress test capace di mostrarne opportunità e limiti. Busilacchi e Toth si concentrano su due di tali elementi: il rapporto tra Stato e Regioni nella politica e organizzazione sanitaria e la relazione tra cure ospedaliere e territoriali, chiedendosi in particolare cosa la pandemia abbia confermato e cosa abbia fatto emergere di nuovo rispetto a tali dimensioni, portando anche in luce alcune novità che solitamente rimangono latenti.

Per poter però valutare compiutamente e in maniera efficace la risposta dei sistemi sanitari di fronte alla pandemia da Covid è necessario adeguare i sistemi di valutazione; Nuti, Vinci e Vola nel loro contributo, dopo aver passato in rassegna l'evoluzione di tali sistemi, illustrano l'esperienza del Sistema di valutazione della performance, istituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna, e riportano i risultati del 2020. Emerge come i Sistemi sanitari regionali italiani abbiano reagito in modo eterogeneo alla sfida pandemica, in modo non direttamente collegato alla diversa incidenza del virus, e come i livelli di qualità riferiti alle prestazioni non direttamente associate alla presa in carico dei casi Covid-19 tendenzialmente non si discostino da quelli registrati nel 2019.

Il contributo di Sorrentino tocca un tema fondamentale emerso con la pandemia, quello della scarsità di personale sanitario e della sua precarizzazione; una questione da tempo nota agli addetti ai lavori, ma che si è resa evidente a tutti nell'ultimo anno e mezzo, quando è stato chiesto ai lavoratori del settore uno sforzo molto significativo per tentare di offrire una risposta di fronte alla drammatica emergenza.

Chiudono la parte monografica i focus a cura di Maciocco e di Cicognani e Rubatto, che approfondiscono due proposte di grande attualità: quelle del governo per la politica sanitaria contenute nel Pnrr e la proposta di riforma delle cure primarie in Italia da parte della rete di operatori sanitari «Primary Health Care Now or Never».

Riferimenti bibliografici

- Ballarino G. e Cantalini S., 2020, *Covid 19, scuola a distanza e disuguaglianze*, «Rivista delle politiche sociali», n. 1, pp. 205-216.
- Beck U., 1986, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main, Suhrkamp, trad. it. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma, 2000.
- Busilacchi G. e Luppi M., 2021, *When it rains, it pours. The effects of Covid19 outbreak on the Italian poor*, «Rassegna italiana di sociologia», n. 3, in corso di stampa.
- Daston L., 1987, *The Domestication of Risk: Mathematical Probability and Insurance 1650-1830*, in Kruger L., Daston L. e Heidelberger M. (a cura di), *The Probabilistic Revolution, I, Ideas in History*, MIT Press, Cambridge.
- Dirindin N., 2018, *È tutta salute. In difesa della sanità pubblica*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Favretto A., Maturo A. e Tomelleri S., 2021, a cura di, *L'impatto sociale del Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2017), *1978-2018: quarant'anni dopo. Il Ssn tra defianziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione*, «Autonomie locali e servizi sociali», n. 3, pp. 455-482.
- Horton R., 2020, *Covid-19 is not a pandemic*, «The Lancet», settembre.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Ocse, 2020, *Oecd Health Statistics online database*, <https://stats.oecd.org/>.
- Pavolini E., 2020, *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus*, nota 1, Ocis.
- Rosanvallon P., 1995, *La nouvelle question sociale. Repenser l'Etat-Providence*, Seuil, Parigi; trad. it.: *La nuova questione sociale*, Edizioni Lavoro, Roma, 1997.
- Saraceno C., Benassi D. e Morlicchio E., 2020, *Poverty in Italy. Features and drivers in a European perspective*, Policy Press, Bristol.
- Spandonaro F. e D'Angela D., 2017, *Una misura di performance dei Ssr*, V edizione, Crea Sanità, Roma.
- Vicarelli G. e Giarelli G., 2021, a cura di, *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, Franco Angeli, Milano.

