



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea
Magistrale
in
Governance delle
Organizzazioni Pubbliche

Tesi di Laurea

La pandemia da Covid-19 in Italia: la risposta di Lombardia e Veneto

Relatrice

Ch.ma. Prof.ssa Enrica Croda

Laureanda

Sara Zanchetta Modolo

Matricola 862232

Anno Accademico

2020 / 2021

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. COVID: ORGANIZZAZIONE E IMPATTO DELLA PANDEMIA IN ITALIA	7
1.1 Evoluzione del Covid in Italia	7
1.1.1 <i>Che cos'è il COVID-19 e come si è diffuso in Italia.....</i>	8
1.1.2 <i>Primi casi e inizio circolazione del virus in Italia.....</i>	10
1.1.3 <i>Seconda ondata: numeri e azioni di contenimento.....</i>	12
1.1.4 <i>Le varianti.....</i>	16
1.1.5 <i>Piano vaccinale.....</i>	17
1.2 L'Italia e il virus.....	19
1.2.1 <i>La risposta a livello nazionale e regionale del SSN.....</i>	19
1.2.2 <i>Avvisaglie e piano pandemico mancante.....</i>	23
1.2.3 <i>Azioni di contenimento messe in atto e numeri della pandemia</i>	25
1.3 Lo scenario di diffusione della pandemia di Covid-19	27
2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: NASCITA E ORGANIZZAZIONE.....	33
3. SISTEMI SANITARI REGIONALI	37
3.1 Assetti istituzionale dei SSR.....	37
3.2 Regione Veneto	41
3.2.1 <i>Orientamento e organizzazione del Servizio Sociosanitario Veneto.....</i>	41
3.2.2 <i>Geografia delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie venete.....</i>	43
3.2.3 <i>Governance</i>	45
3.3 Regione Lombardia	49
3.3.1 <i>Orientamento e principi del SSR lombardo</i>	49
3.3.2 <i>Geografia del SSR lombardo: scenario pre e post-riforma.....</i>	51
3.3.3 <i>Governance del SSR regione Lombardia</i>	53
3.4 Sistemi Sanitari a confronto	57
4. SSR A CONFRONTO: GESTIONE DELLA PANDEMIA.....	61
4.1 Il contributo dei privati accreditati nell'emergenza Covid-19 in Lombardia e Veneto	62
4.2 Regione Veneto	65
4.2.1 <i>Strategia di contenimento.....</i>	65
4.2.2 <i>I soggetti coinvolti</i>	67

4.2.3 Andamento dei decessi	69
4.2.4. Campagna vaccinale	76
4.2.5 Andamento delle vaccinazioni.....	79
4.3 Regione Lombardia	81
4.3.1 Assetto organizzativo	81
4.3.2 Gli attori	82
4.3.3 Andamento dei decessi	83
4.3.4 Campagna vaccinale	91
4.3.5 Andamento delle vaccinazioni.....	93
CONCLUSIONI	95
Bibliografia:	97

INTRODUZIONE

Tra la fine del 2019 e i primi mesi del 2020 un nuovo virus, ancora sconosciuto, iniziava a circolare in una lontana regione della Cina centrale denominata Hubei, in particolare nel suo capoluogo Wuhan avevano iniziato a diffondersi, nei mesi precedenti, delle polmoniti anomali dalle cause sconosciute. All'inizio di gennaio la città di Wuhan contava decine di casi, tutti riconducibili a persone frequentanti il grande mercato Huanan Seafood Wholesale Market, successivamente chiuso dal 1° gennaio 2020.

Il 9 gennaio le autorità cinesi dichiarano che l'agente patogeno appartiene a un ceppo di coronavirus e il giorno successivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ne divulga la notizia. Solo il 21 gennaio l'OMS e le autorità cinesi dichiarano il virus trasmissibile da uomo a uomo, ma ancora non se ne conosceva la facilità del contagio.

L'Italia, al pari delle altre nazioni europee, inizialmente avverte il virus come "lontano", nel mese di gennaio si manifestano i primi casi ma tutti collegati con la Cina e per questo non ritenuti particolarmente pericolosi.

Il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara lo stato di emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale.

Il 21 febbraio 2020 viene diagnosticato in Italia il primo caso di Covid-19 non più riconducibile alla Cina. Da lì a poco la nostra penisola si sarebbe ritrovata a fronteggiare una emergenza sanitaria senza eguali.

L'esperienza italiana servirà da apripista per tutti i Paesi occidentali che man mano iniziano a diagnosticare sempre più pazienti positivi nei propri territori.

L'obiettivo di questa tesi di laurea è quello di analizzare l'organizzazione del sistema sanitario delle regioni Veneto e Lombardia e successivamente indagarne, attraverso i dati forniti da Istat e Istituto Superiore di Sanità, gli effetti della pandemia in termini di mortalità e contagio. Nello svolgere l'analisi dei dati, tuttavia, sebbene la pandemia sia ancora in corso e i suoi effetti siano ancora presenti, si è ritenuto di dover condurre l'indagine e le opportune valutazioni prevalentemente in riferimento ai dati dell'anno 2020 in quanto sufficientemente stabilizzati al momento della stesura dell'elaborato inserendo, tuttavia, dove possibile analisi e valutazioni anche alla luce dei dati registrati nei primi mesi dell'anno 2021.

Come sappiamo è la stessa Costituzione che sancisce la responsabilità congiunta tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute, ma l'autonomia così dichiarata si riversa poi in differenti modi di espletare il medesimo obiettivo. Lo Stato è responsabile della determinazione dei LEA, ossia i Livelli Essenziale di Assistenza, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale mentre permangono in capo alle Regioni le attività di programmazione e erogazione della sanità all'interno dei confini regionali.

Veneto e Lombardia si presentano, apparentemente, come territori sostanzialmente simili ma con Sistemi Sanitari Regionali profondamente diversi, segnati da obiettivi di fondo differenti tali da determinare opposti approcci alla sanità. Il Covid-19 ha evidenziato i punti di forza e di debolezza di questi apparati che messi sotto pressione hanno reagito e contrastato la pandemia con strategie differenti che si sono, poi, sostanziate, in risultati profondamenti diversi.

Il lavoro di ricerca intrapreso ha permesso di comprendere, alla luce dell'emergenza sanitaria in corso, quel che meglio ha funzionato nei relativi sistemi sanitari regionali evidenziandone i punti di debolezza e le eventuali mancanze.

La tesi è articolata, complessivamente, in quattro capitoli. Il primo si occupa di fornire una panoramica circa l'inizio della diffusione del virus e come è stato affrontato dal Governo tramite provvedimenti volti a ridurre al minimo la diffusione del Coronavirus tra la popolazione.

Nel secondo capitolo, invece, viene introdotto, in linee generali, il Servizio Sanitario Nazionale e la sua organizzazione.

Il terzo capitolo analizza la struttura e l'organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali di Lombardia e Veneto andando ad evidenziarne punti di forza e di debolezza e relativi differenti approcci alla sanità. Si dà atto, in questo capitolo, di quanto differente sia l'apparato sanitario strutturato dalle due regioni e di come uno dei due approcci sia risultato particolarmente vincente nella lotta al Covid-19 rispetto all'altro.

Nel quarto, ed ultimo capitolo, poi si approfondisce l'impatto della pandemia sui territori in questione e come questa abbia colpito la popolazione in termini di mortalità e contagio. Si analizza, anche, nelle sue battute iniziali, la campagna vaccinale che è stata avviata alla fine del 2020 e che ha lo scopo di raggiungere l'auspicata immunità di gregge con l'obiettivo di uscire da questo stato di incertezza e paura scatenato dal Coronavirus.

1. COVID: ORGANIZZAZIONE E IMPATTO DELLA PANDEMIA IN ITALIA

Quando ad inizio 2020 l'Italia si è vista, prima fra tutte, teatro di una rapida diffusione del virus Covid-19, politici, medici e la popolazione tutta sono stati investiti da un forte senso di incapacità e impotenza di fronte alla travolgente forza dell'agente patogeno. Purtroppo, nel momento in cui a livello globale è emersa la gravità della situazione, il contagio era già elevato e l'unica soluzione era quella di predisporre un robusto apparato organizzativo in grado di contrastare la potenza del virus.

L'Italia, dal canto suo, dovette far fronte ad una grave crisi sanitaria determinata da un veloce collasso delle strutture ospedaliere e da una parallela carenza di personale sanitario perché infettatosi.

Questo primo capitolo farà una disamina delle azioni e dei provvedimenti presi con lo scopo di limitare e bloccare il diffondersi dei contagi, evidenziando a livello geografico una diversa diffusione del virus nonché differenti approcci di contrasto a questo.

A livello temporale, verranno analizzate le analogie e differenze accorse tra la prima, quella improvvisa verificatasi a partire da febbraio 2020, e la seconda, riconducibile a ottobre 2020 e ancora in atto, ondata. Infine, per quanto possibile, si riportano alcuni dati riferiti al primo semestre del nuovo anno 2021 relativamente all'andamento dei contagi e alla campagna di vaccinazione.

1.1 Evoluzione del Covid in Italia

In Italia la diffusione del Covid-19 è stata rapida e dilagante, tuttavia il governo del Paese, rendendosi conto della gravità epidemiologica in atto, ha da subito attuato misure di contenimento e prevenzione tali da cercare di bloccare il virus all'interno dei primi cluster ed evitarne la diffusione nell'intera penisola. Come vedremo le iniziali misure messe in atto non hanno permesso la totale protezione del Paese, che nel corso di poche settimane, a partire dal primo caso accertato, ha visto un rapido e incessante aumento dei contagi in tutta la penisola. A seguito della prima ondata, attestata sul finire del mese di febbraio 2020 e proseguita fino a maggio, l'estate ha riportato la curva dei contagi in

discesa ma tuttavia questo non è bastato e a partire da ottobre sull'Italia si è affacciata la seconda ondata. Questa seconda ondata, seppure il Paese potesse contare sull'esperienza pregressa, è risultata altrettanto grave e difficile da contenere.

1.1.1 Che cos'è il COVID-19 e come si è diffuso in Italia

COVID-19, acronimo di *CO*rona *VI*rus *D*isease 2019, è il nome con il quale si identifica la malattia da nuovo coronavirus. Il nuovo Coronavirus Sars-CoV-2 identifica un virus respiratorio della famiglia dei coronavirus, solitamente responsabili di patologie di diversa gravità legate al sistema respiratorio. I coronavirus sono comuni in molti specie animali come pipistrelli o cammelli e, talvolta, possono mutare e infettare anche l'uomo. L'inizio della diffusione del virus tra gli umani, ad oggi, non ha data certa ma sicuramente un punto di partenza è rappresentato dal mese di dicembre 2019, in cui la Cina segnala all'Organizzazione Mondiale della Sanità la presenza di casi di polmonite atipica concentrati nella provincia del Hubei e in particolare nella città di Wuhan. Dalle prime indagini si era riscontrato che tutti i sintomatici avevano in comune una alta frequentazione del Huanan Seafood Wholesale Market a Wuhan, successivamente chiuso a partire da gennaio 2020, all'interno del quale vi era commercializzazione e scambio di animali vivi tra cui pipistrelli i quali vengono da subito individuati come possibili veicoli all'uomo dell'agente patogeno. Da lì a poco, nel giro di qualche settimana, veniva isolato il nuovo coronavirus Sars-Cov-2 responsabile dei diversi casi di polmonite riscontrata e iniziava da parte dell'autorità cinese un rigido periodo di osservazione e monitoraggio dei casi confermati, con provvedimenti che portarono all'isolamento della città di Wuhan, dove vennero annullati tutti i festeggiamenti previsti per il Capodanno Cinese.

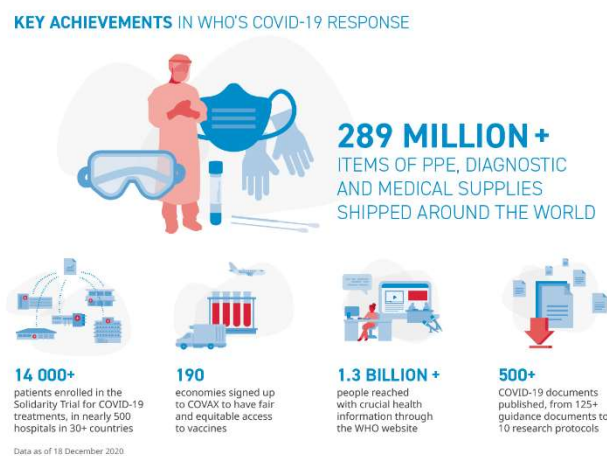
Le autorità sanitarie locali e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul finire di gennaio 2020, avvertirono della pericolosità del virus e dichiararono la trasmissibilità all'uomo invitando, pertanto, chiunque a prestare la massima attenzione e ad evitare viaggi da e per la Cina.

Il 30 gennaio 2020 il direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus, dichiarava lo stato di emergenza globale.

La situazione in Italia ad inizio 2020 sembrava piuttosto tranquilla, i casi registrati si limitavano a pochi e tutti ricollegabili allo Stato cinese. A fine gennaio si contavano positivi due turisti cinesi ricoverati allo Spallanzani e un ricercatore italiano proveniente dalla Cina, mentre uno studente proveniente da Wuhan risultava sotto osservazione per sintomi parainfluenzali. Tutti questi saranno dichiarati guariti e dimessi nel mese di febbraio, quando ancora, i positivi al di fuori della Cina risultavano essere in numero esiguo con focolai circoscritti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, fin da subito, si è attivata e mobilitata per affiancare e supportare i diversi Paesi nella lotta al Covid-19 attraverso l'emanazione di linee guida da seguire in tema di organizzazione, gestione e risposta al rapido espandersi dell'epidemia, dichiarata pandemia a partire dall'11 marzo 2020 quando tuttavia l'Italia, prima tra tutti, aveva iniziato a muoversi per contenere e limitare al massimo il diffondersi dell'infezione.

Figura 1. Key achievements in WHO's Covid-19 response



Fonte: WHO web site

I sintomi del Covid-19 variano a seconda della gravità della malattia sviluppata, talvolta i pazienti potrebbero presentarsi asintomatici oppure manifestare sintomi quali febbre, mal di gola, mal di testa, dolore muscolare e altri riconducibili alla normale influenza fino a sviluppare, nei casi più gravi, polmonite, insufficienza respiratoria, sepsi e shock settico che potrebbero risultare potenzialmente letali.

I sintomi comuni più frequenti sono febbre ≥ 37.5 °C, tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto e dell'olfatto, mal di gola e diarrea. Il periodo infettivo si stima duri 7-12 giorni o nei casi più gravi fino a due settimane.

Il contagio può avvenire in diversi modi sia direttamente che indirettamente; risulta molto importante, dunque, rispettare la distanza interpersonale di 1 metro e le raccomandazioni in merito all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e alla pulizia e disinfezione delle mani e delle superfici.

1.1.2 Primi casi e inizio circolazione del virus in Italia

Per l'Italia il 21 febbraio 2020 rappresenta la data chiave, quando viene individuato quello che verrà considerato il "paziente uno", un uomo di 38 anni residente a Codogno (LO). Nello stesso giorno emergono altri due casi di positività anche nel comune padovano di Vò Euganeo, dove si registrerà la prima morte di un uomo di 78 anni affetto da Covid-19.

L'epidemia sta dilagando velocemente, i casi accertati nel giro di pochi giorni aumentano esponenzialmente ma sono ancora riconducibili a cluster isolati che portano, come primo provvedimento, alla chiusura totale e contingente dichiarazione di "zona rossa", con divieto di entrata e uscita, di undici paesi del nord Italia: Vò Euganeo in provincia di Padova e dieci paesi del lodigiano dove si sono riscontrati i primi casi e il primo decesso da Covid-19.

Nelle settimane che intercorrono tra la scoperta del primo caso italiano e il provvedimento di chiusura totale si sono viste istituire diverse zone rosse locali che hanno bloccato dapprima la regione Lombardia e le provincie maggiormente colpite del Veneto, seguite da provvedimenti di progressiva chiusura delle attività. Il 4 marzo viene estesa la chiusura delle scuole e università, di ogni ordine e grado, come già precedentemente attuato in sei regioni del Nord Italia, a tutto il Paese.

Da lì a poco, il 9 marzo 2020, l'Italia sarebbe diventata tutta "zona rossa": si prescrive la chiusura di tutte le attività commerciali ad esclusione di quelle di prima necessità, ogni spostamento è vietato se non motivato da salute, lavoro o situazioni di urgenza.

#lorestoacasa diventa lo slogan ufficiale del decreto che viene diffuso dalle autorità e vuole sensibilizzare e responsabilizzare le persone circa l'importanza del rispetto delle regole dettate dal governo.

L'11 marzo, anche, l'OMS dichiara lo stato di pandemia globale e mette in guardia sulla pericolosità estrema del dilagare del virus da Covid-19.

Tabella 1. Principali misure messe in atto in fase di avvio pandemia

23/02/2020	Creazione della zona rossa per i primi 11 comuni
25/02/2020	Estensione di alcuni provvedimenti a sei regioni
1/03/2020	Misure distinte per diverse province/regioni
4/03/2020	Chiusura scuole e università in tutta Italia
9/03/2020	Estensione delle misure restrittive a tutta Italia
11/03/2020	Ulteriori restrizioni e chiusure esercizi commerciali

In questa prima fase il Paese risulterà diviso in tre parti: il Nord apparirà essere la zona più colpita dove si concentrerà la maggiore incidenza del virus, nelle regioni Centrali si rileverà un'incidenza intermedia e al Sud si riscontrerà una diffusione del virus per lo più contenuta e poco aggressiva.

I giorni di lockdown generale cessano a partire dal 4 maggio quando le misure restrittive iniziano ad allentarsi progressivamente, dapprima permettendo spostamenti interni al proprio territorio regionale fino poi ad aprire anche agli spostamenti tra regioni a partire dal 2 giugno. L'Italia, come annunciato, si appresta ad iniziare la cosiddetta "fase due" di convivenza con il virus e che porta a un graduale ritorno alla normalità. Progressivamente vengono riaperte le attività commerciali e viene meno il coprifuoco serale. Nel corso dell'estate la tensione si allenta notevolmente, il virus sembra essere contenuto e si apre anche alla possibilità di viaggio in Europa. Permangono isolati provvedimenti del Ministro della Salute legati all'andamento dei contagi e limitatamente a zone o attività ritenute possibili cluster.

Uno degli approcci utilizzati per valutare l'impatto dell'epidemia di Covid-19 sulla mortalità è quello di conteggiare l'eccesso di decessi per il complesso delle cause rispetto agli anni precedenti. In questa prima fase di diffusione del virus, a livello statistico, si può constatare il forte impatto avuto attraverso l'analisi dell'eccesso di

mortalità, ossia il numero di morti totale riscontrate nel corso del 2020 in rapporto allo stesso periodo del quinquennio precedente. Il bilancio si fa particolarmente pesante per le regioni del Nord Italia, che risultarono le prime zone di contagio, e in particolare il valore massimo lo si osserva in Lombardia che attesta un aumento pari al 111,8%. Seguono le altre regioni della zona dove l'aumento è stato contenuto tra il 42% e il 53%, con eccezione di Veneto e Friuli-Venezia Giulia che sono risultate le due regioni più virtuose con aumenti pari solamente al, rispettivamente, +19,4% e +9%. Nelle regioni del Centro l'incremento medio è risultato essere pari al +8,1%, con solamente il caso della regione Marche in cui si è attestata un eccesso di mortalità in crescita del 27,7%. A livello assoluto i decessi sono stati oltre 211.750, 50.957 in più rispetto alla media attestata nello stesso periodo (marzo-maggio) del quinquennio 2015-2019¹. I decessi di persone positive al Covid-19 registrati dalla Sorveglianza integrata riferiti alla prima ondata è risultato essere pari al 67% dell'eccesso totale (34.079).

1.1.3 Seconda ondata: numeri e azioni di contenimento

Dopo un'estate perlopiù tranquilla e con la curva dei contagi in discesa, l'Europa con il sorgere dell'autunno ricomincia a provare paura di fronte alla repentina crescita dei positivi al Covid-19.

A livello italiano la seconda ondata si è presentata come un vero e proprio tsunami, sconvolgendo e turbando quella ritrovata tranquillità dei mesi estivi. Già negli ultimi giorni d'estate, a causa anche di aperture e allentamenti del periodo, si era assistito all'insorgere di nuovi cluster prontamente contenuti e circoscritti, ma a partire dal mese di ottobre la situazione si è rivelata in rapido peggioramento su tutto il territorio.

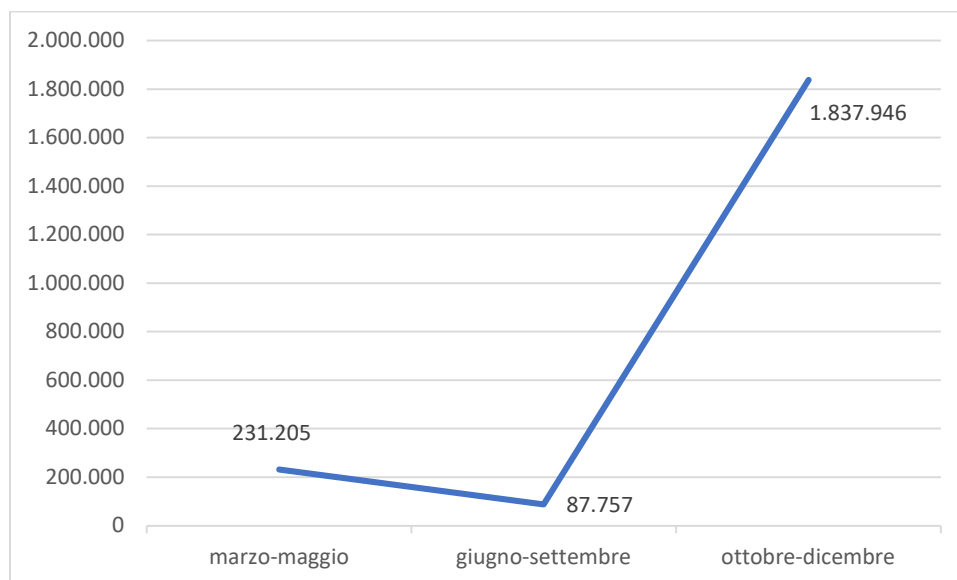
Questa seconda ondata appare mutare alcuni aspetti rilevati nel corso della prima. Per prima cosa si riscontra una diversa distribuzione dei casi tra le regioni che, seppure si mantenga l'elevata incidenza nelle regioni del Nord, si sono diffusi capillarmente sull'intera penisola.

A differenza di quanto attuato precedentemente, in questo frangente i provvedimenti contenitivi non sono stati immediati e questo ha portato a una circolazione incontrollata

¹ I dati qui citati fanno riferimento al report dell'ISS-Istat "Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-novembre 2020"

del virus tanto da toccare il picco massimo di nuovi positivi giornalieri il 6 novembre (41.373 nuovi positivi).

Figura 2. Distribuzione mensile dei casi di Covid-19 in Italia in corrispondenza della Prima Ondata, fase intermedia e Seconda Ondata. (2020)

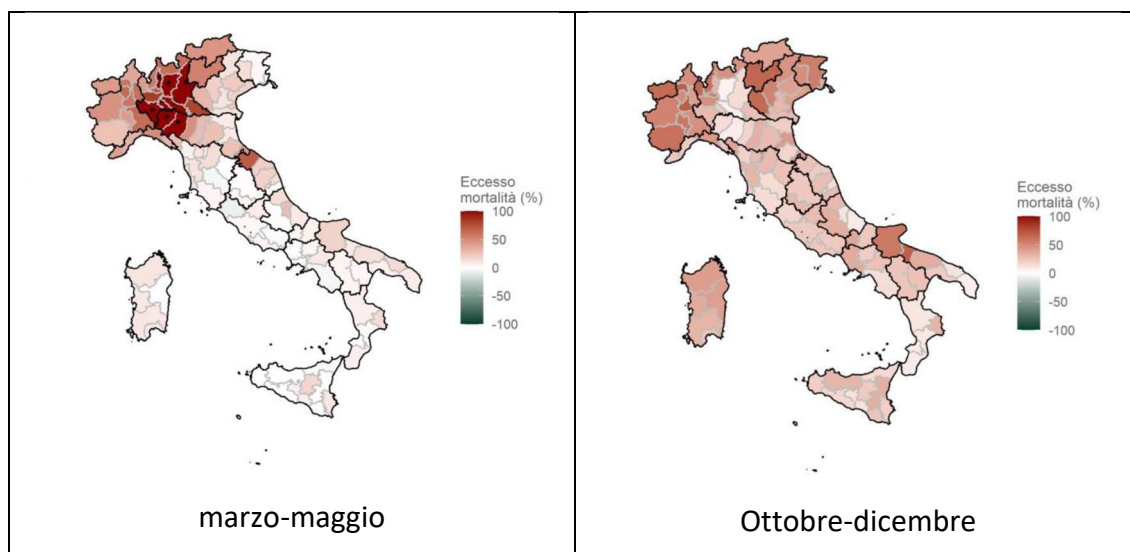


Fonte: elaborazione dati Istat, ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19 (data di estrazione dati della Sorveglianza Integrata 23 giugno 2021)

Come è evidente dalla rappresentazione grafica, la distribuzione mensile dei casi segnalati di Covid-19 ha avuto un andamento altalenante che evidenzia, però, come nel corso della seconda ondata il numero totale di casi risulti essere notevolmente superiore a quello della prima.²

² Nel valutare l'aumento dei contagi durante la seconda ondata va tenuto conto anche della modificata capacità diagnostica del virus, grazie alla maggiore disponibilità di tamponi e alle ricerche attive messe in atto dalle singole regioni.

Figura 3. Eccesso di mortalità totale rispetto alla media dei decessi 2015-2019 (valori percentuali) nelle due ondate dell'epidemia: marzo-maggio, ottobre-dicembre 2020.



Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iсс registro sorveglianza Covid-19

La figura soprastante, riportante i dati dell'eccesso di mortalità nei periodi riconducibili alle due ondate di marzo-maggio e ottobre-dicembre 2020, offre una panoramica, ulteriore, di come il virus possa essersi diffuso capillarmente in tutta la penisola. La valutazione dell'eccesso di mortalità permette di rilevare il numero di morti attestate nel periodo di riferimento a confronto di quelle dello stesso periodo avvenute nel quinquennio precedente, e seppure non evidenzi solo le morti per Covid-19 permette di valutare l'incidenza dell'epidemia in termini di decessi complessivi (per ogni causa di morte) nel territorio e nel tempo.

Con l'emergere della seconda ondata, appare chiaro come anche le regioni del Centro e Sud Italia che nella prima fase di diffusione del virus risultavano poco coinvolte, in questa seconda fase si trovino alle prese con un generale e diffuso aumento di decessi.

Sebbene spetti, ancora una volta, il primato per l'eccesso di mortalità alle regioni del Nord (+40%), allo stesso tempo aumenta notevolmente anche quello delle regioni del Centro (+24%) e del Sud (+26%). A livello assoluto, l'ultimo trimestre del 2020 conta 213.226 decessi, 52 mila in più rispetto alla media dello stesso periodo rilevata nel quinquennio precedente. Il 77% dell'eccesso totale, pari a 39.927, risulta essere dato da decessi di persone positive al Covid-19 registrati dalla Sorveglianza integrata nello stesso

periodo. Nei primi quattro mesi del 2021, si rilevano nel complesso 259.600 decessi di cui secondo i dati della Sorveglianza Integrata Covid-19 42.957 sono riconducibili al Covid-19. Se si confrontano, poi, i dati relativi ai decessi per Covid dei soli mesi di marzo e aprile rilevati nel 2021 si nota che questi si attestano pari a 20.888, inferiore rispetto al medesimo dato del 2020 quando si rilevavano 30.064 decessi. Come noto, marzo 2020 è stato il primo mese in cui gli effetti della pandemia sulla mortalità totale si sono fatti sentire, considerando i mesi di marzo e aprile 2021, dunque, sebbene si verifichi un aumento dell'eccesso di mortalità rispetto agli stessi mesi del periodo 2015-2019, si riscontra una netta contrazione dei numeri rispetto all'anno 2020. Le regioni del Nord, dove si era assistito al maggior incremento nell'eccesso di mortalità hanno riportato una contrazione nei due mesi in questione pari, rispettivamente, al -40% e -30%. D'altra parte, però, dato l'espandersi dell'epidemia le regioni nel Centro e del Mezzogiorno hanno osservato un incremento dei propri dati di eccesso di mortalità.

I provvedimenti attuati, in questa seconda fase, si sono focalizzati sulla necessità di contenere il diffondersi del contagio ma senza giungere alla drastica chiusura sperimentata nel periodo marzo-maggio. Con il DPCM del 3 novembre 2020 si divideva la penisola in tre zone: gialla, arancione e rossa. Ciascun colore veniva associato a situazioni epidemiologiche diverse, valutate di settimana in settimana, e da cui far scaturire diversi trattamenti e regole. Viene istituito, poi, su tutto il territorio nazionale un coprifuoco tra le 22.00 e le 5.00, si prescrive la chiusura dei centri commerciali durante il weekend e si attiva la didattica a distanza per le scuole superiori.

In dettaglio la zona gialla prevede possibilità di movimento all'interno dei confini regionali, la zona arancione prescrive il divieto di spostamento al di fuori dei confini comunali e la chiusura delle attività di ristorazione, mentre in zona rossa è fatto divieto di spostamento anche all'interno del proprio comune e la chiusura delle attività commerciali e di ristorazione, in aggiunta la didattica a distanza viene estesa anche alle scuole medie fatta eccezione per il primo anno.

Di seguito si elencano i principali provvedimenti intrapresi sulla scia di quello del 3 novembre che istituiva le tre diverse zone di rischio e le relative misure in atto.

Tabella 2. Principali decreti emanati durante la seconda ondata³

Dpcm 3/11/2020	L'Italia viene divisa in tre zone epidemiologiche: zona gialla, arancione e rossa.
Dpcm 3/12/2020	Estensione del divieto di spostamento tra regioni e tra comuni nelle giornate di 25/26 dicembre e 1° gennaio.
Decreto-legge 18/12/2020	Fra il 24/12 e il 6/1 prevede l'intero territorio in zona rossa nelle giornate festive e arancione in quelle prefestive.
Decreto-legge 5/01/2021	Mantenimento delle disposizioni precedenti e istituzioni di zone gialle nei giorni feriali e arancioni in festivi e prefestivi fino al 15/1. Riapertura dall'11/1 delle scuole superiori con didattica in presenza al 50-75%.
Dpcm 14/01/2021	Proroga divieto spostamento tra regioni fino al 15/2 (poi 25/2) e istituzione di una zona bianca per le aree a basso rischio, permane la suddivisione in aree di rischio. Divieto asporto per i bar dopo le ore 18.
Dpcm 2/03/2021	(in vigore dal 6/3 al 6/4) conferma del divieto di spostamento tra regioni, dal 27/3 possibilità per le zone gialle di riapertura di cinema e teatri nel rispetto delle direttive, scuole chiuse di ogni ordine e grado in zona rossa.

1.1.4 Le varianti

I virus, e in particolare, quelli a Rna come i coronavirus possono con il passare del tempo mutare il loro genoma. Un virus con una o più mutazioni viene detto *variante*. Il Covid-19, proprio perché tale ha avuto con il passare del tempo mutazioni più o meno preoccupanti ed ha sviluppato delle varianti che suscitano, nel mondo scientifico, una certa preoccupazione per le loro caratteristiche ancora ignote.

Tuttavia, mentre la maggior parte di queste varianti non ha un impatto significativo, alcune suscitano particolare preoccupazione e interesse da parte del mondo scientifico perché nella mutazione intercorsa potrebbero aver acquisito caratteristiche particolari

³ Per ulteriori approfondimenti si rimanda al testo integrale pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

quali ad esempi una maggiore trasmissibilità o patogenicità responsabile di forme più gravi di malattia o anche resistenza all'immunità acquisita dall'individuo.

Finora sono state identificate in tutto il mondo moltissime varianti oggetto di analisi e monitoraggio da parte degli esperti dell'OMS, in modo tale da poter avvertire tempestivamente i Paesi dell'insorgere di queste mutazioni del virus.

In particolare, poi, tre sono le varianti che circolano nel nostro Paese e che stanno destando una certa preoccupazione e sono: la variante cosiddetta *inglese*, quella cosiddetta *africana* e quella cosiddetta *brasiliiana*. Queste tre risultano essere le più diffuse e quelle da monitorare, tuttavia i dati e le ricerche non sono riusciti ancora a comprendere l'effettiva gravità sebbene tutte e tre sembrano essere caratterizzate da una maggiore trasmissibilità.

In Italia la variante maggiormente diffusa risulta essere quella cosiddetta *inglese*, tanto che negli ultimi mesi sta diventando prevalente tra i casi di positività al Covid-19. Secondo uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, con il supporto della Fondazione Bruno Kessler e in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome, in Italia al 18 febbraio 2021 la prevalenza della variante *inglese* del virus era pari al 54%, con valori oscillanti tra le singole regioni tra lo 0% e il 93,3%, mentre per quella *brasiliiana* era del 4,3% e per quella *africana* dello 0,4%.

Gli studi affrontati finora, tuttavia, sembrerebbero mostrare che tutti i vaccini presenti in Italia risultino efficaci contro la variante inglese, mentre sono in atto studi per dimostrare l'efficacia dei vaccini contro le altre due varianti.

1.1.5 Piano vaccinale

Dal momento in cui si è individuato la sequenza genetica del virus SARS-CoV-2, scienziati e industrie di tutto il mondo hanno iniziato a lavorare per l'individuazione di un vaccino efficace contro il virus del Covid-19 a protezione dell'intera collettività. Le ricerche sono state parecchie, in ogni parte del mondo, e hanno portato alla creazione di una serie di sieri in grado di sviluppare una risposta immunitaria nell'individuo tale da neutralizzare il virus. Attualmente, in Italia, sono stati autorizzati tre vaccini e si sta provvedendo alla somministrazione alla popolazione.

La vaccinazione, completamente gratuita, consiste nella somministrazione di due dosi a distanza di almeno 20 giorni l'una dall'altra con lo scopo di proteggere la popolazione stessa dall'insorgere del virus e raggiungere al più presto la cosiddetta immunità di gregge. L'immunità di gregge non è altro che quel meccanismo che si instaura all'interno di una comunità per cui se la maggioranza delle persone risulta vaccinata si rallenta la diffusione del virus e quindi, di conseguenza, si proteggono anche coloro che non possono sottoporsi a vaccinazione. I Paesi membri EU, attraverso questa campagna massiva di vaccinazioni vogliono proprio raggiungere questo status grazie al quale poter frenare al massimo la diffusione del virus.

La vaccinazione è iniziata ufficialmente in Italia ed Europa il 27 dicembre 2020 con il cosiddetto *Vaccine Day*.

In Italia, il Ministro della Salute ha presentato il 2 dicembre 2020 al Parlamento le linee guida per il Piano Strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2 e l'8 febbraio 2021 è stato pubblicato l'aggiornamento delle categorie e l'ordine di priorità per la vaccinazione. La campagna vaccinale ha preso avvio, in un primo momento, vista la scarsità delle dosi disponibili, con l'identificazione delle categorie con priorità quali quelle degli operatori sanitari e sociosanitari, residenti e personale delle Rsa per anziani. Seguono in ordine di priorità le persone con più di 80 anni e tutti coloro maggiormente vulnerabili perché affetti da una patologia che comporta rischio elevato di sviluppare forme gravi o letali di Covid-19. Con il progressivo aumento di dosi disponibili si allargherà la platea di beneficiari anche a persone tra i 18 e 55 anni, iniziando da coloro appartenenti a particolari categorie quali insegnanti, forze armate e di polizia, personale e detenuti delle carceri.⁴

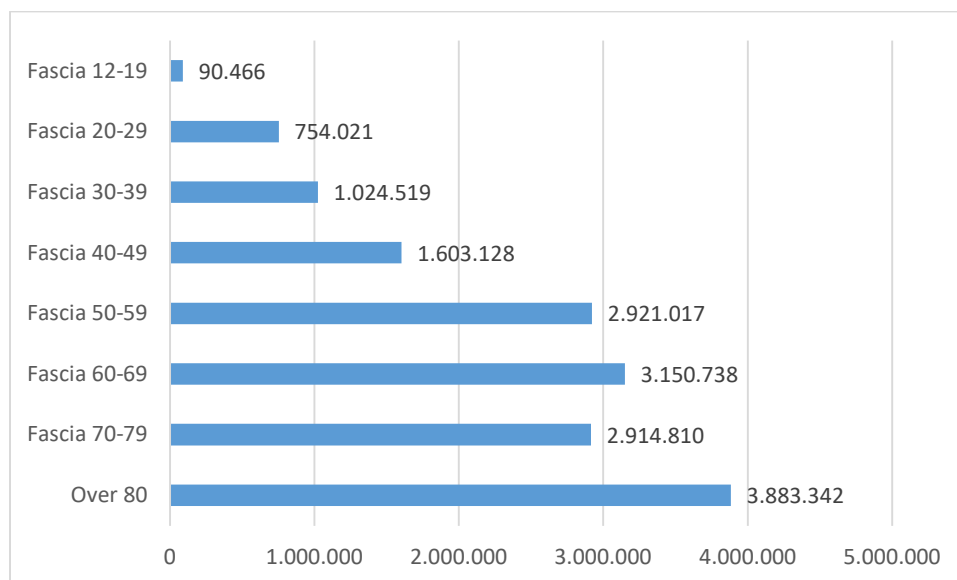
Attualmente i vaccini autorizzati dall'Agenzia Europea per i medicinali e dall'Agenzia Italiana del Farmaco sono tre, due vaccini anti Covid a m-RNA che sono Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty) e COVID-19 Vaccine Moderna mRNA -1273, e due vaccini a vettore virale che sono Vaxzevria e COVID-19 Vaccine Janssen⁵.

⁴ Le categorie di persone e l'ordine di priorità nella vaccinazione sono state aggiornate e sono contenute nel documento *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*. Per ulteriori informazioni consultare il Piano Strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/Covid-19.

⁵ Per approfondimenti si consulti la pagina dell'AIFA dedicata ai vaccini anti Covid-19 all'indirizzo <https://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19>

In Italia, al 23.06.2021, risultano vaccinate 16.342.091 persone (rientrano nel computo solo coloro che hanno completato il ciclo di vaccinazione) pari al 30,26% della popolazione over 12, con un totale di somministrazioni pari a 47.166.788.

Figura 4. Somministrazioni vaccini per categoria, dato al 23/06/2021.



Fonte: Covid-19 Opendata Vaccini

1.2 L'Italia e il virus

Come già analizzato nei paragrafi precedenti, la diffusione e l'impatto del virus da Covid-19 non si è presentata, perlomeno in un primo momento, uniforme sul tutto il territorio nazionale. All'interno della Penisola si è quindi assistito a diverse manifestazioni di lotta al virus che hanno fatto emergere differenze territoriali. Tuttavia, le linee guida generali rimangono di carattere nazionale e comuni a tutto il Paese. Nel proseguo si provvederà, dunque, ad una disamina dei diversi modelli organizzativi di risposta al virus messi in atto dalle singole regioni e di come a livello nazionale si potesse intervenire per anticipare e non farsi cogliere alla sprovvista allo scoppiare dell'epidemia.

1.2.1 La risposta a livello nazionale e regionale del SSN

Con il diffondersi del virus e al dilagare dei contagi, inevitabilmente, il primo settore chiamato a intervenire fu il sistema sanitario che si trovò inizialmente a individuare,

isolare e curare i pazienti e allo stesso tempo a fronteggiare una crisi data dalla mancanza di dispositivi di protezione individuale e di personale che si andava ad ammalare. Se dal lato politico, il governo era impegnato nell'emanare norme che bloccassero e contenessero il contagio il più possibile, il SSN nel suo complesso e tutto il personale si trovava "al fronte" a dover fronteggiare una malattia totalmente nuova e per cui non si era preparati, talvolta senza indicazioni precise di comportamento e senza disponibilità di locali e dispositivi di protezione indispensabili per evitare il contagio. Gli ospedali in breve tempo si sono ritrovati sovraffollati e senza più dispositivi di protezione individuale da elargire ai propri lavoratori. L'impatto è stato forte e inevitabilmente disastroso tanto da contare numerosi morti tra gli stessi operatori sanitari.

Tuttavia, per effetto dell'organizzazione sanitaria italiana⁶, le regioni, pur seguendo le direttive impartite dal ministero, si sono organizzate e hanno messo in atto modelli di gestione dell'emergenza leggermente diversi tra loro. I differenti approcci sono stati evidenti soprattutto durante la prima ondata quando la conoscenza del virus e della sua contagiosità erano ancora limitate e talvolta sottovalutate.

All'emergere della crisi sanitaria legata alla diffusione del virus, il governo ha emanato come linee guida alle singole regioni la necessità di riorganizzare l'intera rete ospedaliera con particolare attenzione anche alle cure intermedie e territoriali. L'indicazione impartita a livello centrale consisteva, sostanzialmente, in un invito alle regioni a predisporre canali di cura esclusivi riservati ai pazienti Covid-19 e la creazione di nuovi posti letto grazie a riconversione di strutture o creazione ex-novo di spazi consoni per i pazienti stabilizzati ma non ancora negativizzati. In aggiunta al rafforzamento ospedaliero veniva prevista anche la creazione di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) che si sarebbero occupate del controllo e della cura dei pazienti in isolamento domiciliare. Fin da subito, però, sebbene le indicazioni del governo centrale, appare evidente una diversa strategia di risposta al virus. Da un lato si ebbero regioni che si concentrarono su un uso massivo degli ospedali⁷, e altre che

⁶ In Italia, come già visto precedentemente, vige un sistema basato sul federalismo tale per cui ogni regione si occupa dell'organizzazione delle proprie strutture e dei servizi erogati.

⁷ Si veda poi il caso della Lombardia

invece concentrarono i loro sforzi nella cura domiciliare dei pazienti non gravi aumentando la rete di assistenza territoriale⁸.

Tuttavia, con il trascorrere delle settimane si è assistito ad una progressiva stabilizzazione del sistema che ha portato alcune regioni a modificare leggermente il modello organizzativo implementato in una prima fase, e ciò ha fatto emergere un'ulteriore modalità di contrasto al virus basata su una gestione combinata ospedale-territorio.

Il primo modello emerso è stato quello della gestione in gran parte ospedaliera che si basava prevalentemente su una minore incidenza di tamponi e una ospedalizzazione dei positivi molto elevata. Il secondo modello emerso, invece, risulta essere opposto a quello appena trattato. Infatti, questa seconda struttura organizzativa si focalizzava su un alto numero di tamponi, anche su persone asintomatiche o paucisintomatiche, e un minore ricorso all'ospedalizzazione per i casi non gravi con contestuale aumento dei posti in terapia intensiva. Il terzo modello emerso si pone intermedio rispetto ai primi due, focalizzandosi su un'incidenza di tamponi superiore alla media nazionale ma limitata ai sintomatici, un aumento dei posti in terapia intensiva ma una ospedalizzazione intermedia con crescente propensione alla cura a domicilio dei malati non gravi.

⁸ Si veda poi il caso del Veneto

Tabella 3. Suddivisione delle regioni in base al modello di risposta adottato

Gestione prevalentemente ospedaliera	Gestione combinata ospedale-territorio	Gestione prevalentemente territoriale
Lombardia Liguria Lazio (prima fase) Piemonte (prima fase) Basilicata Sicilia (prima fase) Umbria	Emilia-Romagna Marche Lazio Piemonte Toscana Valle D'Aosta Calabria Sicilia Campania	Veneto PA Trento PA Bolzano Friuli-Venezia Giulia Puglia Molise Abruzzo Sardegna

Fonte: <https://altems.unicatt.it/altems-attivita-di-ricerca-instant-report-fase-1-2020-analisi-dei-modelli-organizzativi-dirisposta>

L'epidemia Covid-19 ha dato, poi, un notevole impulso all'uso della telemedicina che seppure già prevista e integrata all'interno delle linee di indirizzo era stata fino ad ora circoscritta a progetti specifici o attività di ricerca. In tema Covid-19, invece, tali pratiche si sono rilevate vincenti per poter seguire e supportare il paziente nei periodi di malattia e, così, ridurre il rischio di diffusione del contagio. Nelle prime settimane le soluzioni di telemedicina erano rivolte solo a pazienti Covid ma poi nel corso dell'emergenza sono state implementate anche a favore di pazienti fragili o affetti da altre patologie che richiedessero assistenza e supporto costante che in situazione di emergenza non potevano essere assicurate in presenza.

Con il passaggio dalla prima alla seconda ondata, le differenze in tema di organizzazione sanitaria si sono andate assottigliando portando un graduale riallineamento dell'utilizzo degli ospedali e delle pratiche di cura a domicilio. L'evoluzione, così realizzata ha permesso la gestione del numero ingente di malati della seconda ondata che si è presentato notevolmente superiore rispetto alla prima fase.

1.2.2 *Avvisaglie e piano pandemico mancante*

L'epidemia di Covid-19 era prevedibile?

Questa domanda ha riecheggiato a lungo nelle menti delle persone, e se questo terremoto fosse o meno prevedibile forse non lo si saprà mai, ma di sicuro nella storia ci sono state delle avvisaglie e delle pubblicazioni dalla voce premonitrice. A tal proposito, allo scoppio della pandemia hanno destato alquanto scalpore le dichiarazioni del giornalista scientifico David Quammen che nel suo libro *Spillover*, già nel 2012, aveva previsto una pandemia che sarebbe stata causata da un coronavirus e avrebbe avuto le parvenze di un'influenza ma ad alta infettività.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità disponeva, durante la sua 58° Assemblea, nel 2005, la necessità che ogni stato membro si dotasse di un piano nazionale di risposta ad emergenze sanitarie secondo linee guida impartite dall'organizzazione stessa. Nel 2013, durante la 66° Assemblea generale dell'Oms, il segretario generale rimarcava come rimanesse alta la minaccia dell'insorgere di malattie a tendenza pandemica.⁹ In seguito all'epidemia di Ebola venne istituito l'High-level Panel on the Global Response to Health Crises che nel febbraio 2016 ha pubblicato un rapporto dal titolo *Protecting humanity from future health crises* nel quale si avvertiva il pericolo dell'insorgere di epidemie e pandemie estese e la diffusa impreparazione e sottostima del pericolo da parte delle autorità sanitarie. Il rapporto raccomandava agli stati la predisposizione di un sistema di intervento rapido al verificarsi di situazioni gravi e improvvise. Il lavoro della Task Force ha stimolato l'Organizzazione Mondiale della sanità e la Banca Mondiale a incentivare la creazione del *Global Preparedness Monitoring Board*¹⁰, GPMB, organo indipendente preposto a sollecitare la preparazione di piani in caso di crisi sanitarie globali.

Lo stesso GPMB nel suo rapporto annuale 2019 è apparso quasi premonitore, nelle quali pagine trapela in modo esplicito il rischio imminente di una pandemia e come fosse necessario accelerare nella preparazione e predisposizione di un protocollo di azioni per far fronte all'insorgere di emergenze sanitarie. La preparazione alle emergenze risulta, dunque, essere un'azione chiave per permettere un miglioramento sanitario e una

⁹ In questo caso il segretario generale faceva riferimento a quanto evidenziato dall'allora recente epidemia di Sars e influenza aviaria.

¹⁰ Il GPMB è composto da leader politici, direttori di agenzie ed esperti a livello mondiale.

maggior fiducia da parte della popolazione, diventando la chiave per un miglioramento globale. Quel rapporto si chiudeva poi, indicando le sette azioni urgenti da mettere in atto contro l'emergenza sanitaria.¹¹

A settembre 2020, poi, GPMB ha redatto un report intitolato *A World in Disorder*, all'interno del quale viene messa in luce l'estrema incapacità dei Paesi ad affrontare una pandemia a livello globale proprio come quella verificatasi di Covid-19. Il precedente secolo ha creato numerosi sviluppi e innovazioni che hanno portato un miglioramento nelle condizioni di vita, ma tutto ciò ha prodotto estrema vulnerabilità tanto che la crescita della popolazione, e la mobilità sono state tra i principali fattori di espansione del virus.

Sebbene le premesse e le prescrizioni dell'OMS, l'Italia come si presentava alla vigilia di quella che sarebbe diventata una tra le peggiori pandemie globali? Lo Stato, ha inizialmente accolto le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che a inizio anni Duemila, sull'esperienza di fenomeni endemici, aveva auspicato da parte degli stati membri una collaborazione nella stesura di un piano pandemico e nel 2007 ha emanato il *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, tuttavia il piano così costruito nel corso degli anni, sebbene ne sia stato esplicitamente prescritto l'aggiornamento, non è mai stato rivisto e integrato sull'esperienza delle nuove epidemie. L'aggiornamento del piano, dunque, diventa non soltanto un obbligo ma un atto dovuto perché in esso sono contenute indicazioni e azioni che se non opportunamente valutate e aggiornate possono sortire l'effetto contrario. Dunque, anche per il nostro Paese l'ipotesi di una pandemia influenzale era prevista ma forse non si era pronti sul piano organizzativo e tecnico nella lotta al dilagare dei contagi.

Tecnicamente l'ultima revisione al nostro piano pandemico è avvenuta nel 2010, e qui non ci soffermeremo su chi poi avesse dovuto provvedere all'aggiornamento, tuttavia da tempo l'OMS mette in guardia sul possibile arrivo di una pandemia influenzale e recentemente, nel 2018, emanava anche una guida pratica per testare i piani pandemici. Tecnicamente il piano si struttura in sei fasi pandemiche che vanno dal periodo interpandemico che prevede il monitoraggio di eventuali virus non ancora trasmessi tra umani, la fase di allerta pandemica che si ha nel momento in cui viene isolato un virus e

¹¹ Per approfondimenti si faccia riferimento al rapporto *A World at Risk*, GPMB, 2019

vi sono dei piccoli cluster circoscritti o più estesi ma con diffusione localizzata, periodo pandemico con aumentata diffusione e, infine, il periodo post pandemico. Nel caso italiano è evidente come i vari passaggi siano stati disattesi e ci si sia ritrovati ad inseguire il virus senza aver predisposto dei protocolli di contrasto. In particolare, è emerso fin da subito come, sebbene le avvisaglie, sia stata completamente disattesa la fase interpandemica che avrebbe dovuto curare l'approvvigionamento di dispositivi di protezione individuale da assicurare agli operatori sanitari per evitare il diffondersi del contagio. Forse tutto questo è stato determinato da una iniziale sottovalutazione della gravità del virus e della sua contagiosità, tanto da non far mettere in moto la macchina organizzativa. Si è registrato, dunque, a livello generale il totale fallimento del piano pandemico nazionale, che non solo non è stato in grado di assicurare le opportune attrezzature ma ha disatteso anche le aspettative circa la creazione di protocolli e percorsi di cura ad hoc per i pazienti.

A gennaio 2021 si è approvato il nuovo piano pandemico influenzale 2021-2023 che individua, facendo tesoro dell'esperienza del Covid, le azioni chiave, i ruoli e i responsabili del SSN nella risposta a una pandemia influenzale futura.

L'obiettivo generale del Piano Pandemico Influenzale è quello di aumentare la preparazione, preparedness, nella risposta a una possibile futura epidemia influenzale in modo tale da proteggere la popolazione, limitando il numero dei casi e i decessi, preservare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto riducendo anche l'impatto che il virus potrebbe avere sulle strutture e servizi sanitari e allo stesso tempo salvaguardare il funzionamento delle attività economiche e sociali.

1.2.3 Azioni di contenimento messe in atto e numeri della pandemia

Complessivamente, il governo italiano è intervenuto, al fine di limitare il dilagare dei contagi da Covid-19, con provvedimenti che in primis avessero lo scopo di limitare il più possibile il contatto sociale ed evitassero la creazione di assembramenti di persone tali da facilitare l'azione del virus. Tuttavia, con l'esperienza, ha modificato la sua linea e se a marzo venivamo rinchiusi in casa allo slogan #andràtuttobene, con l'emergere della seconda ondata ci si è focalizzato su chiusure selettive mirate a contenere i contagi

laddove la situazione risultava essere più critica evitando chiusure generalizzate dell'intera penisola.

Nel momento in cui si scrive la preoccupazione è in crescita, i contagi sembrano dilagare e aumentare rapidamente in pochi giorni, ma c'è anche la prima zona bianca d'Italia: la Sardegna.

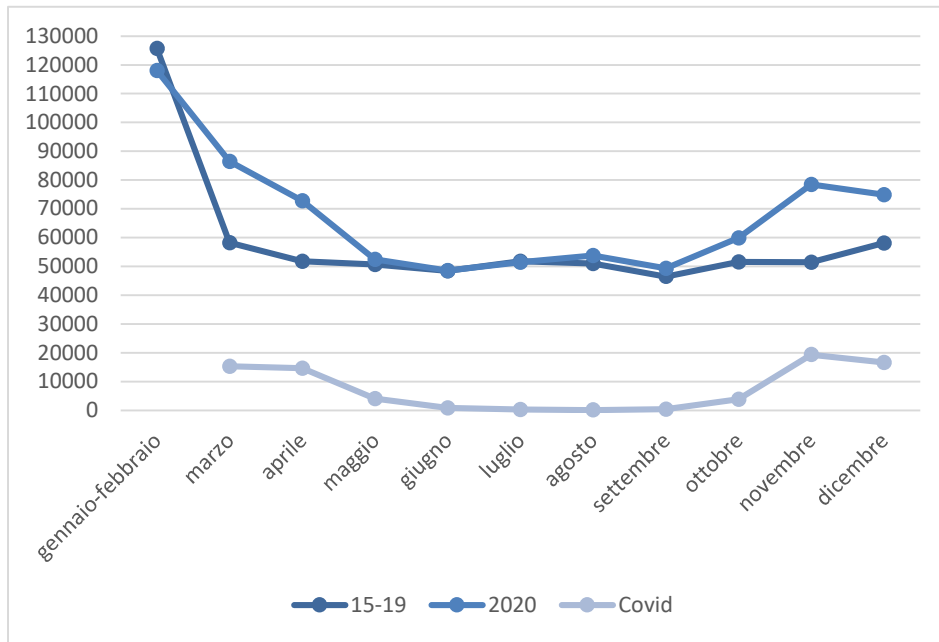
La regione Sardegna, prima fra tutte, viene dichiarata zona bianca a partire da lunedì 1° marzo 2021; la classificazione "bianca" permette una ripartenza graduale e il venir meno della chiusura dei ristoranti la sera e delle restrizioni pur sempre nel rispetto e con l'obbligo di utilizzo dei DPI e il mantenimento della distanza interpersonale di sicurezza pari almeno a un metro. L'esperienza della zona bianca, tuttavia, è durata poco e a partire dal 22 marzo anche questa regione è tornata a colorarsi di arancione, e da allora nessun'altra regione è stata classificata come "bianca".

In conclusione, complessivamente il totale dei decessi avuti nel corso del 2020 per il totale delle cause è stato il più alto dal secondo dopoguerra e pari a 746.146 morti. Lo scenario di diffusione del virus ha visto il susseguirsi di tre fasi: il periodo marzo maggio 2020 cosiddetta *prima ondata*, il periodo giugno-settembre cosiddetta *fase di transizione* e il periodo a partire da ottobre cosiddetta *Seconda ondata*.

Rispettivamente nella prima fase si ebbe una rapida diffusione dei contagi e dei decessi concentrati prevalentemente nel Nord Italia, nella seconda fase la diffusione è risultata molto contenuta e, infine, durante la seconda ondata si rileva nuovamente un aumento di casi.

Nel grafico sottostante si riporta la curva dei decessi totali verificatisi nel 2020 a confronto di quelli rilevati nello stesso periodo durante il quinquennio 2015-2019 che mostra come vi siano stati dei picchi in corrispondenza del verificarsi delle due ondate di infezione. Si riporta, anche, l'andamento dei decessi per Covid-19 rilevato dal Sistema di sorveglianza integrata Covid-19 dell'Istituto Superiore di Sanità.

Figura 5. Decessi totali 2020 confrontati con la media 2015-2019 e decessi totali Covid



Fonte: elaborazione dati Istat e ISS

1.3 Lo scenario di diffusione della pandemia di Covid-19

Lo scenario di diffusione dell'epidemia da coronavirus sappiamo aver disegnato una geografia molto varia e disarticolata di espansione del virus. Soprattutto in Italia, uno dei primi Paesi colpiti, sono emerse numerose disomogeneità interne nel numero dei contagi a seconda delle diverse zone, disomogeneità che si è poi riappianata con l'insorgere della cosiddetta seconda ondata, a partire da ottobre 2020, quando i contagi sono risultati distribuiti in modo capillare sull'intera Penisola.

L'Istituto nazionale di statistica (Istat) congiuntamente all'Istituto Superiore di Sanità (Iss) ha presentato un'analisi della mortalità totale dell'anno 2020 e dei soggetti positivi al Covid-19 deceduti. Questa ricerca permette di fare il punto sulle principali caratteristiche dell'epidemia in relazione all'andamento dei decessi letti alla luce delle zone di residenza e dell'arco temporale in cui è avvenuto il decesso.

L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di coordinare la Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19.

Si è ritenuto, nella stesura dell'elaborato, visto il veloce espandersi dell'epidemia, di effettuare l'analisi dei dati dell'anno 2020, con solo qualche accenno all'inizio del 2021, con lo scopo di avere un insieme di dati il più possibile consolidato.

Nel nostro Paese, nell'arco temporale che va dal 20 febbraio 2020, data di individuazione del primo paziente positivo, al 31 dicembre 2020 sono stati notificati dal Sistema di Sorveglianza Integrato 2.105.738 casi positivi di Covid-19.

Nell'evoluzione generale dell'epidemia si possono individuare tre fasi, riconducibili a determinati periodi temporali, così classificate: la prima da marzo a maggio viene detta Prima Ondata, la seconda corrispondente alla stagione estiva (giugno-settembre) viene detta Fase di Transizione e infine la terza a partire dal mese di ottobre detta Seconda Ondata. Ciascuna di queste tre fasi ha presentato delle caratteristiche di diffusione dell'infezione da coronavirus differenti che possono essere lette anche dall'analisi dei numeri.

La cosiddetta Prima Ondata ha contato un numero di pazienti positivi al virus pari a 227.972, la diffusione dei casi e dei decessi era rapida e localizzata soprattutto nelle regioni del Nord Italia¹². Nel totale di casi positivi ben 182.428 sono localizzati nelle regioni del Nord Italia, pari all'80% del valore complessivo. Nell'area del Centro e Mezzogiorno i casi positivi notificati sono stati rispettivamente 25.023 e 20.521. Appare evidente, dunque, un certo sbilanciamento del fenomeno tra le diverse aree del Paese. La Fase di Transizione, invece, corrisponde a un momento di temporaneo abbassamento del numero dei casi notificati che si attestano pari a 84.432 circa un terzo di quelli della fase precedente. Con il finire dell'estate, tuttavia, si è iniziato a vedere l'insorgere di nuovi focolai che hanno portato, a partire dalla fine di settembre/inizio ottobre, al sopraggiungere di una Seconda Ondata.

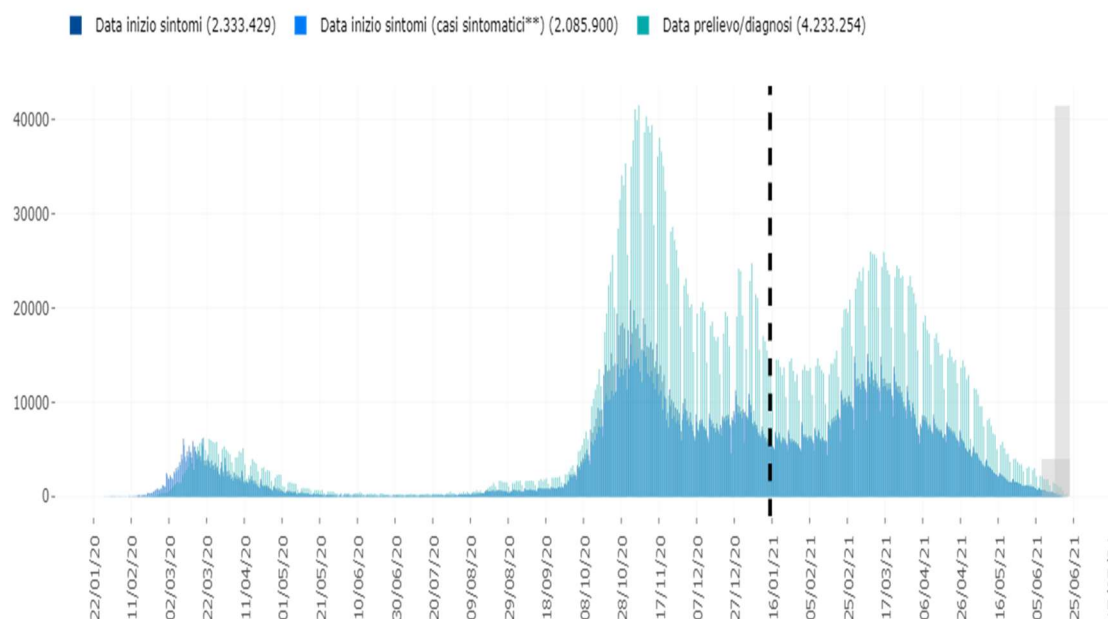
Con il finire di settembre e l'inizio di ottobre, infatti, i casi hanno iniziato ad aumentare a ritmo sostenuto tanto da portare all'adozione di ordinanze specifiche per il contenimento del rischio epidemiologico. Complessivamente i casi di pazienti positivi al Covid-19 notificati in questo periodo risultano essere 1.719.673, ben di più rispetto alla fase iniziale sebbene si debba tenere presente che anche la capacità diagnostica, nei

¹² Si assume come ripartizione quella individuata dall'Istat e così articolata, Nord: Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Emilia Romagna; Centro: Toscana, Marche, Umbria e Lazio; Mezzogiorno: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

mesi trascorsi, sia mutata e sia risultata più efficiente e in grado di individuare un maggior numero di casi.

Figura 6. Casi di Covid-19 diagnosticati in Italia per data prelievo/diagnosi. Dato aggiornato al 23/06/2021.

Nota: i dati più recenti devono essere considerati provvisori



Fonte: ISS Sorveglianza integrata Covid-19.

A livello geografico, si mantiene inalterata la distribuzione dei casi ma aumentano sostanzialmente quelli del Centro e Mezzogiorno, pur rimanendo maggiormente concentrati nell'area Nord. In quest'ultima, infatti i positivi al Covid-19 sono stati 1.035.676, mentre al Centro se ne sono contati 310.097 e nel Mezzogiorno 445.900. Il 58% dei casi rimane, anche in questa fase, concentrato nelle regioni del Nord ma si nota una crescita dell'incidenza anche al Centro e nel Mezzogiorno dove si rileva un aumento che va nel Centro dall'11% al 17% e nel Mezzogiorno dal 9% al 25%.

A ben guardare i dati della Sorveglianza integrata Covid-19 distribuiti per regione si nota come durante la prima ondata circa il 71% dei casi di positività si sia riscontrato nelle quattro regioni del Nord: Veneto, Lombardia, Piemonte e Emilia-Romagna.

Uno degli approcci più utilizzati per stimare l'impatto di una epidemia sulla mortalità consiste nel conteggiare l'eccesso di mortalità per il complesso delle cause. Valutando,

con questo approccio, l'impatto dell'epidemia di Covid-19 si potrà evidenziare l'andamento complessivo dei decessi nel corso dell'anno 2020 rispetto alla media rivelata nel periodo 2015-2019.

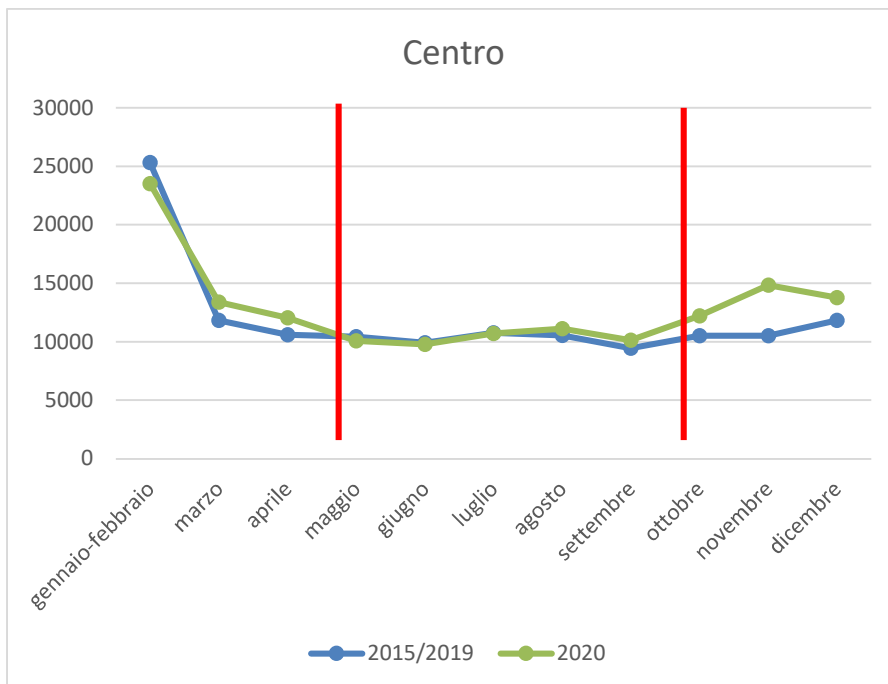
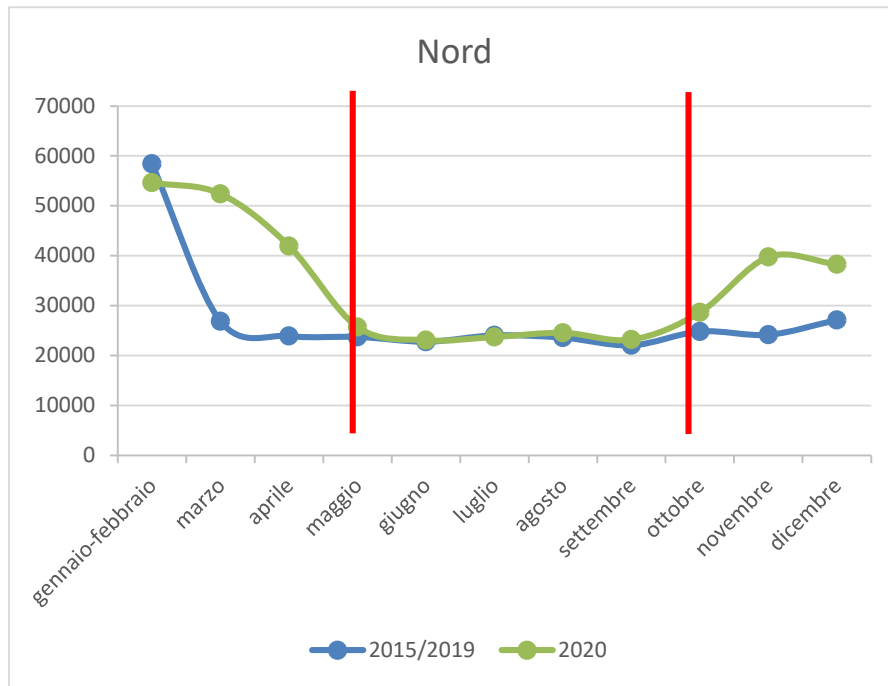
Le regioni del Nord Italia hanno, complessivamente, contato 120.138 decessi nel corso della prima ondata del coronavirus mentre, nel medesimo periodo del quinquennio precedente, se ne contavano 74.596 con un aumento netto pari a 45.542 (+ 61%). In particolare, nella zona si è avuto un picco nel mese di marzo in cui si è assistito ad un aumento dei decessi pari al 95%. Contestualmente i dati rilevati al Centro, così come per l'andamento dei contagi, attestano 35.506 morti rispetto alle 32.833 del periodo 2015-2019, segnando un aumento percentuale di decessi pari all'8%. Nel Mezzogiorno, poi i decessi verificatisi nel corso del 2020 sono stati 56.106, in numero maggiore rispetto al territorio del Centro, rispetto ai 53.364 del periodo di riferimento precedente, pari a un aumento percentuale del 5,1%.

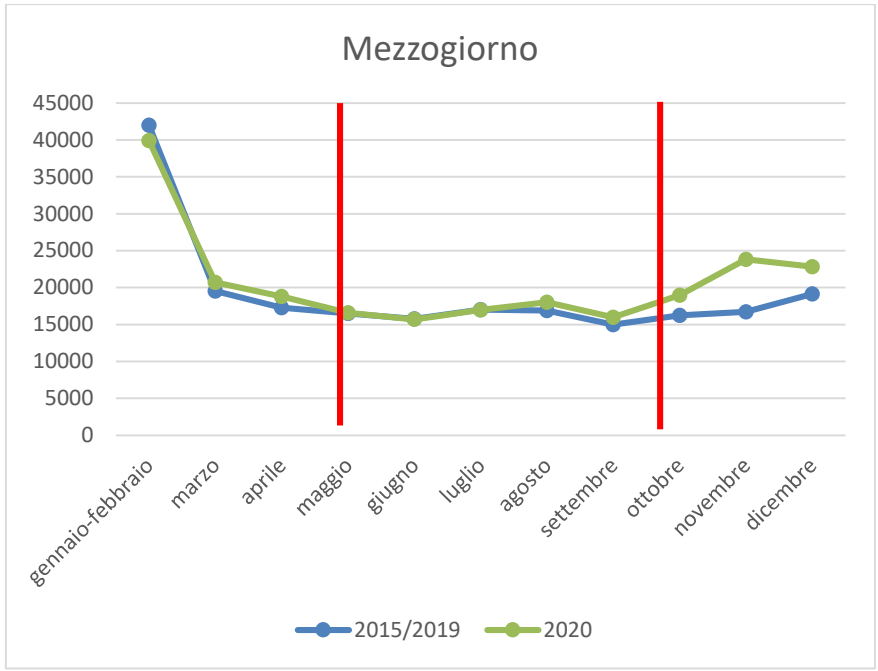
Il periodo estivo ha significato per tutta la Penisola un momento di contrazione dei contagi che si sono presentati in discesa in tutte le regioni d'Italia. Con il sorgere dell'autunno, a partire dalla fine di settembre/inizi di ottobre la curva dei contagi è tornata a crescere rapidamente.

In corrispondenza della seconda ondata l'area Nord del Paese ha contato un totale di decessi pari a 106.749 contando un aumento netto pari a 30.481 rispetto alla mortalità rilevata nel quinquennio precedente pari a 76.268 (+40%). Al Centro i decessi del 2020 sono stati 40.815 rispetto alla media di 32.859 degli anni 2015-2019, aumentando del 24%. Infine, nel Mezzogiorno i decessi relativi alla seconda ondata sono stati 65.662, 24% in più rispetto al valore medio dei decessi del periodo 2015-2019 (52.058).

Figura 7. Curva dei decessi per ripartizione geografica, valutazione eccesso di mortalità tra media del quinquennio 2015-2019 e anno 2020.

Fonte dati: Istat





2. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: NASCITA E ORGANIZZAZIONE

In Italia, come in molti altri paesi europei, il diritto alla salute non è sempre stato tutelato e assicurato a tutta la popolazione in maniera universale e senza discriminazioni. Per lungo tempo tale tutela rimase garantita attraverso quel sistema corporativo delle casse mutue, sorte in età liberale, e operanti esclusivamente nei confronti dei lavoratori, ad esse iscritte, per assicurargli assistenza in caso di malattia o infortunio. Sul finire del secondo dopoguerra si inizia ad avvertire, anche in Italia, la necessità di riformare il sistema così frammentato e che affidava allo Stato competenze solo residuali in materia. Questa organizzazione inizia a sgretolarsi a partire dagli anni '60 con interventi successivi che portarono allo scioglimento delle mutue e alla progressiva assunzione in mano pubblica della gestione dei servizi e delle strutture sanitarie.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nasce in ottemperanza alla legge n° 833 del 23 dicembre 1978 firmata dal ministro Anselmi. Il sistema, ivi definito e ancor oggi in essere, racchiude i caratteri di universalità e uguaglianza ed è finanziato attraverso la fiscalità generale su modello alla Beveridge.¹³ La salute, dunque, diventa un diritto, già prescritto dalla Costituzione italiana all'art. 32, e come tale lo Stato è obbligato a fornire tutte le prestazioni e i servizi necessari per tutelarla senza limitazione alcuna. Tale concezione di salute non è stata sempre così come la intendiamo noi ora, né è, tuttora, così in tutto il mondo in quanto vi sono Stati all'interno dei quali la salute è, al pari di un bene economico, garantita solamente attraverso il pagamento di una assicurazione tale da escludere tutti coloro che ne sono privi.

*“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle **funzioni**, delle **strutture**, dei **servizi** e delle **attività** destinati alla **promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica** di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino **l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.**” [art. 1 l. 833/1978]*

La legge istitutiva, all'articolo 1, fissa e delinea la complessità e grandiosità del SSN così architettato, individuandolo come l'insieme di funzioni, servizi e attività volte al

¹³ Il modello teorizzato da Beveridge, conosciuto come universalistico, si basa sull'idea che la salute sia un diritto sociale da assicurare a tutta la popolazione.

mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione in un'ottica di universalità ed egualitarismo senza pari. Quanto enunciato all'art. 1 della relativa legge, perfettamente si allinea alla definizione di salute che, rilasciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1948, la definiva come *uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia*.

Dalla sua istituzione e tutt'oggi, il SSN italiano si basa su tre pilastri fondamentali: uguaglianza, universalità e equità.

L'universalità, concetto che richiama la nuova idea di tutela della salute da estendersi a tutta la popolazione del Paese senza distinzione alcuna. Questa rappresenta il punto di partenza: la salute diventa un bene collettivo e non soltanto individuale. Nella pratica il principio dell'universalità viene implementato attraverso le attività indicate all'art. 1 di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica attraverso le strutture presenti sul territorio nazionale.

Uguaglianza: tutti, indistintamente, devono accedere alle prestazioni del SSN senza discriminazioni economiche, sociali o individuali.

Equità, principio fondamentale che vuole eliminare qualsivoglia discriminazione nell'accesso alle cure prescrivendo pari accesso al trattamento a parità di bisogno.

Ai principi istitutivi si affiancano, non meno importanti, quelli organizzativi che ripartiscono il governo dell'intero sistema tra lo Stato, responsabile della determinazione dei livelli essenziali di assistenza, LEA, e le regioni che organizzano le prestazioni sanitarie sul territorio erogate dalle aziende sanitarie. Lo Stato si occupa della determinazione dei LEA ossia i Livelli Essenziali di Assistenza che dovranno essere garantiti su l'intero territorio nazionale indistintamente a tutta la popolazione, mentre sarà compito delle singole regioni, in base agli indirizzi ricevuti dal livello centrale, provvedere all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sul territorio regionale con la possibilità di offrire, eventualmente, ulteriori prestazioni aggiuntive. L'obiettivo è quello di creare uno stato di forte collaborazione tra i diversi livelli organizzativi in modo tale da assicurare condizioni e garanzie uniformi di salute in tutto il Paese.

Tuttavia, dalla sua fondazione ad oggi, l'organizzazione del SSN ha subito numerosi cambiamenti. Inizialmente caratterizzato da una forte integrazione verticale delle operazioni, in cui lo Stato al vertice oltre a determinare l'ammontare del fondo destinato alle attività sanitarie dettava anche gli indirizzi di politica sanitaria, le regioni

programmavano l'attività sul territorio e le Usl (unità sanitarie locali) gestivano i servizi, si passava a un sistema pubblico integrato che affidava una maggiore autonomia organizzativa alle regioni e introduceva l'aziendalizzazione con le Usl che divennero Asl, (aziende sanitarie locali) che producevano e acquistavano direttamente prestazioni sanitarie. Le ASL, formalmente, sono aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e ciascuna regione sceglie per queste aziende una propria denominazione.

L'accentuarsi del carattere regionalista del SSN viene, poi, frenato con la riforma-ter, a firma Bindi, che prevedeva il ritorno all'unitarietà della programmazione nazionale. Questa riforma ristabilisce la tutela della salute come diritto fondamentale e prescrive che lo Stato si occupi della definizione dei LEA. Si approda poi, con la legge delega n° 133 del 13 maggio 1999 alla riforma del federalismo fiscale in sanità, passante per la riforma del titolo V della Costituzione, che abolisce i trasferimenti da parte del Fondo Sanitario Nazionale sostituendoli con compartecipazioni regionali al gettito d'Iva ed entrate proprie delle regioni. La struttura così delineata prevede dunque dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) che si differenziano territorialmente, pur sempre nel rispetto dell'erogazione dei LEA come da prescrizione dello stato centrale.

3. SISTEMI SANITARI REGIONALI

La salute è un diritto di tutti, garantito dalla Costituzione, e per questo il nostro Paese si è dotato di un Servizio Sanitario Nazionale che racchiude al suo interno un insieme di strutture e servizi con lo scopo di garantire a tutti i cittadini accesso alle cure. Responsabile del buon funzionamento dell'intero sistema risultano essere Stato e Regioni. Il primo, come si è già detto, si occupa della determinazione degli indirizzi e linee guida, determinando i LEA ovvero i livelli minimi di assistenza che devono essere assicurati nell'intera Penisola, mentre le regioni hanno il compito di programmare e gestire l'attività sanitaria nel proprio territorio. Da questa struttura emerge, dunque, facilmente che seppure l'accesso alle cure sia governato e indirizzato a livello centrale dallo Stato, sarà compito di ogni singola regione gestire la propria struttura organizzativa e provvedere all'effettiva erogazione delle prestazioni e dei servizi. Per queste ragioni a livello italiano si delinea una mappa di Servizi Sanitari Regionali (SSR), accomunati dagli stessi obiettivi finali e valori fondanti ma organizzati e operanti con notevoli diversità tra loro.

In particolare, in questo capitolo ci soffermeremo sull'analisi delle regioni Lombardia e Veneto, due territori chiave, simili per certi aspetti ma altamente esemplificativi per un approccio differente alla gestione dei servizi sanitari.

3.1 Assetti istituzionale dei SSR

Nell'attuale assetto istituzionale, per effetto della regionalizzazione del SSN, le regioni in qualità di capogruppo del proprio Sistema Sanitario Regionale (SSR) devono provvedere a strutturare la propria offerta sanitaria predisponendone l'apparato amministrativo, individuandone le aziende partner, delineandone le politiche complessive e istituendo e vigilando sul rispetto delle norme organizzative e di funzionamento all'interno del gruppo. Così facendo, si vengono a evidenziare, nella geografia dei Sistemi Sanitari Regionali, forme organizzative differenti tali da creare apparati strutturali sostanzialmente diversi tra regioni.

Le Regioni, nello svolgere la propria attività di gestione e organizzazione, devono comunque rispettare la potestà legislativa dello Stato, così come previsto dall'art. 117

della Costituzione, relativamente alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e politici che devono essere garantiti, uniformemente, a tutta la popolazione. Mentre si annovera tra le materie a legislazione concorrente la tutela della salute.

In merito agli apparati amministrativi regionali si individua, come tratto comune a più regioni, l'istituzione di un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) a supporto tecnico scientifico dell'Assessorato o del Consiglio Regionale¹⁴. Al contrario, invece, negli ultimi anni vi sono state delle regioni che hanno soppresso le proprie agenzie e contestualmente trasferito le funzioni assolute da queste alle Direzioni Regionali competenti in materia¹⁵.

Tutte le regioni, dunque, in qualità di capogruppo, possiedono una certa autonomia organizzativa che si concretizza in un quadro di forte eterogeneità interregionale. In particolare, ciascuna Regione dovrà provvedere a individuare le aziende sanitarie pubbliche che compongono il proprio gruppo, definirne l'articolazione del territorio in Aziende Sanitarie Locali (ASL), decidendo se e come costituire in aziende autonome gli ospedali, (AO), di rilevanza nazionale o regionale altamente specializzati, definire il ruolo di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e aziende Ospedaliero-Universitarie e identificare eventuali soggetti intermedi.

Un sistema, così costituito, annovera diverse configurazioni di aziende sanitarie regionali che possono andare a differenziarsi le une dalle altre per numero e dimensione delle ASL, numero di presidi ospedalieri lasciati alla gestione delle ASL e presenza di istituti diversi da ASL e AO nel gruppo.

L'eterogeneità così creata si è, poi, ulteriormente accentuata anche per effetto delle riorganizzazioni dei SSR avvenute negli anni e che hanno comportato modifiche anche considerevoli delle strutture istituzionali.

L'evoluzione del numero di ASL e AO nelle diverse regioni ha, negli anni, subito continui tagli e riduzioni. Il numero complessivo di aziende sanitarie territoriali si è ridotto di circa

¹⁴ Le regioni così strutturate sono sei: Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Sardegna. A queste va aggiunta la Lombardia che nel 2016 ha autorizzato la creazione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo.

¹⁵ Le regioni così organizzate sono: Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Umbria, Veneto, Lazio, Campania e Liguria.

il 40% nel periodo 2001-oggi, per effetto degli accorpamenti effettuati a livello regionale con lo scopo di raggiungere le dimensioni ottimali per ciascuna azienda. In particolare, si è assistito a una prima accelerazione del fenomeno tra il 2007 e il 2012 e poi, nuovamente, tra il 2015 e il 2017, anni in cui si sono viste le riorganizzazioni di molte regioni del Nord Italia tra le quali si ricorda quella avvenuta in Veneto che ha comportato la riduzione del numero delle Aziende ULSS da 21 a 9 e l'istituzione dell'Azienda Zero. Queste manovre di riordino hanno, necessariamente, comportato un aumento della dimensione media di ciascuna ASL che si attesta, mediamente, a livello nazionale a 510.548 abitanti a gennaio 2020.

A fronte di questi processi, ora si delineano, principalmente, tre modelli di configurazione istituzionale prevalenti così descrivibili: per le regioni di limitata estensione territoriale sono state create delle ASL uniche, per le restanti regioni, invece, il territorio delle ASL coincide con quello delle provincie, mentre rappresentano un modello a sé le regioni in cui sono collocate le maggiori aree metropolitane del Paese dove si annoverano ASL sub provinciali che ripartiscono l'area metropolitana.

Anche le AO sono diminuite a causa di accorpamenti o attribuzioni alle ASL in qualità di presidi.

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie integrate con il SSN, in tutto 10, e gli IRCCS pubblici vengono annoverati tra gli enti pubblici del SSR.

A completare l'architettura del servizio sanitario regionale ci sono gli enti intermedi, diversificabili in funzione dell'attività svolte, e che possono ricoprire, a seconda della finalità per cui sono stati istituiti, funzioni di governo o funzioni di supporto tecnico/amministrativo.

Figura 8. Assi di sviluppo Enti intermedi

Supporto amministrativo e operativo	Si	<ul style="list-style-type: none"> – Agenzia dei controlli (Lombardia) – Agenzia di promozione del SSL (Lombardia) – AREU (Lombardia) – Estar (Toscana) – CRAS (Umbria) – ARES 118 (Lazio) – AREUS (Sardegna) 	<ul style="list-style-type: none"> – A.Li.Sa (Liguria) – Azienda Zero (Veneto) – ARCS (Friuli Venezia Giulia) 	
	No		<ul style="list-style-type: none"> – ATS (Lombardia) 	
	No	Funzioni di governo		Si

Fonte: Rapporto OASI 2020, Cap. 2 La struttura e le attività del SSN

Come si può notare dalla figura sovrastante, gli enti intermedi possono svolgere diverse funzioni a supporto dell'intero sistema sanitario regionale e la maggior parte di questi è localizzato nella regione Lombardia. In particolare, poi, tra questi, la maggior parte svolge la sola funzione di supporto amministrativo e operativo, mentre solamente tre si occupano contestualmente di funzioni di governo e di supporto.

3.2 Regione Veneto

Il Veneto è una regione a statuto ordinario situata nell'Italia Nord-Orientale, conta una popolazione di 4.879.133¹⁶ abitanti, con una densità abitativa di 267,41 ab. /km², e età media pari a 45,6 anni¹⁷. Quinta regione italiana per popolazione, dopo Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia.

3.2.1 Orientamento e organizzazione del Servizio Sociosanitario Veneto

La regione Veneto mostra, fin dalle origini delle regioni a statuto ordinario¹⁸, un particolare orientamento verso la responsabilizzazione dell'ente territoriale in tema di sanità e assistenza. In particolare, fin da subito emerge una certa predisposizione all'integrazione tra la sfera sociale e quella sanitaria. Questo indirizzo matura e diventa sempre più definito e chiaro con la costituzione del Servizio Sanitario Nazionale e poi nel proseguo delle successive modifiche normative avvenute a livello centrale e che hanno avuto riflessi anche a livello regionale.

Questa scelta strategica, storica, della regione Veneto viene poi ad essere uno degli argomenti chiave alla base della legge di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n° 158 recante misure di riorganizzazione dei servizi sanitari in Italia e la regolamentazione dell'attività medico-scientifica. In particolare, all'articolo 1, comma 1, si legge *"Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini (...)"*. Tra le principali novità introdotte, appare prima tra tutte, quindi, la necessità di rafforzare e riorganizzare l'assistenza sanitaria territoriale con lo scopo di migliorare e ampliare il coordinamento operativo tra medici di medicina generale, specialisti e pediatri con strutture e modalità individuate dalle singole

¹⁶ Dato riferito alla popolazione alla data 1° gennaio 2020, fonte Istat

¹⁷ Dati Istat 2019

¹⁸ Sebbene la Costituzione del 1948 avesse previsto la suddivisione del territorio nazionale in Regioni, enti territoriali politicamente ed economicamente autonomi, queste vennero istituite solo nel 1970.

regioni¹⁹. Il modello di integrazione socio-sanitaria, così delineata, racchiude, proprio, le linee guida delle scelte in materia attuate dalla regione Veneto fin dalla sua istituzione. In particolare, questa concezione si articola, all'interno dei confini veneti, a partire da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, pilastri fondanti del SSN, a cui deve far seguito una continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Non solo, però, perché l'assistenza sanitaria e sociale integrata prevede anche un'individuazione puntuale e precisa dei rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuovendo la solidarietà e valorizzando gli investimenti di salute della comunità.

Lo snodo fondamentale, dunque, consiste nel saper combinare al meglio responsabilità e risorse, in un orizzonte all'interno del quale la popolazione presenta sempre più bisogni e sempre meno sono le risorse disponibili per soddisfarli.

Le caratteristiche del Sistema Socio-Sanitario Veneto sono, fondamentalmente, racchiuse nell'idea di orientamento circolare dell'assistenza, tale per cui si rileva un forte interesse dell'ente nel perfezionare le reti assistenziali garantendo una notevole integrazione dei percorsi grazie all'implementazione delle funzioni con le competenze. "Le acuzie all'ospedale e la cronicità al territorio", questo il paradigma alla base dell'operare dell'intera struttura sanitaria.

A completamento dell'esposizione del sistema, va sottolineato come questo sia ad assoluta prevalenza di strutture pubbliche e come le Aziende Sanitarie abbiano un certo ruolo propositivo e propulsivo.

¹⁹ Per le ulteriori novità introdotte si faccia riferimento al testo di legge n° 158 del 13 settembre 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale dello Stato.

Infografica: Le azioni chiave del Sistema Socio Sanitario Regionale



Fonte: Sito istituzionale regione Veneto

In linea con quanto prescritto a livello centrale, per quel che riguarda i principi fondamentali del SSN, anche il Sistema Socio-Sanitario della regione Veneto si sostanzia in quattro concetti fondanti:

- Universalità: i suoi servizi sono rivolti a tutta la popolazione regionale indistintamente;
- Equità: garanzia di un'uguale opportunità nel raggiungimento e mantenimento di obiettivi di salute individuale e garanzia di uniforme qualità delle prestazioni sul territorio;
- Umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- Integrazione socio-sanitaria.

3.2.2 Geografia delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie venete

A livello strutturale, il sistema sanitario veneto ha subito una radicale riorganizzazione per effetto della legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016, questa ha comportato, a partire dal 1° gennaio 2017, un ridisegno della geografia delle Aziende-Unità Locali Socio Sanitarie (AULSS), che sono passate ad essere da 21 a 9. In particolare, vengono soppresse dodici Aziende ULSS i cui territori di competenza vengono assorbiti nelle restanti nove che assumono la nuova denominazione di:

- Azienda ULSS n. 1 Dolomiti (ex ULSS n. 1 Belluno e ULSS n. 2 Feltre),

- Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana (ex ULSS n. 9 Treviso, ULSS n. 7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo),
- Azienda ULSS n. 3 Serenissima (ex ULSS n. 12 Venezia, ULSS n. 13 Mirano e ULSS n. 14 Chioggia),
- Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale (ex ULSS n. 10 Veneto Orientale),
- Azienda ULSS n. 5 Polesana (ex ULSS n. 18 Rovigo e ULSS n. 19 Adria),
- Azienda ULSS n. 6 Euganea (ex ULSS n. 16 Padova, ULSS n. 15 Alta Padovana e ULSS n. 17 Este),
- Azienda ULSS n. 7 Pedemontana (ex ULSS n. 3 Bassano del Grappa e ULSS n. 4 Alto Vicentino),
- Azienda ULSS n. 8 Berica (ex ULSS n. 6 Vicenza e ULSS n. 5 Ovest Vicentino),
- Azienda ULSS n. 9 Scaligera (ex ULSS n. 20 Verona, ULSS n. 21 Legnago e ULSS n. 22 Bussolengo).

Così facendo si sono venute a creare delle Aziende ULSS con una popolazione media piuttosto elevata e pari a 545.300 abitanti.

A supporto di queste, poi, la medesima legge ha istituito l'Azienda Zero con lo scopo di governare la sanità della regione e realizzare un accentramento di funzioni o mansioni volte ad ottenere anche un certo vantaggio nell'ottica di razionalizzazione della spesa.

Il sistema conta anche le due Aziende Ospedaliere-Universitarie di Padova e Verona e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

Ogni Azienda ULSS è composta da distretti, che altro non sono che l'articolazione territoriale dell'Azienda e servono ad integrare le strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali del territorio. Il Distretto socio-sanitario rappresenta il punto di riferimento della popolazione per poter accedere a tutti i servizi espletati dall'ULSS. L'obiettivo è quello di assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione residente, assicurando anche l'integrazione tra ambiti istituzionali e altri soggetti come organizzazioni di volontariato e ONLUS, che stanno assumendo un ruolo sempre più importante nell'erogazione di servizi in ambito assistenziale.

I Distretti si occupano di diverse attività raggruppabili nell'ambito amministrativo, sanitario e sociale.

L'Azienda Ospedale-Università di Padova è riconosciuta come ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione e Ospedale Hub regionale di eccellenza in tutto il Veneto. L'Azienda Ospedaliera realizza anche l'importante collaborazione con l'Università di Padova tanto da integrare, tra le sue attività, la ricerca con la didattica.

L'azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOVR) è un centro di rilievo regionale ed è riconosciuta come centro di rilievo nazionale per attività nei settori della ricerca, dell'assistenza e della formazione. Questa Azienda è la seconda in Italia per numero di posti letto.

L'Istituto Oncologico Veneto, (IOV), è il primo e unico istituto della regione destinato in modo specifico alla prevenzione e cura dei tumori, nonché all'attività di ricerca sul cancro. Viene istituito nel 2005 per volere della Regione, ed è ad oggi riconosciuto come Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS, dal Ministero della Salute e come Comprehensive Cancer Centre dalla Organization of European Cancer Institutes (OECI). Lo IOV si è affermato come ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e internazionale.

3.2.3 Governance

L'attuale assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale, SSR, della regione Veneto è frutto di un processo graduale di centralizzazione delle decisioni e razionalizzazione della spesa avvenuto negli ultimi anni. L'attuale organizzazione è stata promossa con la legge regionale n°19 del 25 ottobre 2016 che andava ad istituire l'Azienda Zero competente in tema di governance dell'intero sistema sanitario e, contestualmente, provvedeva a ridurre le Aziende ULSS (Unità locale socio-sanitaria) da 21 a 9²⁰.

L'obiettivo perseguito con la costituzione dell'Azienda Zero è stato quello di creare un organo intermedio, tra la direzione dell'Assessorato Area Sanità e Sociale e gli erogatori sanitari pubblici e privati, *"...per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario*

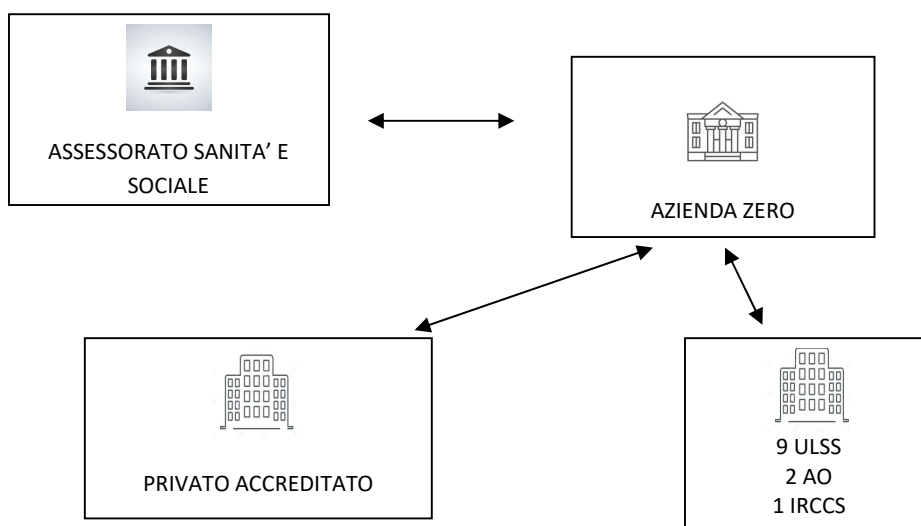
²⁰ Per effetto dell'accorpamento le Aziende Ulss inizialmente 21 arrivano ad essere solamente 9.

regionale...²¹. Così facendo, si riconducevano in capo ad un unico ente le funzioni di programmazione socio-sanitaria, di attuazione, coordinamento e governance del SSR, decretando una centralizzazione delle attività di gestione tecnico-amministrativa. Senza dubbio, quindi, un assetto così costituito permetteva una maggiore razionalizzazione dei costi con un conseguente risparmio per le spese di gestione, sempre in un'ottica di miglioramento dell'efficienza dell'intero sistema sanitario regionale.

Gli organi dell'Azienda Zero, come indicato dal testo di legge sono: il Direttore Generale nominato dal Presidente della Giunta regionale, il Collegio sindacale composto tra tre membri nominati dal Direttore Generale e designati uno dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della Salute. Il ridimensionamento del numero di Aziende ULSS si ricollegava alla necessità di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi resi mantenendo una certa attenzione nei confronti del tema della razionalizzazione e riduzione dei costi.

Il modello di governance della regione Veneto, si presenta relativamente semplice e composto da un numero di livelli piuttosto contenuto.

Figura 9. Il modello di governance della Regione Veneto



Fonte: Rapporto OASI 2020, capitolo 8 Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto

²¹ Art. 1 legge Regionale n°19 del 25 ottobre 2016



A livello apicale si trova l'Assessorato Area Sanità e Sociale, che seppure lavori e si ripartisca le funzioni con l'Azienda Zero, rimane responsabile in ambito di indirizzo emanando linee guida regionali e stabilendo gli obiettivi di programmazione sociosanitari da raggiungere. In affiancamento tecnico al presente Assessorato si trova poi, l'Azienda Zero, con prerogative inerenti attività tecnico-specialistiche quali ad esempio acquisti centralizzati, reclutamento del personale, procedure di accreditamento e numerose altre ancora, e prerogative di governo in materia contabile delle aziende ULSS e di tutti gli enti appartenenti al servizio sanitario regionale. Dunque, la funziona di governo delle aziende è così ripartita tra Assessorato Area Sanità e Sociale e Azienda Zero, la prima si occupa di materie di indirizzo e programmazione, la seconda invece ha prerogative di gestione e governo in materia contabile.

Alla base di questa struttura si trovano gli erogatori sanitari pubblici veneti composti da 9 ULSS, due Aziende Ospedaliere di Verona e Padova e l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), IRCCS pubblico. In aggiunta agli erogatori pubblici regionali si aggiungono i privati accreditati, pur rimanendo nella regione in esame una rilevanza del settore privato piuttosto contenuta e residuale rispetto a quella pubblica.

La condivisione di direttive e il confronto tra i diversi livelli gerarchici avviene grazie a, principalmente, due meccanismi di coordinamento: il Comitato dei Direttori Generali e i tavoli che si svolgono presso la Commissione Regionale per gli Investimenti Tecnologici e in Edilizia (CRITE).

Il Comitato dei Direttori Generali, prevedendo la partecipazione dei Direttori Generali delle singole ULSS, delle Aziende Ospedaliere, dello IOV e dell'Azienda Zero nonché del direttore generale che presiede l'Assessorato dell'Area Sanità e Sociale, rappresenta uno strumento di condivisione delle priorità tra i diversi attori. Durante il Comitato il coinvolgimento delle singole parti è reale, tanto da permettere ai singoli di portare la propria opinione e condividere visioni diverse in un'ottica di razionamenti di sistema. In particolare, tra le funzioni principali di tale organo si annoverano la condivisione degli indirizzi con le Aziende Sanitarie, nonché la discussione delle iniziative intraprese a livello centrale.

La CRITE, dalla sua istituzione ad oggi, ha ampliato le sue competenze e ha assunto un ruolo di confronto tra aziende sanitarie e Azienda Zero, occupandosi prevalentemente delle decisioni in ambito acquisti, programmazione e assunzione personale, edilizia,

tecnologia, accreditamento e allocazione dei budget agli erogatori privati. La Commissione viene convocata ogni qualvolta vi sia la richiesta di un erogatore da analizzare e deciderne l'autorizzazione o meno.

Questi due strumenti, dunque, risultano essere fondamentali nella governance complessiva perché realizzano, entrambi, la necessaria condivisione e lo scambio di informazioni e direttive. In particolare, il Comitato dei Direttori Generali funge da strumento di aggiornamento e condivisione delle direttive mentre la CRITE realizza un confronto con finalità autorizzative.

Il modello emerso risulta, dunque, molto coeso e basato su logiche di condivisione e dialogo tra i diversi attori che compongono il sistema.

Nel complesso il sistema di governance della regione Veneto appare sostanzialmente di tipo gerarchico, al vertice vi sono l'Assessorato della Sanità e Azienda Zero che si occupano di stabilire le priorità e le modalità di esecuzione dei servizi tramite una gestione accentrata e che punta alla razionalizzazione della spesa, mentre alle aziende sanitarie è richiesta l'implementazione delle decisioni prese ai livelli superiori.

In un contesto tale, il vertice regionale occupa un ruolo centrale e assume una funzione assimilabile a quello dello Stato. I processi decisionali sono prevalentemente di tipo top-down, la cui leadership centrale e unitaria è rappresentata dall'Assessorato Area Sanità e Sociale e dall'Azienda Zero.

3.3 Regione Lombardia

La Lombardia è una regione a statuto ordinario dell'Italia nord-occidentale, ha una popolazione residente pari a 10.060.574²², con una densità abitativa di 417,93 ab./km² e un'età media dei suoi abitanti pari a 45,3 anni.

Si tratta della prima regione per numero di persone residenti.

3.3.1 Orientamento e principi del SSR lombardo

Il sistema Sociosanitario lombardo fornisce i suoi servizi di assistenza a circa 10 milioni di residenti e, anche, a molti pazienti che provengono da altre regioni o addirittura altri Paesi. Caratterizzato per un particolare orientamento alla specializzazione e innovazione, fa sì che questo venga annoverato tra i servizi sanitari più qualificati d'Europa. Da sempre ciò che lo contraddistingue dai restanti Servizi Sanitari Regionali è l'idea fondante che i cittadini devono essere liberi di scegliere il proprio luogo di cura autonomamente.

La legge regionale n. 23/2015 ha comportato una riorganizzazione del sistema sanitario locale nel suo complesso, andando a rivedere e ridistribuire competenze e attività tra gli enti appartenenti al sistema stesso. Tuttavia, anche il nuovo ridisegno e la diversa distribuzione delle competenze tra attori, in un'ottica di implementazione del percorso di cura territoriale, permette di rintracciare i principi di orientamento alla base del sistema sanitario lombardo già prima dell'ultima riforma.

Innanzitutto, come già accennato, il principio attorno a cui ruota tutto il sistema è quello per cui ciascun cittadino deve essere libero di scegliere, in modo autonomo, il proprio luogo di cura potendo accedere a tutti quelli che il servizio sanitario comprende, pubblici o privati accreditati che siano. In una platea vasta e variamente articolata di erogatori se ne ritrovano alcuni pubblici ed altri privati accreditati, i quali parimenti ai primi dovranno osservare diritti e doveri prescritti dalla legge, così che tra questi si crei parità e competitività. Il principio della sussidiarietà orizzontale rientra, dunque, tra i pilastri del sistema in quanto prescrive la necessità di rispondere a pari doveri e allo stesso

²² Dato aggiornato al 1.1.2020, fonte Istat.

tempo vedersi riconoscere medesimi diritti tra realtà di cura pubbliche e private, aventi medesimo scopo, per poter garantire pari accesso ai cittadini e universalità del SSR. Resta saldo anche il principio secondo cui vi è una netta separazione tra funzione di programmazione, acquisto e controllo, e quella di erogazione dei servizi. La nuova organizzazione promuove forme di integrazione operativa e gestionale tra erogatori di servizi sanitari, sociosanitari e sociali del Servizio Sanitario Locale (SSL).

La legge regionale indica la necessità di passare dalla cura al prendersi cura, vale a dire la necessità di affiancare le persone affette da patologie croniche o fragili implementando la collaborazione tra ospedale e territorio. La continuità di cura, risulta, dunque una delle finalità chiave da raggiungere con il riassetto organizzativo e attenuare, così, l'apparente frammentarietà del sistema.

Il Servizio Socio Sanitario Lombardo si compone di numerose strutture distribuite tra settore pubblico e privato accreditato, si contano più di 200 ospedali e 30 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS, di cui 5 pubblici e 25 privati. Complessivamente la maggior parte delle prestazioni è erogata in regime pubblico, anche se si osserva una incidenza non indifferente del privato sul numero di posti letto dei quali più del 33% si trova in ospedali privati.

L'orientamento di fondo, di tutti i professionisti occupati nel sistema socio-sanitario, è quello di garantire la massima qualità dei servizi offerti.

Il Sistema Sanitario lombardo si contraddistingue per l'elevato numero di centri di eccellenza in tutte le discipline mediche, tanto che si attesta che circa il 10% dei pazienti in cura provenga da fuori regione o addirittura dall'estero. In alcune specialità, il numero di assistiti fuori regione raggiunge anche picchi pari al 50%.

La regione risulta, poi, molto attenta nei confronti della qualità, che ritiene debba essere mantenuta elevata all'interno dell'intero territorio tanto che ha sviluppato negli anni sistemi omogenei di valutazione della qualità per tutte le strutture sanitarie regionali.

La regione si presenta all'avanguardia anche sul piano della ricerca e della formazione, nel territorio infatti si collocano numerosi centri di ricerca a carattere scientifico e numerosi dipartimenti universitari della Facoltà di medicina.

3.3.2 Geografia del SSR lombardo: scenario pre e post-riforma

La regione Lombardia ha revisionato e riformato l'organizzazione sanitaria e sociosanitaria nel 2015, al fine di implementare un sistema che fosse, maggiormente, in grado di leggere i bisogni, cogliere le nuove opportunità e saper utilizzare le risorse, sempre più limitate, nel modo più efficiente possibile.

I tratti peculiari del servizio sanitario lombardo erano stati introdotti dalla legge regionale n. 31 del 1997 e delineavano una struttura i cui pilastri fondamentali si basavano sulla completa libertà di scelta da parte del cittadino del luogo di cura, sul riconoscimento di uguali diritti e doveri sia da parte degli operatori pubblici che privati, e su una totale separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione. Strutturalmente si osservava che la Regione assumeva l'importante compito di regolazione, mentre l'implementazione dei servizi sanitari e sociosanitari rimanevano di competenza di enti terzi, sia pubblici che privati. In particolare, asse portante di questa organizzazione ante-riforma è la separazione netta tra assistenza ospedaliera specialistica, erogata dalle aziende ospedaliere, e assistenza territoriale, di competenza delle ASL.

I bisogni e le criticità che hanno comportato la riorganizzazione dell'intero sistema possono essere, essenzialmente, ricondotti da un lato alla scarsità delle risorse e dall'altro all'aumento dell'aspettativa di vita delle persone che si traduce in un maggior numero di pazienti affetti da patologie croniche. In uno scenario tale, si è avvertita la necessità di creare un nuovo sistema organizzativo che tenesse in considerazione l'assistenza dei malati cronici e che riuscisse a consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio. In generale, la riorganizzazione avrebbe dovuto promuovere un orientamento rivolto ai servizi territoriali nonché creare un raccordo e una sistematizzazione dell'intera rete di erogatori pubblici e privati. In conclusione, il sistema organizzativo così strutturato fa emergere una frammentata offerta sanitaria con conseguente netta separazione tra ospedale e territorio.

La legge regionale n. 23 del 2015, si prefiggeva l'obiettivo di correggere e intervenire nei confronti delle criticità emerse precedentemente, con lo scopo di passare dalla cura al prendersi cura, dall'ospedale al territorio. Il nuovo modello si fonda su una completa separazione tra la funzione di programmazione, acquisto e controllo che viene assunta

dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), e quella di erogazione delle prestazioni che viene, ora, affidato alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), suddivise al loro interno tra polo ospedaliero e polo territoriale.

La programmazione territoriale viene assunta dall'ATS, agenzia che si occupa di programmare e governare i servizi sanitari e socio sanitari, mentre l'ASST racchiude al suo interno tutti i servizi offerti dal sistema con l'intento di superare la netta separazione tra ospedale e territorio in modo da rafforzare quella continuità assistenziale auspicata. In particolare, le ASST, articolate nel settore territoriale e ospedaliero, hanno il compito di erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie ospedaliere e territoriali.

Al settore rete territoriale afferiscono:

- Presidi Ospedalieri territoriali (POT) responsabili dell'erogazione di prestazioni residenziali sanitari e sociosanitari per pazienti acuti e cronici a media e bassa intensità;
- Presidi socio sanitari territoriali (PressSST) responsabili dell'erogazione di prestazioni sanitari e socio sanitarie in regime ambulatoriale e domiciliare a media e bassa intensità;

mentre al sistema rete ospedaliera fanno capo Presidi ospedalieri e Dipartimenti, che erogano prestazioni sanitarie in fase acuta e prestazioni specialistiche.

Il territorio regionale viene, così, a dividersi in otto ATS, a loro volta articolate in Distretti in numero pari alle ASST. I Distretti si occupano della programmazione dell'offerta territoriale garantendo a ciascuna ASST le risorse necessarie per l'espletamento delle proprie funzioni.

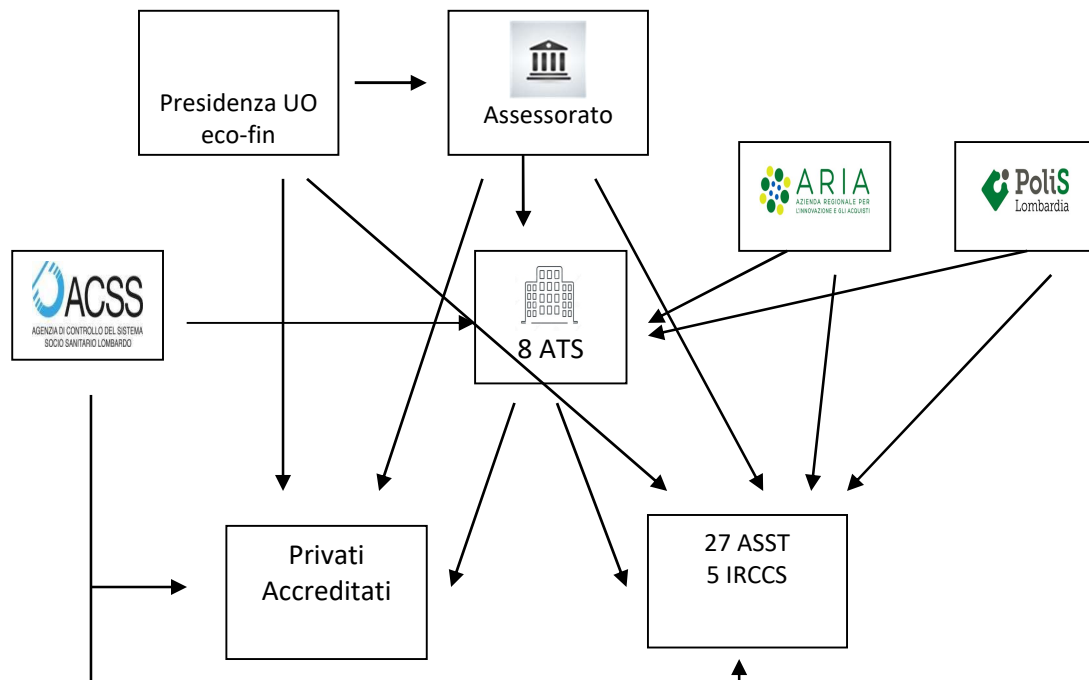
Le otto ATS sono così organizzate:

- ATS Milano Città Metropolitana, articolata in nove ASST;
- ATS Insubria, articolata in tre ASST;
- ATS Montagna, articolata in due ASST;
- ATS Brianza, articolata in tre ASST;
- ATS Bergamo, articolata in tre ASST;
- ATS Brescia, articolata in tre ASST;
- ATS Val Padana, articolata in tre ASST;
- ATS Pavia, articolata in una sola ASST.

3.3.3 Governance del SSR regione Lombardia

La struttura di governo del SSR lombardo appare come un modello piuttosto complesso e articolato su più livelli rispetto anche al modello attuato dalla regione Veneto, precedentemente analizzato. L'organizzazione attuale risulta, ancora una volta, frutto delle riforme socio sanitarie degli ultimi anni e in particolare fonda le sue radici nella riforma sanitaria ad opera della Legge Regionale n. 23 del 2015 che ha comportato una rilevante modificazione in termini organizzativi e gestionali.

Figura 10. Assetto organizzativo del Sistema Socio Sanitario Lombardo



Fonte: Rapporto Oasi 2020, cap. 8 Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto

Vengono identificati, sostanzialmente, tre livelli di governo circoscrivibili a seconda delle funzioni svolte, e, complessivamente, al vertice vengono assunti i compiti di programmazione economica finanziaria, immediatamente al di sotto viene attuata e coordinata la programmazione territoriale e alla base si ritrovano gli erogatori con ruolo operativo. Al vertice si colloca sia l'unità organizzativa della Presidenza che l'Assessorato al Welfare che si occupano, rispettivamente, di programmazione economica finanziaria

e programmazione sanitaria. A livello intermedio si posizionano otto Aziende di Tutela della Salute (ATS) che attuano la programmazione regionale sul territorio senza, però, erogare direttamente i servizi ospedalieri e territoriali, mentre, a livello più basso, adibiti allo svolgimento dei ruoli operativi, si trovano gli erogatori pubblici e privati accreditati. Tra gli operatori sanitari pubblici lombardi si annoverano ventisette Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), che si occupano di servizi ospedalieri e territoriali, e quattro IRCCS pubblici. Le ASST si occupano dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, come da prescrizione statale, e di eventuali ulteriori livelli definiti dalla regione. A differenza delle Aziende ULSS, viste in Veneto, le ASST lombarde hanno una dimensione media più contenuta rispetto alla media nazionale e pari a 374.221 abitanti²³.

Nel computo degli erogatori regionali, si deve considerare, un numero piuttosto cospicuo di erogatori privati accreditati con una rilevanza del settore privato non trascurabile.

A livello intermedio, a raccordo tra operatività e programmazione, si annoverano otto ATS che sono state istituite, appositamente, con lo scopo di attuare la pianificazione regionale attraverso l'erogazione di prestazioni sanitari e sociosanitarie. Tra le attività assunte da queste agenzie di tutela si individua la negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, governo dell'assistenza primaria e dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione²⁴.

Alla posizione apicale si trova la Direzione Generale Welfare con l'importante ruolo di governare il SSR lombardo e permettere un'erogazione efficace, efficiente e consona delle prestazioni sanitarie. Concretamente, la Direzione si occupa di stabilire le regole e i programmi a cui gli attori devono attenersi e, si conseguenza, verificarne la corretta attuazione, nonché gestisce e coordina le risorse finanziarie per il corretto funzionamento dell'intero sistema. Al fianco della Direzione Generale Welfare, troviamo l'Unità Organizzativa Risorse Economico Finanziarie del Sistema Sociosanitario Lombardo della Presidenza, (UO), con funzione prevalente di gestione delle risorse economiche necessarie per il corretto funzionamento del SSR. Concretamente, l'Unità

²³ La media nazionale è pari a 510.5498 abitanti.

²⁴ Rapporto OASI 2020, cap. 8 Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto.

Organizzativa si occupa di atti contabili, di certificazione dei bilanci degli Enti membri e coordina la redazione del bilancio GSA²⁵ e del consolidato regionale.

A supporto degli organi di governo apicale sono state istituite tre agenzie regionali: Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli acquisti (ARIA) e PoliS. Queste tre agenzie svolgono attività di sostegno e coordinamento con gli organi apicali coadiuvandosi a questi nell'espletare attività di gestione del Sistema Sanitario Locale.

L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, (ACSS), è stata istituita dalla legge di riforma del SSL e si configura come un ente indipendente con competenze tecnico-scientifiche, a cui vengono affidate mansioni di controllo a livello centrale. L'Agenzia, così istituita, racchiude tra i suoi ruoli cardine quello di coadiuvare e coordinare, in un'ottica di controllo omogeneo e uniforme, le strutture delle singole ATS che si occupano di vigilanza, contribuendo alla buona riuscita degli obiettivi strategici individuati dalla regione. La mission dell'istituto è quella di promuovere e implementare un sistema di monitoraggio che punti al rafforzamento dei controlli in ambito sociosanitario, con l'obiettivo di assicurare equità di accesso ai servizi e in un'ottica di assicurazione dei principi fondamentali di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza e economicità dei servizi offerti.

L'Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti²⁶, (ARIA), si occupa di supportare la regione Lombardia nel processo di trasformazione digitale in atto all'interno della PA. Infine, PoliS Lombardia nasce nel 2018 come ente strumentale della regione per svolgere attività di servizio e accompagnamento all'implementazione delle Politiche per la regione.

A differenza di ACSS, le restanti due Agenzia non si occupano esclusivamente di sanità ma anzi erogano il loro servizio in diversi ambiti all'intero apparato regionale.

Il sistema lombardo, come delineato, emerge come un insieme piuttosto complesso e articolato di attori su più livelli, e per questo necessita di un altrettanto solido meccanismo di coordinamento in grado di governare la sua complessità. A carico della regione Lombardia, innanzitutto, vi è l'onere di redigere la *Delibera delle regole di*

²⁵ Gestione Sanitaria Accentrata

²⁶ ARIA nasce nel 2019 per effetto della fusione di ARCA e LISPA (LR n. 27 del 26 marzo 2019).

gestione del servizio sanitario e sociosanitario, documento di indirizzo che serve a delineare il quadro di norme generali all'interno delle quali le aziende sanitarie devono incardinare la propria attività. La finalità perseguita con questo atto, consiste, proprio, nel fornire agli erogatori precise indicazioni in diversi ambiti quali ad esempio controllo di gestione, acquisti, organizzazione del personale.

Al piano generale, rappresentato dalla Delibera, si contrappone un altro facilitatore del coordinamento rappresentato dagli *Incontri di Budget e negoziazione degli obiettivi dei Direttori Generali*. Queste riunioni, a differenza della Delibera, permettono di analizzare in dettaglio le singole aziende rappresentando un momento di condivisione e confronto tra la Direzione Welfare e le singole ATS. Attraverso questo strumento di governance, introdotto solamente nel 2019, si rende possibile un'analisi dettagliata delle caratteristiche di ciascun erogatore in modo tale da poter individuare al meglio gli obiettivi strategici da consolidare. Questo secondo meccanismo, a differenza del precedente, riesce a cogliere particolarità e relativi bisogni delle singole ATS.

Di particolare importanza, poi è la *Cabina di regia delle ATS*, incontro periodico tra le otto ATS, la Direzione Welfare e, talvolta, l'Agenzia regionale Emergenza e Urgenza, durante il quale si tratta e organizzano gli atti e le delibere da adottare. Questo organo di raccordo risulta fondamentale in ottica di programmazione in quanto l'agenda risulta essere prerogativa regionale.

Altre opportunità di coordinamento centro-periferia, seppure con scarse possibilità partecipative, sono rappresentate dalle riunioni plenarie rispettivamente degli erogatori pubblici e privati.

A completamento, vi sono anche i *Collegi di Direzione* convocati dalle ATS con i direttori generali delle ASST e dei privati accreditati con lo scopo di analizzare e esaminare i problemi contingenti da affrontare. I Collegi rappresentano il coordinamento a livello operativo con lo scopo di affrontare e risolvere il problema alla radice e in tempi rapidi, per una corretta erogazione del servizio.

Complessivamente, il sistema lombardo appare, ancora, essere basato, fortemente, sulla definizione di regole e standard all'interno delle quali i singoli attori del SSR hanno ampi margini di manovra e possibilità di azione autonoma e indipendente. I vertici del sistema, rappresentati dalla Direzione Welfare e dai soggetti istituzionali regionali, provvedono a redigere annualmente la Delibera delle regole di gestione del servizio

sanitario e sociosanitario, che altro non sono che le norme generali di funzionamento del SSR, e gli erogatori pubblici e privati perseguono individualmente le proprie finalità nel rispetto di esse. A livello teorico, il sistema così delineato, e per le caratteristiche evidenziate, potrebbe essere definito *di mercato*, proprio perché gli erogatori agiscono come dei veri e propri soggetti economici ossia in modo autonomo ma nel rispetto delle regole stabilite. Una struttura così delineata, di conseguenza, lascia spazio e, anzi, promuove la competizione tra i singoli erogatori. Il livello regionale, pur incarnando un ruolo assimilabile a quello statale, si limita a stabilire norme e vincoli del sistema coerenti e idonee a rispettare i vincoli imposti dallo Stato Centrale alle regioni.

Il Sistema Sanitario della regione Lombardia, dunque, sembra presentare la Delibera come principale sistema di coordinamento lasciando ai singoli attori del SSR ampi margini di azione. Di conseguenza, non appare strano, la presenza di un gran numero di aziende, in particolare 8 ATS e 27 ASST. Una struttura così frammentata e popolata da un numero elevato di strutture permette, anche, una maggiore logica di competizione basata sulla necessità delle singole aziende di differenziarsi tra loro per attrarre pazienti. Inoltre questo approccio favorisce e promuove un elevato grado di specializzazione. Proprio queste caratteristiche sembrano spiegare un'altra caratteristica comune a molti enti erogatori lombardi ovvero l'elevato grado di specializzazione delle strutture.

3.4 Sistemi Sanitari a confronto

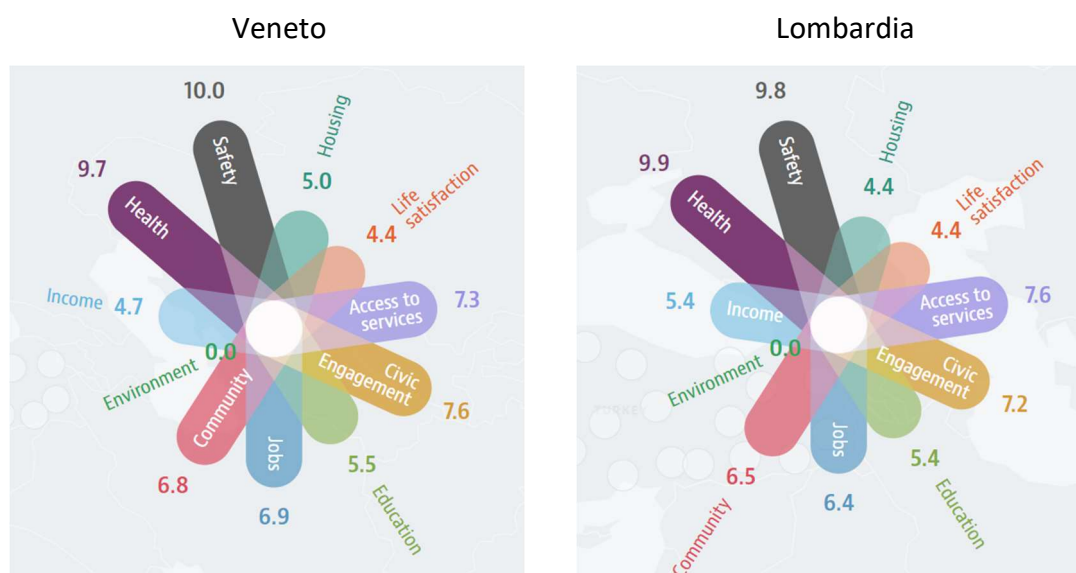
Con il trascorrere degli anni, dalla sua fondazione ad oggi, il Servizio Sanitario Nazionale e, in particolar modo, la sua articolazione regionale ha subito una riorganizzazione e un riordino dei servizi e degli enti erogatori. L'età media della popolazione italiana si è progressivamente innalzata e contestualmente si è accresciuto anche il costo della sanità tanto che questi due fattori, insieme, hanno comportato l'insorgere di divergenze sempre più crescenti tra i Sistemi Sanitari Regionali delle diverse regioni soprattutto per quel che riguarda i servizi di sanità pubblica. In generale si iniziò ad affacciare sul panorama sanitario anche il settore privato, andando ad inserirsi in un territorio, come quello sanitario, solitamente di esclusiva pertinenza pubblica.

Per effetto di questi mutamenti, alcune regioni come la Lombardia hanno creato una rete assistenziale e ospedaliera, in collaborazione con il settore privato, focalizzato sulla

ricerca dell'eccellenza a discapito delle attività di sanità pubblica e territoriale. Altre, come ad esempio il Veneto, invece, hanno continuato a investire sulla sanità pubblica e prestato particolare cura e attenzione all'assistenza territoriale.

Come già si evince dall'esposizione soprastante le due regioni, qui esaminate, dimostrano aver adottato scelte organizzative molto diverse tra loro, quasi agli antipodi. Le due regioni si presentano per certi aspetti molto simili, come testimoniano gli indicatori di benessere dell'OECD²⁷ che attestano dei valori tra loro molto simili.

Figura 11. Parametri Regional Well-Being regione Veneto e Lombardia



Fonte: OECD Regional Well-Being

Fonte: OECD Regional Well-Being

Se a livello generale, dunque, questi due territori appaiono molto simili, tuttavia profonde sembrano le differenze in tema di organizzazione dei servizi sanitari regionali. Dall'esposizione dell'organizzazione del SSR di Veneto e Lombardia si riscontra una sostanziale differenza nell'approccio e nell'organizzazione. Se dall'approccio veneto si nota un maggiore orientamento al territorio e alla cura post-ospedaliera, invece quello

²⁷ L'OECD analizza il grado di benessere dei vari Paesi tramite la valutazione e il confronto degli 11 indicatori di qualità della vita che ricoprono gli aspetti che l'OCSE ha identificato come essenziali.

Questi sono: Abitazione, Reddito, Occupazione, Relazioni Sociali, Istruzione, Ambiente, Impegno Civile, Salute, Soddisfazione, Sicurezza e Equilibrio Lavoro-Vita.

lombardo risulta, ancora, seppure il tentativo di rinnovamento avvenuto, basato su una particolare attenzione alla cura ospedaliera tralasciando e talvolta trascurando la cura territoriale. La netta separazione tra funzioni di programmazione e funzioni di erogazione comporta, nel risultato, la predisposizione di un sistema altamente frammentato che concretamente potrebbe comportare problemi organizzativi e di gestione. Il sistema Veneto, invece, appare nella sua struttura più compatto e meno frammentato, l'istituzione dell'Azienda Zero, poi, ha permesso un ulteriore accentramento del controllo anche in un'ottica di razionalizzazione della spesa.

A livello strutturale, dunque, appare chiaro che l'approccio veneto risulti fin dalla sua prima formazione ispirato alla logica del coordinamento e della cooperazione tra sistema sanitario e sociosanitario in un'ottica di implementazione dei percorsi di cura e assistenza al paziente. Invece, la regione Lombardia ha sempre indirizzato la propria attività alla ricerca dell'eccellenza e al principio della libertà di scelta in capo a ciascuno del luogo di cura.

4. SSR A CONFRONTO: GESTIONE DELLA PANDEMIA

Il Covid-19 è arrivato come un fulmine a ciel sereno e ha sconvolto l'equilibrio italiano, in pochi giorni i contagi si sono diffusi a macchia di leopardo e i morti hanno iniziato ad aumentare in modo esponenziale. Il sistema sanitario è stato travolto dall'impennata di pazienti positivi al virus e bisognosi di cure e in poco tempo si sono dovuti riorganizzare e adoperare per far fronte all'emergenza.

Tra la prima e la seconda ondata, come già visto nei capitoli precedenti, sono apparse al centro dell'attenzione sia la regione Lombardia che la regione Veneto. Queste due entità locali hanno avuto, seppure con numeri leggermente diversi, un impatto piuttosto violento con il virus che è stato affrontato in modo autonomo e con strategie di contenimento sostanzialmente diverse.

Per affrontare gli effetti pandemici dovuti al Covid-19, in Italia, si è provveduto, fin da subito, con diversi decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e ordinanze regionali e del Ministero della Salute, a predisporre una risposta al virus che fosse efficiente e che contenesse gli effetti epidemiologici. Il 5 febbraio 2020, con Decreto del Capo Dipartimento della Protezione Civile, è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) con compiti di supporto e consulenza per le attività di superamento dell'emergenza sanitaria in corso²⁸.

I primi provvedimenti si sono, sostanzialmente, tradotti in misure di sorveglianza sanitaria speciale e divieto di spostamento per i sintomatici.

Contestualmente, attraverso un susseguirsi di decreti-legge si è autorizzato un ampliamento del livello del fondo di finanziamento sanitario standard.

Sul piano operativo, si è disposto l'immediato potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva e tramite linee guida del Ministero della Salute sono stati individuati percorsi di cura specificatamente dedicati a pazienti affetti da Covid-19. Con lo scopo di implementare la rete assistenziale, in un'ottica di urgenza e senza l'iter burocratico di accreditamento standard, sono state attivate aree sanitarie temporanee, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di cura e assistenza. Le regioni sono state chiamate a predisporre Centrali Operative regionali dotate di personale ad hoc che

²⁸ Il CTS è composto da esperti e qualificati rappresentati degli Enti e Amministrazioni dello Stato.

assolvesse alle funzioni di tele-monitoraggio e telemedicina, raccordando così i servizi - urgenza.

A supporto e a cooperazione della rete ospedaliera si è previsto, da parte delle regioni, un'implementazione della rete di assistenza territoriale, in particolare le singole regioni sono state invitate a predisporre e creare Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) chiamate a gestire a domicilio i pazienti affetti da Covid-19 ma che non necessitavano di ricovero.

Inoltre, sono state predisposte una serie di facilitazioni e proroghe inerenti alle attività del sistema sanitario in un'ottica di riduzione degli accessi a ambulatori e strutture mediche.

4.1 Il contributo dei privati accreditati nell'emergenza Covid-19 in Lombardia e Veneto

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, come abbiamo visto, è composto da erogatori pubblici e privati accreditati. In particolare, poi, ogni regione organizza il proprio Sistema Sanitario Regionale ripartendo la gestione dell'erogazione dei servizi tra strutture pubbliche e private accreditate. A livello territoriale si assiste ad una presenza piuttosto cospicua del privato nelle regioni del Nord, dove si presentano in linea con le attività erogate dal sistema pubblico, mentre nelle zone del Sud spesso gli enti privati si occupano solo di specifiche tipologie di assistenza.

Il settore privato-accreditato, nelle azioni di contrasto all'emergenza improvvisa e senza precedenti che si è abbattuta a partire da febbraio 2020, è stato chiamato a contribuire attivamente e supportare gli enti pubblici nelle azioni di contrasto. In un contesto epidemiologico estremamente grave, già dal 1° marzo, il Ministro della Salute aveva disposto l'aumento del 50% dei posti letto in terapia intensiva e del 100% dei posti letto nei reparti di pneumologia e malattie infettive. La predisposizione di nuovi posti letto con dotazione necessaria per il supporto ventilatorio a carico delle singole regioni prevedeva espressamente il coinvolgimento delle strutture private accreditate.

Il decreto "Cura Italia" del 17 marzo, riportante misure urgenti di potenziamento del Sistema Sanitario e di sostegno economico alle famiglie e imprese, prevedeva come

extrema ratio anche la messa a disposizione forzosa di personale, locali e attrezzature sanitarie da indennizzare.

Dal 6 marzo 2020, il privato accreditato ha comunicato la messa a disposizione dei propri posti letto in terapia intensiva e per acuti, per supportare e aiutare lo sforzo già profuso dal SSN. A livello regionale, dunque, sono stati stipulati accordi e si è provveduto a una riorganizzazione della rete ospedaliera con relativa suddivisione delle mansioni e dei servizi assunti dai singoli enti.

La regione Lombardia, al 2018, contava 14.145 posti letto presso strutture private accreditate, pari al 37% del totale SSR. Ad inizio aprile, il 40% della capacità ospedaliera regionale predisposta per i malati Covid-19 era del settore privato che nel corso della pandemia ha visto aumentare i propri posti di terapia intensiva da 270 a 484.

In termini organizzativi, in regione Lombardia, una parte delle strutture del privato accreditato sono state destinate esclusivamente ai malati di coronavirus, invece le restanti strutture del settore hanno continuato ad esercitare attività urgente o non procrastinabili per soggetti negativi al Covid-19.

L'aumento rapido e incessante dei malati Covid ha portato a un ridisegno della rete dei servizi e dell'assistenza sanitaria con particolare attenzione alle patologie cosiddette tempo-dipendenti ossia quelle per cui al verificarsi dell'evento acuto il fattore tempo rappresenta un elemento determinante per il buon esito delle cure. In aggiunta a questa, vengono individuate anche per la rete oncologica, ortopedica, farmacologica e dei laboratori un numero ristretto di strutture dedicate per occuparsi dei flussi di pazienti Covid-free. Tale funzione è stata assolta da diversi ospedali privati accreditati.

Allo stesso tempo, altre strutture private riabilitative o lungo-degenziali venivano predisposte per il ricovero di pazienti Covid paucisintomatici o in fase post-acuta.

L'altra regione, particolarmente colpita dall'epidemia, è il Veneto. Anche in Veneto le strutture private accreditate sono presenti, anche se in proporzione minore rispetto alla regione Lombardia e con un diverso peso sull'intero SSR. Al 2018, nel territorio in questione si contavano 3.422 posti letto privati accreditati, pari al 20% del totale del SSR. L'Unità di crisi regionale, il 15 marzo, ha preparato il Piano di emergenza Covid-19, predisponendo un potenziamento dell'offerta ospedaliera in termini di posti letti per un totale di 2.241 posti letto in più distribuiti tra i reparti di terapia intensiva, pneumologia, sub-intensiva e malattie infettive. A questi si sono aggiunti 110 posti letto ricavati in

strutture intermedie e 740 in ex ospedali riattivati per pazienti paucisintomatici o post-acute. Anche le strutture private sono state interessate dal piano di riordino, in particolare in questi istituti il numero di posti letto è stato aumentato di 381 unità. Nel Piano di riordino sono stati individuati 11 *Covid-Hospital* per la cura dei pazienti positivi al virus, tra cui si contano due strutture private accreditate nelle quali sono state previste l'attivazione di diversi posti letto. Previo accordo con i singoli erogatori, poi, è stata prevista la possibilità di impiegare il personale delle strutture private per attività delle AULSS.

Analizzando i due approcci il contributo delle strutture private è apparso in linea con il ruolo già svolto precedentemente dal privato nelle singole regioni. In Lombardia, dove il settore privato accreditato ricopre una buona parte dei servizi, il coinvolgimento è stato completo sia nella gestione dei malati Covid-19 sia nella gestione delle attività indifferibili, infatti molti centri privati di alta specializzazione sono diventati Hub delle diverse reti predisposte per l'emergenza. In Veneto, invece, dove il ruolo del settore privato è più limitato, queste strutture sono state dedicate prevalentemente alla cura del paziente con coronavirus.

Tabella 4. Il contributo del privato accreditato nell'emergenza Covid-19.

	Veneto	Lombardia
Posti letto privati accreditati (PA), per acuti e totali 2018	per acuti 2.223 totali 3.422	per acuti 8.101 totali 14.145
% su totale SSR	15% 20%	29% 37%
Posti letto PA per emergenza Covid, 2020	381	4.975
% su totale SSR	15%	40%
Posti letto PA Terapia Intensiva (TI), pre-crisi 2020	44	270
% su totale SSR	9%	30%
Posti letto PA di TI per emergenza Covid	65	484
% su totale SSR	8%	28%
Trasformazione strutture PA in Covid Hospital	Sì	Sì

Fonte: Rapporto Oasi 2020, cap. 4 *Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo della risposta del SSN al Covid-19.*

4.2 Regione Veneto

4.2.1 Strategia di contenimento

Il 21 febbraio 2020, data simbolo, vengono riscontrati i primi due casi di paziente positivo all'indagine SARS-Cov-2: uno in Lombardia l'altro a Vò Euganeo in Veneto. Il paziente veneto è un signore di 77 anni, senza pregressi rapporti con persone provenienti dal territorio cinese né essere rientrato da recenti viaggi all'estero. Il 16 febbraio viene ricoverato in ospedale per una insufficienza respiratoria severa che, successivamente, il 21 febbraio verrà confermata essere dovuta ad infezione da Covid-19. Morirà lo stesso giorno.

La strategia di contenimento messa in atto risulterà, almeno in un primo momento e contestualmente a quella che verrà definita come la "prima ondata", essere incentrata su una forte indagine epidemiologica tra i contatti del soggetto risultato positivo.

La strategia generale introdotta dalla regione avrà come obiettivo primario la riduzione dell'incidenza e della gravità dei casi di Covid-19. Per raggiungere questa finalità le azioni attuate sono state diverse e possono essere riassunte così:

- Indagine epidemiologica e isolamento allargato dei contatti stretti: si provvedeva ad effettuare un'indagine del virus per centri concentrici intorno al soggetto positivo. Tutti i soggetti individuati venivano, poi, sottoposti a isolamento domiciliare, per la durata complessiva di quattordici giorni. Il Servizio di Sanità Pubblica (SSP) quotidianamente provvedeva ad effettuare una telefonata per rilevare lo stato di salute del soggetto ed eventuali sintomi. Qualora si fosse verificato un aggravamento della situazione, il personale si attivava per la segnalazione all'USCA²⁹ o per il ricovero ospedaliero.
- Ridurre al minimo il contatto del soggetto con il sistema sanitario: qualora un soggetto riscontri dei sintomi o abbia avuto dei contatti con casi sospetti o accertati dovrà, per prima cosa, chiamare il proprio medico di base che

²⁹ Le USCA, Unità Speciali di Continuità Assistenziale sono delle unità appositamente create per potenziare la presa in carico e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare, paucisintomatici non ricoverati, o persone fragili o affetti da malattie invalidanti.

effettuerà un primo triage telefonico attraverso il quale si accerterà l'ipotesi di una possibile infezione. Qualora dovesse emergere il sospetto, sarà cura del medico segnalare il paziente al SISP e in base alla condizione di salute se ne valuterà le modalità di accesso al test di conferma.

- Rete ospedaliera organizzata ed esclusiva: predisposizione di ospedali dedicati esclusivamente ai pazienti positivi al Covid-19 e aumento dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva.
- Sicurezza degli operatori sanitari: gli operatori entrati in contatto senza DPI con un caso positivo al Covid-19 vengono testati e sottoposti a isolamento domiciliare.

Complessivamente, dunque, appare chiaro, fin da subito, che la regione Veneto si sia adoperata, da un lato, in modo da contenere il più possibile il dilagare dell'infezione tramite isolamento domiciliare, non solo del paziente positivo ma anche dell'intera cerchia di contatti stretti, e dall'altro, per cercare di ridurre al minimo la pressione sugli ospedali andando a implementare il sistema di assistenza territoriale, anche con la creazione di unità ad hoc, e provvedendo all'ospedalizzazione dei soli pazienti che lo necessitassero. Queste strategie unitamente alla creazione di strutture dedicate esclusivamente ai pazienti Covid-19 hanno permesso una gestione più controllata e organizzata della pandemia.

La strategia di sanità pubblica implementata dal Veneto aveva l'obiettivo di interrompere i flussi di trasmissione virale, cercando di intercettare e isolare, anticipatamente, tutti coloro fossero entrati in contatto con il virus e implementando una diffusa indagine epidemiologica di ricerca e messa in quarantena dei contatti. Questo assetto ha comportato una veloce e completa riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS in qualità di coordinatori delle azioni, e contestualmente un'implementazione dei sistemi informatici di trasmissione dati, l'ampliamento della rete di laboratori per la processazione del maggior numero possibile di tamponi e la creazione di protocolli ad hoc per la presa in carico del paziente positivo. Un meccanismo così complesso e articolato ha richiesto una forte sinergia tra operatori e strutture in un'ottica di sistema integrato, indispensabile per la buona riuscita della strategia di sanità pubblica.

A seguito dell'individuazione dei primi pazienti Covid-19, tra cui quello di Vò Euganeo, il Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della regione Veneto disponeva l'isolamento del comune padovano e l'Unità di Crisi regionale avviava uno screening sull'intera popolazione residente nei confini comunali tramite tampone rinofaringeo. In data 12 marzo, la regione per contrastare e limitare ulteriormente il dilagare dei contagi decideva di introdurre nelle azioni di tracciamento e isolamento preventivo anche tutti coloro identificati come contatti occasionali per ogni paziente Covid-positivo.

4.2.2 I soggetti coinvolti

Nell'ambito operativo della gestione di risposta alla pandemia di Covid-19, la regione Veneto già con decreto n. 3 del 30/01/2020 istituiva, nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica, la *Task Force Regionale 2019-nCov* con il compito di definire le misure urgenti di prevenzione e contenimento dell'epidemia. Già con Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 443 del 20/03/2012 venivano predisposti per ciascuna Azienda ULSS un Comitato per l'Emergenza in Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR), al fine di predisporre una rete di gestione di eventuali urgenze epidemiologiche. Con il DGR n. 269 del 2/03/2020 viene istituito il Comitato Tecnico Scientifico per fornire indicazioni e linee guida in relazione al rischio sanitario e di infezioni da Covid-19, e supportare la Task Force nell'elaborazione di protocolli organizzativi e di comportamento.

Figura 12. Gli Enti Preposti alla gestione dell'emergenza da Covid-19

GLI ENTI PREPOSTI ALLA GESTIONE DELL'EMERGENZA



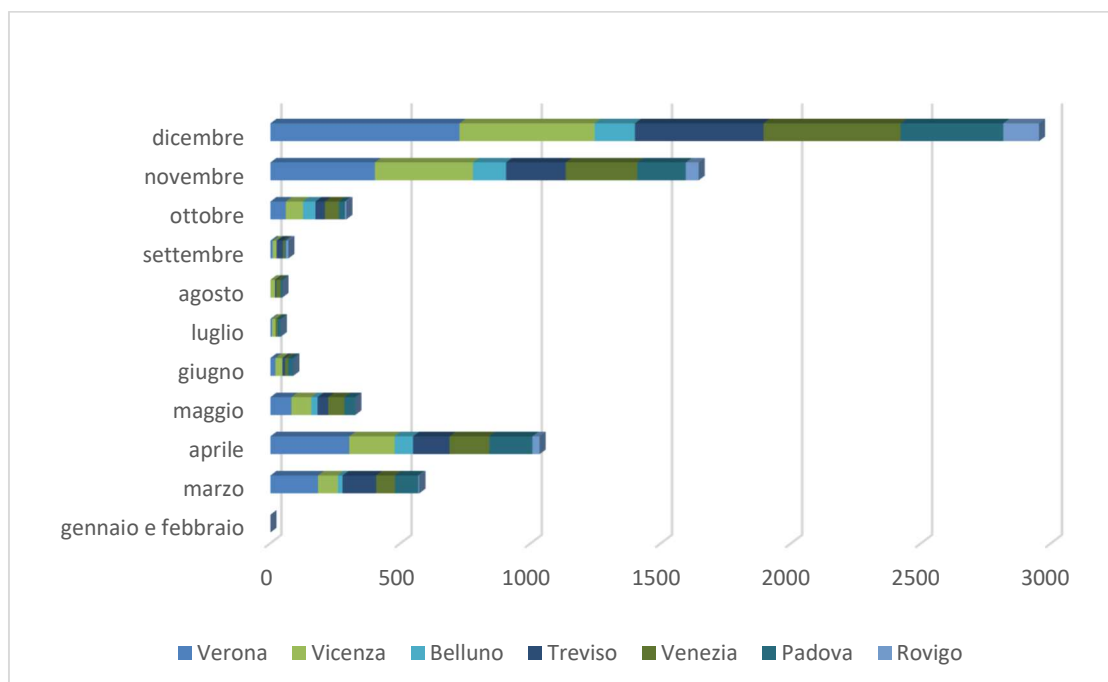
Fonte: Report "Azioni attuate per il contenimento dell'infezione da Covid-19 nel Veneto. Fase 1" a cura di Francesca Russo, Federica Michieletto, Francesca Zanella. *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria—Regione del Veneto*

Come già esposto precedentemente, l'organizzazione del sistema sociosanitario veneto risulta essere tripartita, e anche nella gestione inerente al Covid-19 si è assistito a una tripartizione delle azioni. La Regione, in particolare Area Sanità e Sociale e Protezione Civile, si è occupata della gestione complessiva dell'emergenza Covid-19. Le sue attività sono state, prevalentemente, di carattere organizzativo e gestionale avendo provveduto all'istituzione della Task Force e del Comitato Tecnico Scientifico, nonché alla predisposizione di procedure operative regionali per operatori del servizio sanitario, e raccolta e diffusione dati in termini epidemiologici e di informazione alla popolazione. L'azienda Zero, invece, si è occupata della creazione di un gruppo di lavoro per l'analisi dell'andamento dell'epidemia da Covid-19, nonché si occupa di assicurare il giusto approvvigionamento di dispositivi di protezione individuali e macchinari alle aziende e della raccolta, analisi e pubblicazione dei dati epidemiologici regionali. Infine, le singole Aziende ULSS assolvono ai compiti operativi quali la gestione dell'epidemia a livello territoriale, dall'organizzazione e la predisposizione dei percorsi di cura all'attività di ricerca epidemiologica, nonché alle attività volte a garantire e monitorare il giusto apporto di personale e dispositivi in tutte le strutture. A questi enti si aggiungono, per completare l'organizzazione, i laboratori individuati per la processazione dei tamponi e

altri organi istituzionali quali Prefetture e Polizia per il completamento del sistema di coordinamento e sorveglianza.

4.2.3 Andamento dei decessi

Figura 13. Andamento mensile dei decessi a causa del Covid-19 nelle province venete, anno 2020



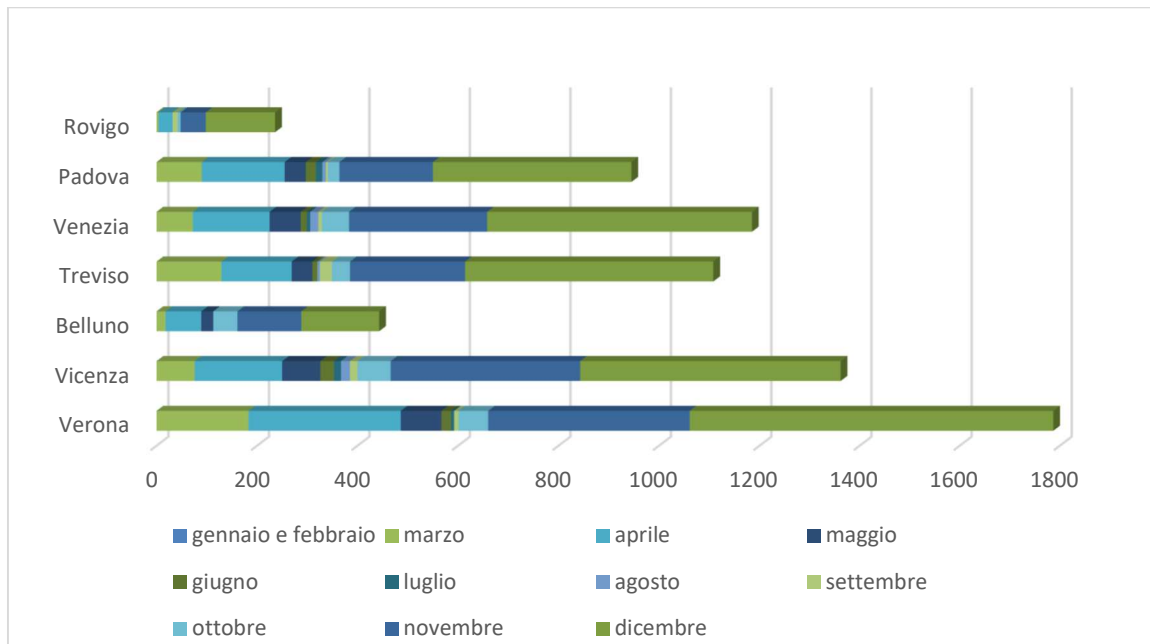
Fonte: elaborazione dati Istat, ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Passando all'analisi, puntuale, di alcuni dati, notiamo che anche all'interno della regione Veneto si è osservato quell'andamento, rilevato anche a livello nazionale, di morti tale per cui i livelli minimi si sono riscontrati nei mesi estivi. Il grafico soprastante ben evidenzia come il primo picco di decessi per causa Covid-19 si sia verificato nel mese di aprile, relativamente al periodo di lockdown nazionale. Segue, poi, il periodo estivo nel quale il numero di morti si riduce esponenzialmente, per poi risalire e impattare in maniera ancora più incisiva negli ultimi due mesi dell'anno. Nell'analizzare i dati, bisogna tuttavia considerare che nel corso dei mesi è aumentata anche la capacità diagnostica e di conseguenza, anche il numero di morti accertati Covid-19 potrebbe risultare influenzato da questo fattore.

In merito a questo aspetto, si rilevano, infatti zero decessi da Covid-19 nei mesi di gennaio-febbraio 2020, quando verosimilmente la circolazione del virus era già iniziata anche in Italia ma ancora non se ne conosceva l'esistenza e la pericolosità.

Complessivamente, secondo i dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità e il Sistema di sorveglianza integrata Covid-19, in Italia nel corso dell'anno 2020 si sono accertati 75.891 decessi a causa del Covid-19, ma considerando l'iniziale impreparazione e disorganizzazione probabilmente le morti potrebbero essere molte di più.

Figura 14. Andamento dei decessi a causa del Covid-19 suddivisi per province durante il 2020, regione Veneto



Fonte: elaborazione dati Istat e ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

Temporalmente, si nota una sostanziale omogeneità tra l'andamento complessivo italiano e quello regionale (c'è da ricordare che il Veneto, come le regioni del Nord, è stato uno dei primi territori ad essere colpito), con picchi di decessi riscontrati in corrispondenza di quelle che vengono definite *Prima Ondata* e *Seconda Ondata*. L'andamento della mortalità, a causa del Covid-19, a livello provinciale è risultato più disomogeneo, soprattutto in relazione ai primi mesi di diffusione. Dal grafico, appare evidente che province come Rovigo e Belluno relativamente al mese di marzo sembrerebbero essere coinvolte marginalmente nella diffusione del virus, mentre

Verona, in particolar modo, e Treviso siano quelle in cui il numero di decessi risulta superiore. I numeri in valore assoluto ci dicono che nel mese di aprile, che abbiamo visto essere quello con il maggior numero di morti della prima ondata, la provincia di Verona riscontra 303 morti da Covid-19 su un totale complessivo di 1.089 decessi, con un'incidenza del 28% sul totale³⁰. Segue Vicenza con 174, Padova con 165, Venezia con 153, Treviso con 140, Belluno con 71 e Rovigo 28. A partire dal mese di maggio, poi, i numeri iniziano progressivamente ad abbassarsi, Verona passa da 303 a soli 81 casi mensili, per poi nei tre mesi estivi di giugno, luglio e agosto attestarsi con numero inferiori alle 30 unità in ciascuna provincia.

I numeri, tuttavia, si fanno decisamente più elevati durante quella che gli scienziati hanno definito *Seconda Ondata*, ossia il periodo a partire da ottobre 2020, durante il quale a livello nazionale e internazionale gli effetti del virus si sono fatti sentire in maniera pesante.

A livello regionale si attesta, dunque, un aumento progressivo dei casi che vede, relativamente all'anno 2020, il suo punto di massimo nel mese di dicembre quando nella sola provincia di Verona, che rimane la più colpita, si riscontrano 726 decessi, seguono le altre provincie con dati intorno ai 500 decessi mensili, e anche Rovigo e Belluno attestano rispettivamente 138 e 155 morti. Rispetto alla precedente ondata ci si trova di fronte ad uno scenario aggravatosi con numeri nettamente in rialzo. La rapidità e la violenza del virus in questi mesi può essere valutata anche alla luce del tasso di aumento mensile dei decessi che, risultano, nella maggior parte dei casi, raddoppiati se non addirittura triplicati.

³⁰ I dati riferiti alla mortalità per Covid-19 provengono dal Sistema di Sorveglianza Integrata Covid-19 dell'ISS, mentre quelli riferiti alla mortalità totale appartengono all'Istat.

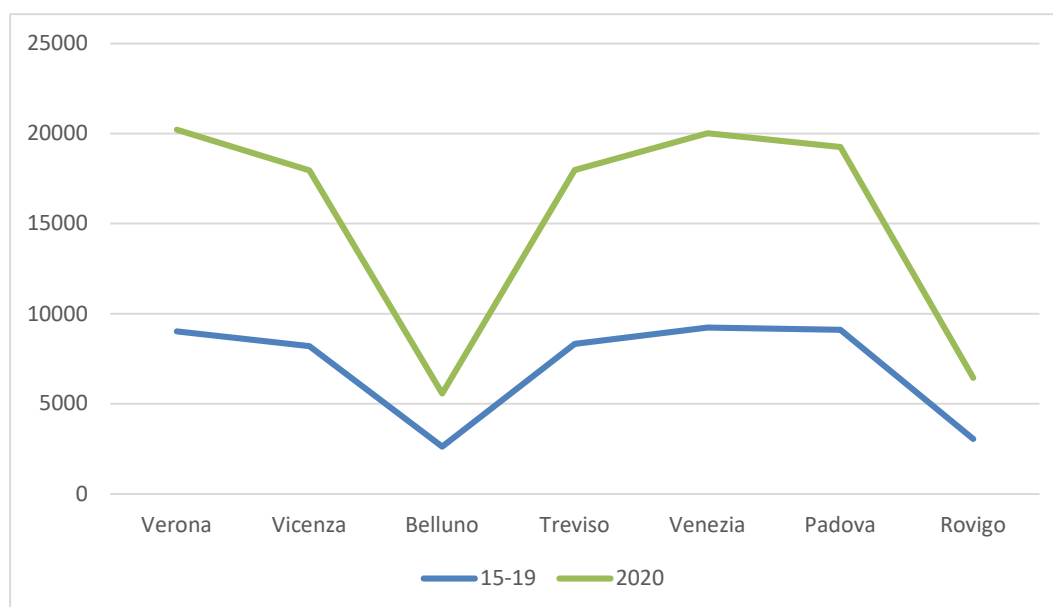
Tabella 5. Decessi per coronavirus ripartiti per provincia, anno 2020

Provincia	gen-20 e feb-20	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20	totale
Verona	0	183	303	81	19	6	<3	9	59	401	726	1789
Vicenza	0	76	174	76	27	14	18	15	66	377	519	1362
Belluno	0	18	71	24	<3	<3	0	0	48	127	155	445
Treviso	<3	129	140	41	10	<3	5	24	36	229	494	1112
Venezia	0	72	153	62	12	7	16	7	54	275	527	1185
Padova	<3	90	165	42	20	13	7	4	23	186	395	946
Rovigo	0	4	28	<3	<3	0	0	10	6	50	138	240

Fonte: ISS Servizio di sorveglianza integrata Covid-19.

Complessivamente si è contato a fine anno 2020 un totale di 7.079 casi di decessi a causa Covid-19 nell'intera regione Veneto, e contestualmente le morti totali per qualsiasi causa sono stati pari a 57.836. L'incidenza percentuale del virus si è dunque attestata pari a 12%. Nello stesso arco temporale, mediamente tra il 2011 e 2019 sono morti 49.573.

Figura 15. Confronto tra la curva dei decessi, per il complesso delle cause, del 2020 con i valori medi per lo stesso periodo del 2015-2019



Fonte: elaborazione dati Istat

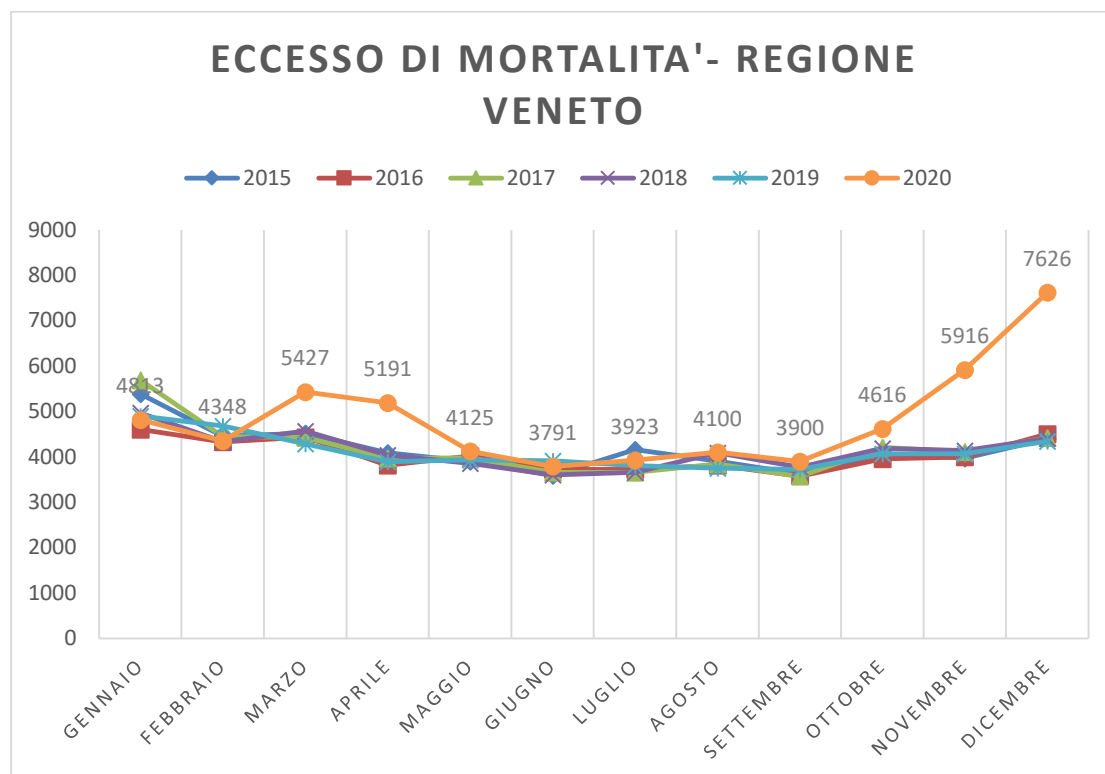
Dal grafico soprastante si rileva l'andamento della curva dei decessi totali rilevati nel corso del 2020 in relazione alla media delle morti dello stesso periodo degli anni dal 2015 al 2019. Territorialmente le province hanno mantenuto un andamento parallelo, con aumenti nel 2020 variabili da area ad area per effetto anche delle morti da Covid-19.

Il periodo marzo-maggio, identificato formalmente come prima ondata del virus, ha rilevato un numero di decessi pari a 14.764, di cui se ne identificano 1.934 a causa del Covid-19, pari al 13%. Analizzando i decessi totali medi del periodo marzo-maggio rilevati negli anni 2015-2019 questi sono risultati essere 12.361, mentre quelli del 2020 sono pari a 14.764 con un incremento netto di 2.403 morti. L'aumento percentuale di decessi del periodo risulta, dunque, essere pari al 19,44%.

Il periodo ottobre-dicembre ha portato un totale di 18.173 decessi per ogni causa di morte, con un numero di decessi Covid-19 pari a 4.891 con un'incidenza percentuale del 27%. Analizzando i decessi medi totali del periodo ottobre-dicembre relativi agli anni 2015-2019 si riscontra che questi erano pari 12.581, mentre nello stesso periodo nell'anno 2020 i decessi totali sono stati 18.173 con un incremento netto di 5.592 unità, pari al 44,4%. L'incremento di mortalità complessiva regionale è risultato, dunque, pressoché doppio rispetto a quello verificatosi in corrispondenza della prima ondata.

Il bilancio della prima fase dell'epidemia, in termini di eccesso di mortalità, sembrerebbe essere piuttosto clemente con la regione Veneto, che seppure la media italiana attesti un incremento medio di decessi nelle regioni del Nord compreso tra il 42% e il 47%, invece come abbiamo visto la regione in riferimento si ferma ad un solo 19,44%.

Figura 16. Eccesso di mortalità mensile, confronto tra anno 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015.



Fonte: Istat

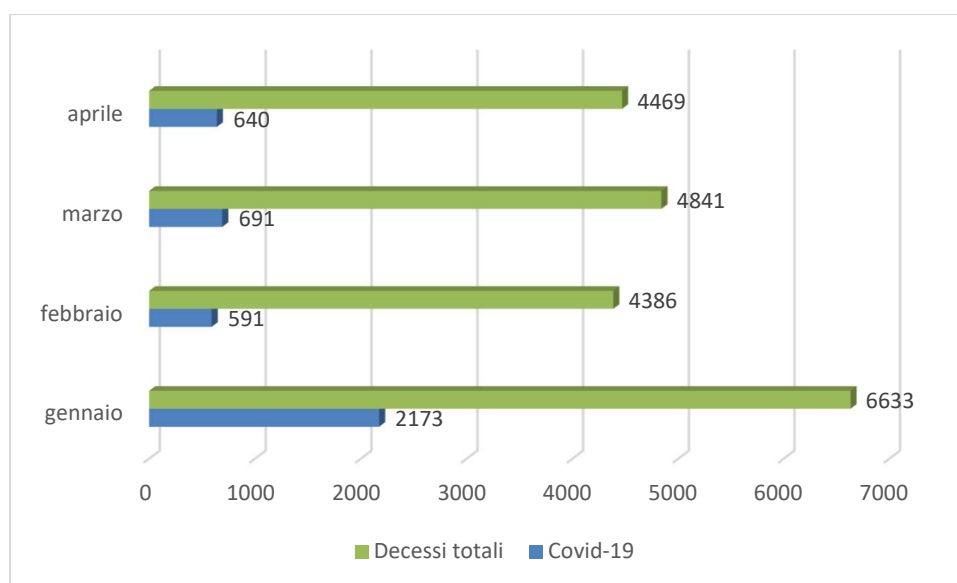
L'eccesso di mortalità, così analizzato, serve per cogliere l'impatto complessivo dell'epidemia tenendo conto non solo dei decessi identificati come causati dal Covid-19 ma anche quelli che, seppure non direttamente causati dal virus in questione, sono stati determinati dalla situazione complessiva causata dalla lotta al virus. In particolare, partendo da questo presupposto si assume che da un lato il Covid-19 non produca morti solo in modo diretto ma anche indirettamente e dall'altro che il dato riferito alla mortalità per Covid-19 riportato dalla Sorveglianza Nazionale integrata Covid-19 fornisce una misura parziale del fenomeno perché riferito solamente ai deceduti con diagnosi di positività, indicatore influenzato, dunque, dalla modalità di classificazione delle cause di morte e dall'effettuazione di un test.

La distribuzione mensile dei casi di Covid-19, segnalati dalle Regioni e raccolti dal Sistema di sorveglianza integrata Covid-19, ha attestato per l'anno 2020 nella regione Veneto un numero complessivo di casi pari a 261.747, così distribuiti: 18.426 nel periodo

marzo-maggio, 8.793 nel periodo giugno-settembre e 234.256 nel periodo ottobre-dicembre.

Nei primi mesi del nuovo anno 2021³¹, si può osservare che il numero di decessi a causa del Covid-19 presenta una tendenza in calo rispetto all'ultimo picco verificatosi nel mese di novembre 2020. Gennaio si chiude con un totale di morti pari a 6.633 di cui 2.173 a causa del coronavirus, febbraio, invece, si assesta su un totale di morti pari a 4.386 di cui 591 a causa del Covid-19. Il primo bimestre del nuovo anno, dunque, nella regione Veneto sembra auspicare un andamento in diminuzione delle morti dopo il picco verificatosi in concomitanza della seconda ondata epidemica. Marzo, tuttavia, sembra segnalare un nuovo incremento di morti, se ne contano 4.841 in totale di cui 691 a causa del Covid-19, sebbene questa leggera flessione in aumento, però, poi i dati in concomitanza con il mese di aprile si presentano nuovamente in calo con 4.469 decessi di cui 640 a causa del coronavirus.

Figura 17. Andamento dei decessi totali e a causa Covid-19 nei primi quattro mesi del 2021, regione Veneto. (I dati del mese di aprile si considerano stimati).



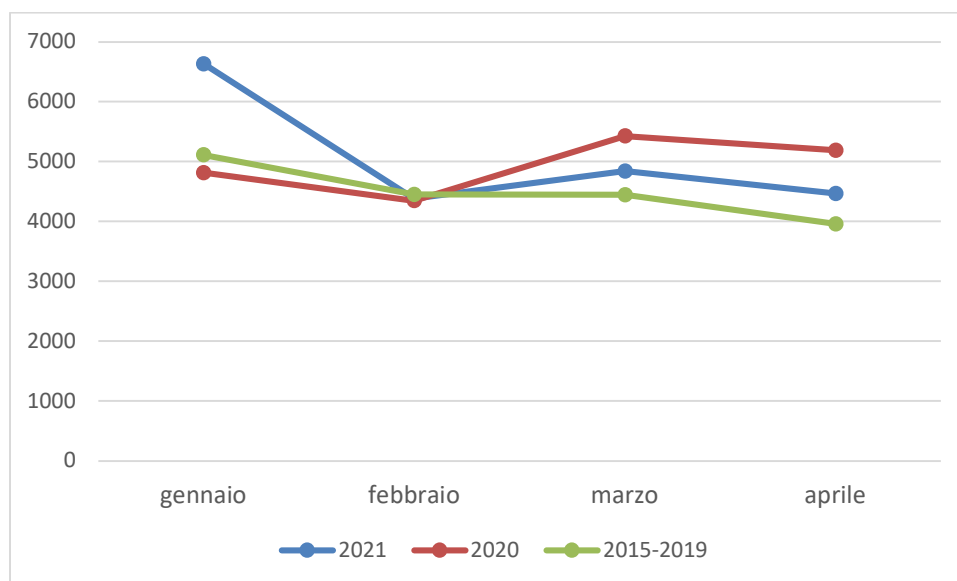
Fonte: elaborazione dati Istat e ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

L'andamento dei decessi verificatisi nel 2021, per il complesso delle cause, denota una sostanziale riduzione dell'eccesso di mortalità rispetto alla media dei mesi

³¹ I dati relativi al mese di aprile 2021 si considerino stimati.

corrispondenti del periodo 2015-2019, mentre rimangono per il primo bimestre superiori allo stesso periodo del 2020. Marzo e aprile 2021, poi, hanno segnato un incremento dell'eccesso di mortalità riferito ai dati del 2015-2019 ma, tuttavia, si sono mantenuti al di sotto di quanto rilevato nel medesimo periodo del 2020.

Figura 18. Eccesso di mortalità primi quattro mesi dell'anno, confronto tra anni 2021, 2020, e media 2015-2019.

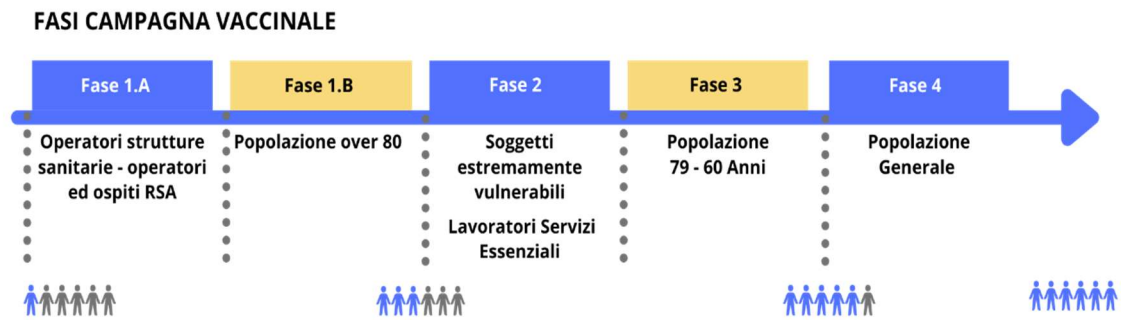


Fonte: elaborazione dati Istat.

4.2.4. Campagna vaccinale

La campagna vaccinale nella regione Veneto ha avuto inizio, come da iniziativa europea, il 27 dicembre 2020 in occasione del *Vaccine day*. La somministrazione delle dosi ha seguito l'ordine di priorità stabilito a livello nazionale che tiene conto dei diversi fattori di rischio delle persone e, contestualmente, del numero e delle tipologie di vaccino disponibili. In totale si calcola una popolazione vaccinabile (con età superiore ai 18 anni) di 4.128.295, di cui 1.101.192 appartenenti alla classe di età 60-79 anni e 359.169 alla classe over 80 anni.

Figura 19. Fasi della campagna vaccinale contro il Covid -19



Fonte: Regione del Veneto

Come illustrato dalla figura soprastante la vaccinazione ha interessato dapprima gli operatori socio-sanitari e tutti gli operatori e gli ospiti delle RSA, segue la popolazione over 80. In una fase successiva, denominata *Fase 2*, si prevede la somministrazione ai soggetti vulnerabili e ai lavoratori dei servizi essenziali, nella *Fase 3* si procederà con la popolazione tra i 79 e i 60 anni e infine verrà vaccinata la popolazione restante.

Nella cosiddetta Fase 1.A si è dato seguito alla vaccinazione nelle strutture ospedaliere e territoriali, con vaccini Pfizer e Moderna, del personale sanitario delle strutture ospedaliere sia pubbliche che private, ospiti e personale delle strutture socio-sanitarie territoriali e il personale sanitario di altre amministrazioni pubbliche.

Nella Fase 1.B, a partire dal 15 febbraio, la fascia di popolazione chiamata alla vaccinazione comprende tutti coloro che hanno un'età superiore ad 80 anni. Il Veneto conta una popolazione anziana di circa 359.169 persone, e procederà per classi a partire da quella del 1941 su convocazione delle rispettive ULSS di riferimento.

Per la vaccinazione della popolazione in oggetto sono stati creati dei Centri di Vaccinazione di Popolazione (CVP), luoghi nei quali offrire una vaccinazione rapida e sicura ad un numero elevato di persone³².

La Fase 2, a partire dal 22 febbraio, ha rivolto l'offerta vaccinale alle persone estremamente vulnerabili, ossia affetti da patologie severe e/o immunodeficienza rientranti nelle Aree di Patologia individuate a livello nazionale e identificate sulla base di un maggiore rischio e di condizione di fragilità. La platea di offerta si è, successivamente, ampliata anche ai conviventi a partire dal 1° marzo 2021.

³² Si prevede l'istituzione di un CVP ogni 20.000-100.000 abitanti in base al bacino d'utenza.

I soggetti appartenenti a tali categorie, dovranno presentarsi per la vaccinazione presso i Punti di Vaccinazione Ospedalieri dei Centri Specialistici.

Nella cosiddetta Fase 2 venivano ricompresi anche coloro che svolgono attività lavorativa rientrante tra i servizi essenziali. A partire dal 15 febbraio verranno vaccinati i soggetti appartenenti alla categoria sopraindicata di età compresa tra 18 e 65 anni senza patologie. L'indicazione iniziale prevedeva la somministrazione del siero AstraZeneca ai soggetti indicati e individuati in personale docente e non docente scolastico e universitario e il personale delle forze armate e di polizia.

La Fase 3 della campagna vaccinale prescrive la somministrazione del vaccino alle persone comprese tra i 79 e i 60 anni, a partire, in ordine di priorità, da quelle comprese tra i 79 e i 70 anni. A decorrere dal 3/05/2021 avrà inizio il ciclo vaccinale per coloro che hanno un'età compresa tra i 60 e 69 anni.

Nella fase finale, denominata Fase 4, si darà seguito alla vaccinazione della restante popolazione di età inferiore ai 60 anni e non ricompresa nelle precedenti categorie di priorità. A partire dal 15 maggio 2021, e secondo l'ordine di priorità prefissato, potranno accedere alla vaccinazione tramite prenotazione online tutte le persone ricomprese nella fascia d'età 12-59.

La prima fascia ad essere vaccinata sarà quella delle persone tra i 50 e i 59 anni che a partire dal 10/05/2021 vedranno l'inizio del ciclo di vaccinazione a loro dedicato, a seguire dal 14/05/2021 sarà il turno di coloro che hanno un'età compresa tra i 40 e i 49 anni e infine, a partire dal 7/06/2021 inizieranno le somministrazioni a coloro che si collocano nella fascia d'età ricompresa tra i 39 e i 12 anni.

Nelle ultime fasi della campagna è stato attivato il portale unico della regione Veneto per la prenotazione online del Vaccino Anti Covid, a cui possono accedere tutti i cittadini da un qualsiasi supporto informatico inserendo il proprio codice fiscale; per chi dovesse avere difficoltà ci si potrà rivolgere alle farmacie, al proprio comune di residenza o ad eventuali associazioni che offrono il servizio.

Resta fermo che la vaccinazione per i soggetti, rientranti nelle categorie target, impossibilitati a spostarsi verrà garantita attraverso la somministrazione a domicilio in base alle modalità organizzative istituite dalle singole ULSS.

Si precisa che tale prospetto rappresenta una programmazione indicativa formulata sulla base delle informazioni attualmente disponibili e delle possibili previsioni relative alla distribuzione dei vaccini.

4.2.5 Andamento delle vaccinazioni

In fase di organizzazione della campagna, si è individuato una popolazione potenzialmente vaccinabile (>18 anni) pari a 4.128.295, di cui 1.101.192 appartenenti alla fascia di età 60-69 e 359.169 con età superiore a 80 anni.

Tabella 6. Popolazione per fascia d'età

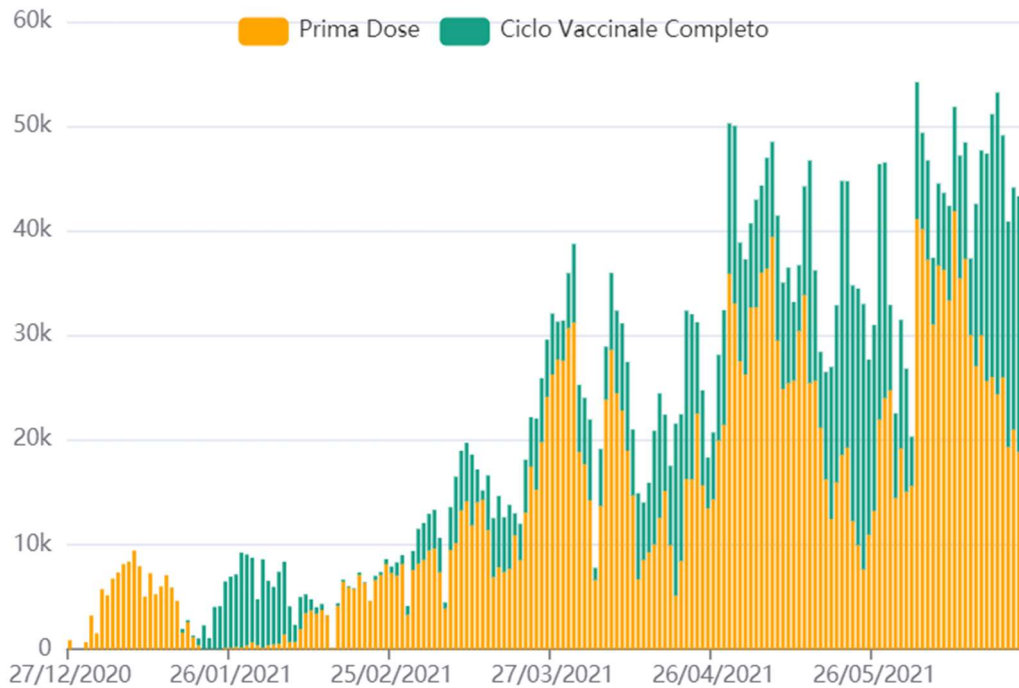
Età	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
Pop	69.827	65.394	63.853	62.603	60.199	59.091	56.988	55.796	54.847	56.927
Età	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
Pop	55.875	57.242	55.483	59.645	40.517	46.371	46.749	44.749	43.721	45.315
Età	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
Pop	43.346	40.509	35.674	31.779	30.785	28.075	23.966	21.988	19.458	18.007
Età	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Pop	14.202	12.297	10.332	7.946	6.273	4.628	3.618	2.412	1.664	1.068
Età	≥100	Totale								
Pop	1.142	1.460.361								

Fonte: Regione Veneto

Dall'inizio della campagna vaccinale alla data del 23 giugno 2021, nella regione Veneto si contano 3.814.166 dosi somministrate su un totale di 4.053.470 dosi disponibili (pari al 94,1% del totale disponibile). La popolazione complessiva risulta vaccinata con una dose per il 50,7 %, mentre si attesta pari al 25,7% la percentuale di popolazione veneta che ha ricevuto tutte le dosi previste (prima e seconda dose o dose unica).

Il grafico sottostante mostra una panoramica dell'andamento delle vaccinazioni effettuate per data a partire dall'inizio della campagna vaccinale. Si può rilevare una somministrazione piuttosto elevata e con il trascorrere dei mesi anche un innalzamento del numero di persone immunizzate a seguito del completamento del ciclo vaccinale.

Figura 20. Dosi somministrate per data, regione Veneto. Dati aggiornati al 23/06/2021



Fonte: Report regione Veneto, dati vaccinazione.

<https://regione.veneto.it/dati-vaccinazioni/>

Nella iniziale distribuzione dei vaccini per categoria, anche nella regione Veneto, si rintracciano le linee guida emanate dal governo con lo scopo di immunizzare le persone maggiormente vulnerabili o esposte a un maggior rischio sanitario quali over 80 e operatori socio-sanitari

Complessivamente nel territorio si contano 218 punti di somministrazioni tra territoriali e ospedalieri.

4.3 Regione Lombardia

4.3.1 Assetto organizzativo

La regione Lombardia, come sappiamo, si è ritrovata ad affrontare a causa del Covid-19, una delle più importanti e disastrose situazioni emergenziali degli ultimi anni. A partire da marzo 2020 il dilagare del virus ha fatto sentire i suoi effetti, in particolar modo, nelle regioni del Nord e in maniera più pesante in Lombardia.

Il primo caso di paziente positivo al Covid-19 è stato riscontrato il 20 febbraio a Codogno, un comune di 15.000 abitanti in provincia di Lodi. Su disposizione del governo, dal 24 febbraio Codogno viene messo in isolamento e da quel momento, in pochi giorni, i numeri si sono moltiplicati e si sono individuati diversi focolai.

La strategia messa in atto dalla regione Lombardia si è concretizzata, inizialmente, nell'analisi e raccolta dei dati per comprendere la pandemia, nel potenziamento della capacità diagnostica e la promozione dell'assistenza ospedaliera. Ed è proprio quest'ultimo, l'aspetto riconoscibile e individuabile nel contesto lombardo e che ne ha segnato e delineato la macchina organizzativa di contrasto al virus. Infatti, se negli aspetti relativi alla ricerca e analisi di dati e potenziamento della capacità diagnostica si ritrovano gli indirizzi generali di governo, è nell'attenzione e la promozione della cura ospedaliera che si rintraccia la peculiarità lombarda.

L'approccio incentrato sul paziente, come quello della sanità regionale lombarda, ha comportato che medici, personale sanitario e ospedali si ritrovassero a fronteggiare in prima linea, e talvolta a corto di dispositivi di sicurezza, l'onda inarrestabile dei contagi. In mancanza di altre alternative, i pazienti, di qualsiasi gravità, sono stati inviati negli ospedali che in poco tempo si sono riempiti e sovraccaricati. Si è cercato, poi, di identificare strutture per la cura esclusiva di pazienti Covid-19, ma essendo questi ormai molti la differenziazione degli istituti di cura è risultata, praticamente, impossibile.

Il modello sanitario lombardo si contraddistingue per una rete ospedaliera di eccellenza. Un'impostazione, così, "*ospedalocentrica*" alla prova del coronavirus, ha, tuttavia, evidenziato delle problematiche di fondo che la legge di riforma del 2015 aveva tentato di sanare. Con l'irrompere della pandemia, il sistema lombardo sembrava potesse essere in grado di rispondere alla crisi emergente nel migliore dei modi, invece la

concentrazione sui caratteri di eccellenza ha fatto dimenticare il sistema delle cure territoriali. Al centro della riforma si trovava proprio la sanità del territorio e l'integrazione tra sociale e sanitario, in un'ottica di riduzione della centralità dell'ospedale. Da questa idea si era progettato una complessa articolazione territoriale che valorizzasse, proprio, le strutture distrettuali e territoriali.

4.3.2 Gli attori

Nella ricostruzione della mappa del potere nella gestione dell'emergenza coronavirus ha svolto un ruolo centrale la Direzione Welfare a cui fanno capo sia la Task Force che l'Unità di Crisi istituite in data 12 marzo.

L'unità di Crisi si presenta come un organo piuttosto ampio, composto da ben 154 persone e con il compito di dare supporto e soluzioni in casi emergenziali. Contestualmente, è stata istituita anche la Task Force Covid-19, organizzazione più piccola composta da sole 16 persone. Infine, chiude il quadro delle strutture create ad hoc per la gestione dell'emergenza in regione, il Comitato Tecnico Scientifico istituito il 7 aprile e composto da 26 persone con competenze tecnico-scientifiche.

Complessivamente, dunque, la Direzione regionale Welfare rappresenta l'epicentro dell'intero sistema e sotto di essa sono state create sia la task force che il Comitato Tecnico Scientifico, la creazione dell'Unità di crisi risulta invece dovuta per delibera della protezione civile nazionale.

Mancando, a livello organizzativo, un robusto apparato di sanità territoriale, gli ospedali hanno assunto il ruolo di centro di riferimento dei contagiati e dei malati diventando, questi stessi, luoghi di diffusione del virus.

I limiti del SSR in ambito territoriale sono ben emersi dall'analisi della gestione delle RSA, residenze sanitarie assistenziali, che in poco tempo sono diventate vettori di contagio sia all'interno che all'esterno. Il sistema lombardo delle RSA è ben presto entrato in crisi, dal momento che, vista la veloce saturazione degli ospedali, si è deciso di dirottare i pazienti in eccesso in queste strutture senza un opportuno protocollo per l'invio in sicurezza dei pazienti nelle RSA. Questa scelta ha comportato l'insorgere di diverse problematiche, dovute anche al fatto che spesso mancavano sia personale che dispositivi di protezione individuale. Lo scenario creatosi vedeva quindi un'impennata di

contagi, soprattutto tra le persone fragili residenti all'interno delle strutture e una conseguente diffusione anche tra il personale sanitario.

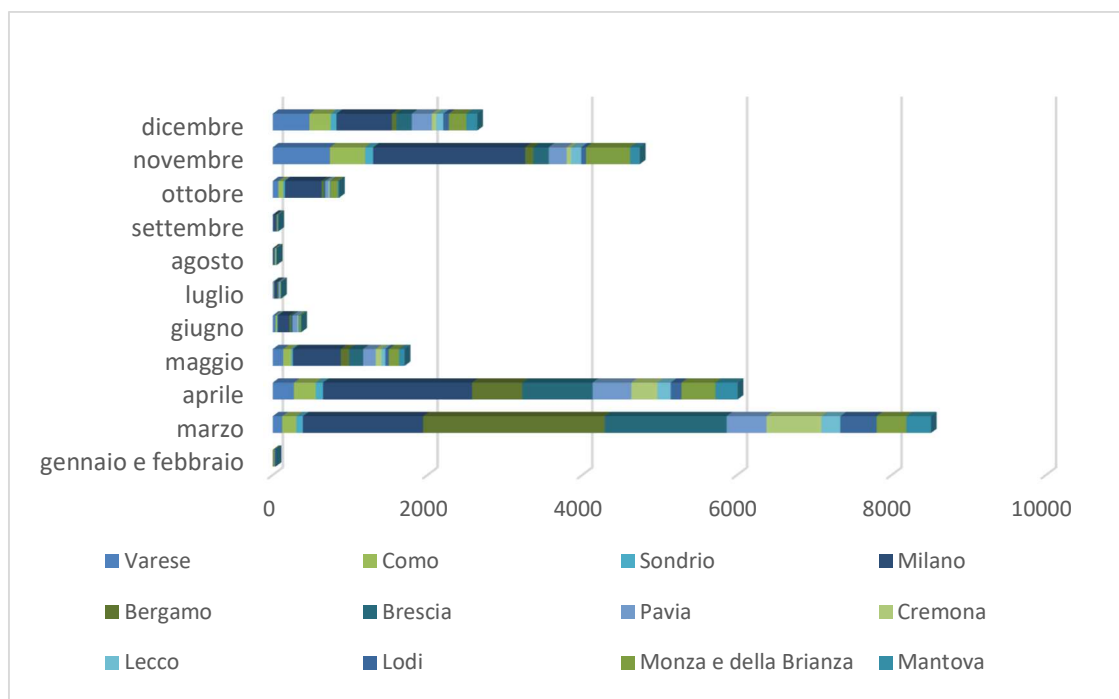
In seconda battuta, poi, sempre per alleggerire la pressione sulla rete ospedaliera si è decretato il blocco degli accessi in ospedale a tutti gli anziani ricoverati nelle strutture di cura, scelta che in molti casi ha comportato l'assenza di cure adeguate e conseguente abbandono dei pazienti.

Il sistema, senza linee di comportamento ad hoc e senza misure di tracciamento del contagio, ha ben presto collassato impedendo la giusta assistenza ai pazienti.

In aggiunta la regione Lombardia si è dimostrata, pressoché incapace nell'attività di sorveglianza attiva dei contagi, con un numero di tamponi di gran lunga inferiore rispetto alle regioni confinanti.

4.3.3 Andamento dei decessi

Figura 21. Andamento mensile dei decessi a causa del Covid-19 nelle province lombarde, 2020.



Fonte: elaborazione dati ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Il grafico soprastante illustra l'andamento dei decessi di pazienti con diagnosi di Covid-19 durante l'intero anno 2020. Appaiono evidenti gli effetti del virus in corrispondenza

della prima e della seconda ondata, in particolare si nota come il mese di marzo abbia segnato il primato in regione Lombardia. Poi, come da tendenza nazionale, i mesi estivi hanno corrisposto a una curva dei decessi in forte discesa per poi ricrescere a partire dal mese di ottobre. Lo scenario drammatico, all'interno della regione Lombardia, che è risultato il primo territorio per contagi e morti da Covid-19, lo si è rilevato durante i mesi di marzo e aprile ossia in corrispondenza della prima ondata.

Solamente in questi due mesi il numero di decessi a causa del coronavirus è stato pari a 14.518, il 58% del totale dei decessi Covid-19 dell'anno.

Nell'analizzare questi dati, non si può prescindere dalla considerazione che la regione in questione si è vista travolgere, sostanzialmente impreparata, dal dilagare del virus che è stato arginato, come detto precedentemente, con una certa propensione all'ospedalizzazione tanto che le stesse strutture sanitarie sono diventate luogo di contagio e diffusione del coronavirus.

Le morti, poi, sono aumentate nuovamente in corrispondenza della seconda ondata e in particolare nel mese di novembre.

Figura 22. Andamento dei decessi a causa del Covid-19 suddivisi per province, regione Lombardia. Anno 2020



Fonte: elaborazione dati ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

A livello provinciale, si nota come la distribuzione delle morti per coronavirus sono variamente ripartite tra le province lombarde, ma in particolare come ci si potrebbe aspettare la provincia di Milano risulta la più colpita. Complessivamente per l'intero anno 2020 i decessi in provincia di Milano sono stati 7.509, il 30% del totale delle morti della regione (25.120).

Tuttavia, sebbene Milano cumulativamente sia la provincia maggiormente colpita, nel mese di marzo il primato è spettato alla provincia di Bergamo con 2.347 decessi rispetto ai 1.553 della provincia di Milano. Particolarmente colpita dall'ondata di coronavirus è stata anche la provincia di Brescia che nel solo mese di marzo ha contato 1.574 decessi.

Tabella 7. Popolazione residente in ciascuna provincia al 1.1.2020 e relativi decessi Covid-19 nel corso dell'anno 2020.

Provincia	Popolazione al 1/1/2020	Decessi Covid-19
Milano	3.265.327	7.509
Brescia	1.255.437	3.117
Bergamo	1.108.126	3.347
Varese	884.876	1.868
Monza e Brianza	870.193	1.884
Como	597.642	1.388
Pavia	540.376	1.806
Mantova	406.919	975
Cremona	355.908	1.261
Lecco	334.961	724
Lodi	227.412	826
Sondrio	180.425	415
Totale	10.027.602	25.120

Fonte: Istat

I dati rilevati a livello di decessi, sono confutabili anche in relazione alla popolazione residente nei confini provinciali, e si nota che le prime tre province per numero di abitanti ossia Milano, Bergamo e Brescia, corrispondono anche alle zone dove si è registrata la maggiore incidenza di morti da Covid-19 dell'intera regione. Questo parallelismo si spiega alla luce del fatto che nei luoghi maggiormente popolati anche il dilagare del virus risulti più facile e veloce.

A differenza di quanto abbiamo visto precedentemente analizzando i dati della regione Veneto, si nota che in Lombardia i casi di morti accertati per il Covid-19 si sono variamente distribuite. A livello temporale, la maggior parte dei decessi si sono verificati in assoluto nel mese di marzo, seguito da aprile e poi, nuovamente, in corrispondenza della seconda ondata tra novembre e dicembre. Il mese di marzo, nel quale i decessi a causa del coronavirus sono stati in totale 8.510, ha segnalato i numeri più alti in provincia di Bergamo con 2.347 morti, seguono quella di Brescia e Milano con rispettivamente 1.574 e 1.553 decessi. Il successivo mese di aprile, invece, attesta un'inversione di rotta, infatti, si osserva una diminuzione piuttosto cospicua in provincia di Bergamo che passa da 2.347 a 649, mentre aumentano i decessi nella provincia di Milano passando da 1.553 a 1.926.

A ben vedere, effettuando un confronto dei decessi in numero assoluto tra la prima e la seconda ondata, si nota che nella regione Lombardia i numeri si sono pressoché dimezzati e che da un totale di 16.223 del periodo marzo-maggio si passa ad un totale di 8.243 nel periodo ottobre-dicembre.

Tabella 8. Decessi per coronavirus ripartiti per provincia, anno 2020

Provincia	gen-20 e feb-20	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20	totale
Varese	0	122	273	134	36	13	<3	4	73	739	473	1868
Como	0	183	282	103	19	5	<3	<3	62	454	276	1388
Sondrio	0	85	94	24	9	<3	<3	0	22	105	74	415
Milano	<3	1553	1926	619	152	43	17	42	475	1964	716	7509
Bergamo	15	2347	649	106	20	9	8	7	25	103	58	3347
Brescia	<3	1574	910	182	19	4	5	<3	20	201	199	3117
Pavia	<3	517	500	162	61	18	4	9	41	233	260	1806
Cremona	5	709	335	74	7	3	5	0	11	56	56	1261
Lecco	0	246	173	50	12	3	4	0	12	132	92	724
Lodi	18	469	139	46	7	<3	5	<3	6	62	71	826
Monza e della Brianza	0	387	439	132	21	6	4	7	94	568	226	1884
Mantova	0	318	288	73	5	3	0	4	16	126	142	975

Fonte: ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

La tabella soprastante riporta il numero di decessi per coronavirus nei vari mesi dell'anno 2020 suddivisi per province, ed evidenzia come il trend si presentasse in aumento in corrispondenza della prima ondata, rilevando complessivamente numeri elevati variamente suddivisi tra il mese di marzo e quello di aprile, per poi presentarsi in

discesa in corrispondenza dei mesi estivi come da tendenza nazionale. La ripresa dell'aumento dei decessi corrisponde, poi, all'inizio della cosiddetta *Seconda Ondata* nel mese di ottobre.

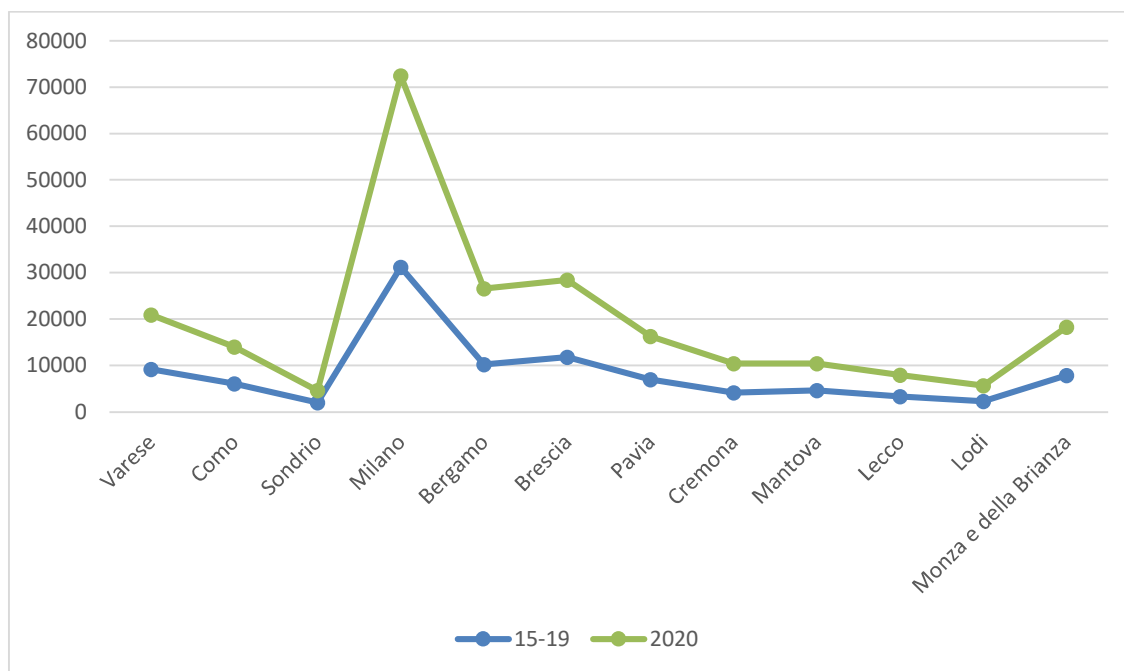
Complessivamente, come già detto precedentemente, la provincia di Milano presenta in assoluto il numero più elevato di decessi a causa del coronavirus pari a 7.509, mentre la provincia meno colpita risulta essere Sondrio con solamente 415 decessi. Nella distribuzione complessiva si rileva un notevole scarto tra il numero di morti della prima provincia, Milano, rispetto a quelle immediatamente successive, Bergamo e Brescia, ma tuttavia bisogna tener conto che il territorio di Milano presenta anche una popolazione tripla rispetto alle restanti due.

Uno degli approcci più utilizzati per studiare l'impatto della pandemia di Covid-19 sul territorio, è rappresentato dallo studio dell'eccesso di mortalità, come già visto nei capitoli precedenti, ossia il numero di morti in più, verificatesi per tutte le cause, che ci sono state nel territorio rispetto agli anni precedenti³³.

Il grafico sottostante riporta l'andamento dei decessi nell'anno 2020 e l'andamento medio dei decessi negli anni 2015-2019.

³³ In tal modo si assume che l'epidemia produca un aumento di decessi anche non riferito direttamente ai casi di deceduti a seguito di tampone positivo, ma anche indirettamente per, ad esempio, un trattamento ritardato o mancato.

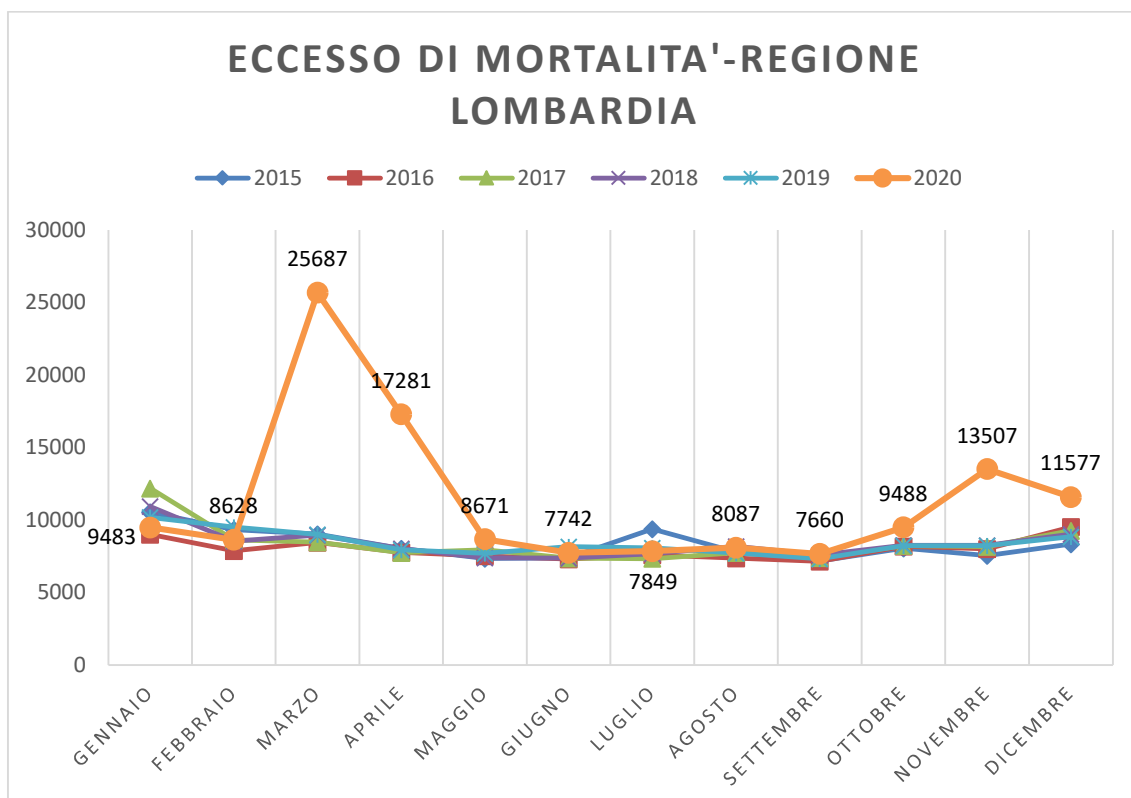
Figura 23. Confronto tra la curva dei decessi, per il complesso delle cause, del 2020 con i valori medi per lo stesso periodo del 2015-2019



Fonte: elaborazione dati Istat

L'andamento delle due curve sembra confermare che il dilagare del coronavirus ha inciso più o meno pesantemente anche sulla curva dei decessi totali e che rispetto alla media degli anni 2015-2019, nel 2020 i deceduti totali sono stati in numero superiore. Nella prima fase dell'epidemia, corrispondente al periodo marzo-maggio, i decessi totale registrati nella regione sono stati 51.902 con un incremento netto, rispetto alla media del quinquennio precedente, di 27.398 decessi, pari al 111,8%. Il bilancio in termini di eccesso di mortalità per la prima ondata dell'epidemia si è rivelato piuttosto pesante per la regione che ha visto aumentare il numero complessivo dei morti di una percentuale maggiore al 100%, segnando anche il triste primato tra tutti i territori della Penisola. I mesi immediatamente successivi hanno comportato un notevole ridimensionamento delle cifre che si sono attestate pari a 31.338, in linea con la media di decessi degli anni 2015-2019. In corrispondenza della seconda ondata, ottobre-dicembre, la regione Lombardia osserva un incremento dell'eccesso di mortalità totale di gran lunga inferiore rispetto all'incremento della prima fase, infatti si rilevano un numero totale di decessi pari a 34.572 pari ad un incremento del 37,1% rispetto al totale dei decessi del quinquennio precedente (pari a 25.217).

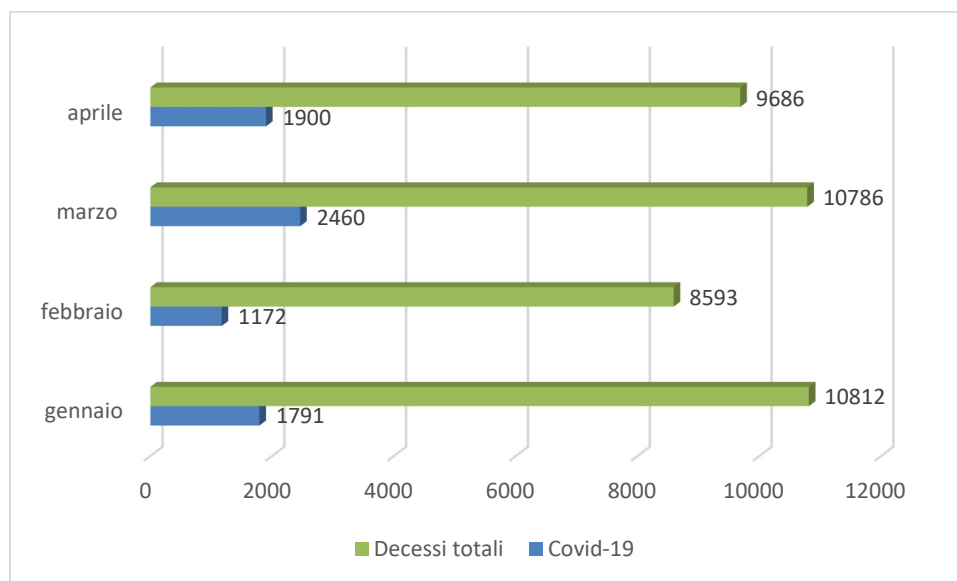
Figura 24. Eccesso di mortalità mensile, confronto anni 2020, 2019, 2018, 2017, 2016 e 2015.



Fonte: Istat

L'inizio del 2021 ha comportato, anche per la regione Lombardia, una sostanziale riduzione dei decessi causati dal Covid-19 dopo il picco raggiunto nel precedente mese di novembre 2020. Il bimestre di apertura ha, infatti, attestato un numero di morti complessive pari a 19.405 (10.812 nel mese di gennaio e 8.593 nel mese di febbraio) di cui 2.963 (rispettivamente 1.791 a gennaio e 1.172 a febbraio) riconducibili al coronavirus. Nel mese di marzo, come anche osservato per la regione Veneto, i numeri hanno avuto una leggera crescita riportando le morti complessive a 10.786 di cui quelle a causa del Covid-19 erano pari a 2.460. Aprile, tuttavia, ha riportato numeri di calo pari, nel totale, a 9.686 decessi di cui a causa del Covid-19 1900.

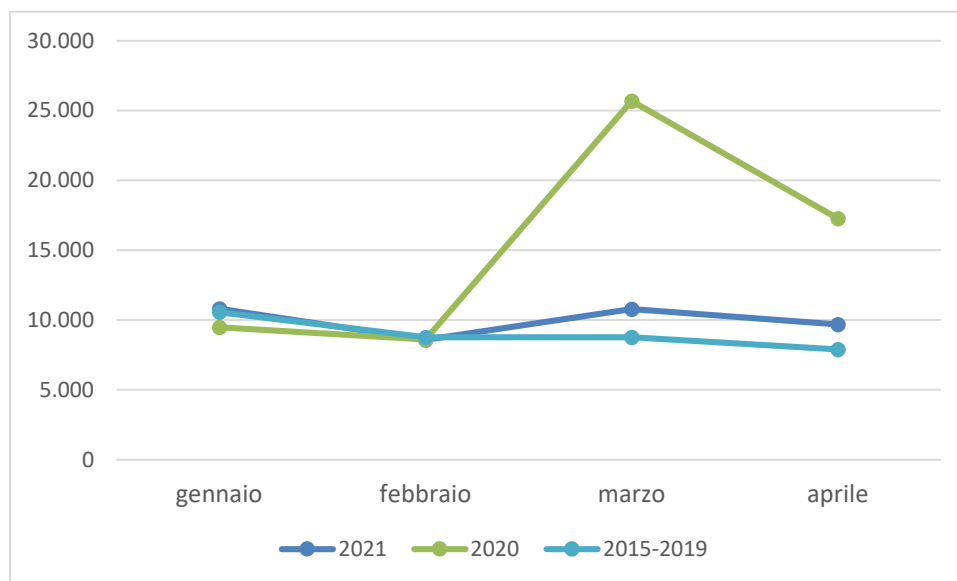
Figura 25. Andamento dei decessi totali e a causa Covid-19 nei primi quattro mesi del 2021, regione Lombardia. (I dati del mese di aprile si considerano stimati).



Fonte: elaborazione dati Istat e ISS Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

L'andamento dell'eccesso di mortalità della regione Lombardia denota una sostanziale invarianza per il primo bimestre degli anni di riferimento, mentre, visto anche il forte impatto avuto con il virus, si evidenzia in riferimento al 2021 un calo importante dei decessi in relazione al medesimo periodo dell'anno 2020. Come è noto i mesi di marzo e aprile 2020 sono stati quelli in cui l'eccesso di mortalità ha toccato i suoi valori più alti e in una regione, come la Lombardia, particolarmente colpita, questo ha fatto sentire i suoi effetti e nel corso del 2021 si è rilevata una contrazione piuttosto importante, pur mantenendo livelli superiori alla media del quinquennio 2015-2019.

Figura 26. Eccesso di mortalità primi quattro mesi dell'anno, confronto anni 2021, 2020 e media del quinquennio 2015-2019.



Fonte: elaborazione dati Istat

4.3.4 Campagna vaccinale

La campagna vaccinale anti-Covid è partita, anche in Lombardia, il giorno 27 dicembre 2020 dopo che l'EMA ha approvato il primo vaccino anti Covid-19.

Con DGR n. 4353 del 24 febbraio 2021 la regione ha approvato "Il Piano regionale vaccini per la prevenzione delle infezioni da Sars-Cov2", attraverso il quale individuare i ruoli, le modalità e le tempistiche da attuare per il raggiungimento dell'obiettivo di immunizzazione della popolazione. Il Piano, così determinato, è stato sviluppato nel rispetto dei principi individuati nel *Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS Covid-19* elaborato dal Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'Emergenza, Aifa, Agenas e Istituto Superiore di Sanità. Con la delibera della Giunta Regionale del 3 marzo 2021, in attuazione della precedente del 24 febbraio 2021, sono stati individuati i centri vaccinali idonei a garantire un'offerta massiva.

Per poter accedere alla vaccinazione, le persone rientranti nelle categorie target individuate di volta in volta dovranno effettuare la prenotazione del proprio appuntamento tramite la piattaforma dedicata presente sul sito internet.

Nella prima fase, analogamente alle altre regioni, si è provveduto alla somministrazione del siero al personale sanitario e socio-sanitario e a tutti gli ospiti delle RSA, ampliando la platea di destinatari a partire dal 10 febbraio quando vengono inseriti tra i soggetti idonei anche le categorie sanitarie precedentemente escluse quali farmacisti, odontoiatri, psicologi, ecc.

Il 15 febbraio parte la vaccinazione per la popolazione over 80, si contano circa 730.000 persone appartenenti a questa categoria e residenti in regione.

Con l'approvvigionamento di vaccini con le dosi AstraZeneca si è potuto procedere con la somministrazione anche al personale docente e non docente di scuole e università, alle forze dell'Ordine e al personale dei servizi essenziali.

Dal 18 marzo tutti i cittadini estremamente vulnerabili, classificati secondo parametri individuati dal Ministero della Salute, e in carico a strutture ospedaliere pubbliche o private saranno convocati da tali centri e verrà loro somministrata la vaccinazione. Successivamente, a partire dal 9 aprile anche i soggetti estremamente vulnerabili ma non in carico ad alcuna struttura potranno ricevere. Contestualmente alla propria prenotazione, questi soggetti potranno prendere appuntamento per la vaccinazione di caregivers e familiari, fino ad un massimo di 3 persone.

Dal 2 aprile si apre la possibilità di essere vaccinati anche a coloro che hanno un'età compresa tra i 75 e i 79 anni, e dall'8 aprile anche per coloro compresi tra i 74 e i 70 anni.

Il 9 aprile vengono aperte le prenotazioni ai cittadini in condizione di "estrema vulnerabilità" e per le persone con disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3.

A seguire con la vaccinazione massiva, si darà priorità a partire da coloro che hanno tra i 60 e i 69 anni, seguiti dai soggetti con meno di 60 anni ma affetti da patologie coesistenti e non rientranti nei soggetti estremamente vulnerabili. Come da priorità si procede a partire dal 19 aprile con le prenotazioni per coloro che appartengono alla fascia d'età 65-69 anni e a seguire dal 22 aprile per coloro ricompresi nella fascia 60-64. Infine, si procederà alla somministrazione del vaccino a coloro che hanno un'età inferiore a 60 anni.

Dal 28 aprile sarà il turno dei cittadini ricompresi nella fascia d'età tra i 50 e i 59 anni con esenzione per patologie e dal 1° maggio anche a coloro che presentano patologie e aventi un'età ricompresa tra i 16 e i 49 anni. Il 10 maggio vengono aperte le prenotazioni

per i cittadini tra i 50 e i 59 anni, e a partire dal 13 maggio viene dato accesso alla piattaforma al personale scolastico che aveva manifestato la propria adesione al vaccino ma che ancora non aveva ricevuto nessuna somministrazione.

Il 20 maggio sarà il turno di coloro che hanno tra i 40 e i 49 anni, e dal 27 maggio per coloro con un'età compresa tra i 30 e i 39 anni. Infine, a partire dal 2 giugno le prenotazioni saranno aperte a tutti i cittadini tra i 12 e i 29 anni che intendono ricevere il vaccino.

Per garantire la somministrazione del maggior numero di dosi nel minor tempo possibile, sono stati individuati per ciascuna ATS diversi siti di vaccinazione massiva presso palazzetti o luoghi idonei allo scopo.

Qualora alcuni soggetti aventi diritto fossero impossibilitati a recarsi presso il punto vaccinale, sarà cura dell'ATS provvedere, poi, alla somministrazione a domicilio.

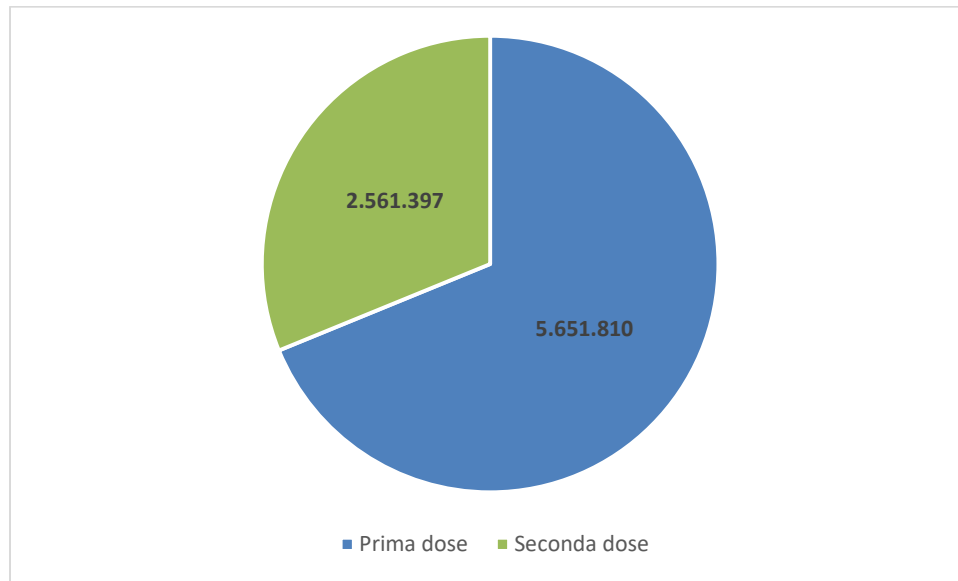
4.3.5 Andamento delle vaccinazioni

La campagna vaccinale nella regione Lombardia ha avuto un avvio piuttosto lento e problematico, ma con un incremento medio, a partire da inizio anno, che ha portato da circa 90.000 dosi settimanali alle 244.000 di inizio aprile.

Complessivamente, al 23 giugno 2021 la regione ha somministrato 8.213.207 dosi su un totale di 8.510.486 dosi consegnate (96,5%).

Osservando l'erogazione dei vaccini per categoria si riscontra, anche in questo caso, un andamento conforme alle linee guida individuate a livello nazionale che vede come categorie prioritarie gli over 80 e il personale socio-sanitario.

Figura 27. Somministrazioni prima e seconda dose vaccini anti-covid-19. Dati al 23/06/2021.



Fonte: Report Vaccini anti Covid-19, Regione Lombardia.

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/vaccinazionicond/dash-board-vaccini>

Alla data del 23 giugno si attestano già inoculate 5.651.810 prime dosi e 2.561.397 seconde dosi.

Complessivamente nel territorio regionale si contano 118 principali punti di somministrazione.

CONCLUSIONI

Questo studio ha cercato di indagare e analizzare le azioni di risposta alla pandemia da Covid-19 messe in atto dalle regioni Veneto e Lombardia. Quale tra queste due realtà si è rilevata essere la più virtuosa? A tal proposito si è proposto una esposizione dei dati inerenti alla diffusione del coronavirus in una chiave di lettura tale da tenere conto delle diversità di fondo che intercorrono tra gli apparati organizzativi dei due sistemi sanitari territoriali.

L'analisi della struttura organizzativa, prima, e dei dati inerenti ai contagi da Covid-19, poi, hanno permesso di delineare due approcci differenti alla crisi sanitaria che necessariamente hanno comportato, di riflesso, peculiari aspetti chiave alla base dei due sistemi sanitari regionali.

Alla luce del Covid-19 e dell'esperienza maturata in questi mesi, si può affermare con una certa sicurezza che la strategia vincente risiedeva nella capacità di bilanciare accuratamente assistenza territoriale e ospedaliera, perché come si deduce dai dati della regione Lombardia, (la quale, come più volte sottolineato, ha attuato una risposta al virus prettamente ospedaliera), l'eccessivo ricorso al ricovero dei pazienti ha fatto sì che l'ospedale da luogo di cura si trasformasse in luogo di contagio.

Una possibile spiegazione degli elevati numeri di contagi e decessi della regione Lombardia, infatti, può essere ricondotta alla sostanziale incapacità iniziale di riuscire a contenere la diffusione del virus, mancando un apparato robusto di rilievo e analisi dei possibili contatti del paziente già infetto.

Nella regione Veneto, invece, l'approccio è stato totalmente differente. Questa, potendo contare, già, su un'organizzazione della sanità orientata al territorio e alla cura domiciliare dei pazienti, ha nelle prime fasi attuato una forte azione di monitoraggio e assistenza di coloro che risultavano positivi al Covid-19 tale da cercare di mantenere, fin quando possibile, il soggetto positivo a casa implementando la telemedicina e istituendo le Usca.

I numeri sembrerebbero dare ragione all'approccio veneto, sebbene risulti alquanto difficile giungere ad una conclusione univoca visto il breve lasso temporale intercorso

dalla manifestazione dell'evento, e vista anche l'evolversi della malattia che non pare voler cessare la sua forza.

Tuttavia, bisogna precisare che l'analisi qui condotta vuole fornire una panoramica d'insieme dei due sistemi sanitari regionali e di come si siano differenziati nella lotta al Covid-19. I dati analizzati provengono dalle raccolte e indagini effettuate da Istat e Istituto Superiore di Sanità e, per cercare di ricreare una analisi quanto più vicina alla realtà, si è limitata l'azione di ricerca prevalentemente ai dati riguardanti il 2020 perché si ritiene, in questa sede, essere maggiormente stabilizzati e quindi attendibili.

Gli effetti del virus, purtroppo, non sono ancora scomparsi e la sua diffusione non sembra volersi fermare ma lo spaccato iniziale di quello che è stato il primo anno, e dunque il primo approccio con il Coronavirus, risulta sicuramente interessante e particolarmente significativo in un'ottica di confronto e indagine.

Bibliografia:

ACSS. 2021. Agenzia del Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

<https://www.acsslombardia.it/l-agenzia>

Bardin, Borghini, Cantarelli, D’Orio, Ferré, Mantoan, Nuti, Quattrone, Seghieri, Siccardi, Stola, Vola, (a cura di). 2020. “La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall’avvio.” *Agenas*, dicembre 2020.

AIFA. 2021. Sezione Vaccini Covid-19.

<https://www.aifa.gov.it/vaccini-covid-19>

Aria. 2021. Azienda regionale per l’innovazione e gli acquisti, Regione Lombardia.

L’Azienda.

<https://www.ariaspa.it/wps/portal/Aria/Home/chi-siamo/azienda/storia>

AULSS 9 “Scaligera”. I distretti.

Azienda Ospedale Università Padova. Chi siamo

<https://www.aopd.veneto.it/sez,15>

Azienda Ospedaliero Universitaria integrata Verona. Chi siamo

<https://www.aovr.veneto.it/azienda/chi-siamo>

Banfi. 2020. Covid-19. La pandemia in dieci date da ricordare. *Fondazione Umberto*

Veronesi. 31dicembre 2020.

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/covid-19-la-pandemia-in-10-date-da-ricordare>

Binkin, Michieletto, Salmaso, Russo. 2020. “Lombardia e Veneto: due approcci a confronto”. *Quotidiano Sanità*, 18 aprile 2020.

<https://www.scienzainrete.it/articolo/lombardia-e-veneto-due-approcci-confronto/nancy-binkin-federica-michieletto-stefania>

Calabrese, Emiliano. 2016. Veneto, così la nuova governance della Sanità. *Sanità24*, 31 ottobre 2016.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/print?uuid=ADvFMjmB>

Camera dei Deputati. 2021. Misure per fronteggiare l'emergenza Coronavirus. *Servizio studi*. 14 aprile 2021.

<https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html>

Cedrone. 2020. Avvisi ignorati, zero scorte dpi, scarsa sorveglianza epidemiologica: il flop del piano pandemico fermo a dieci anni fa. *Quotidiano salute*. 1° aprile 2020.

<https://www.sanitainformazione.it/salute/avvisi-ignorati-zero-scorte-di-dpi-scarso-sorveglianza-epidemiologica-il-flop-del-piano-pandemico-fermo-a-dieci-anni-fa/>

Bobini, Cinelli, Gugiatti, Petracca. 2019. Le strutture e le attività del SSN. Cergas-Bocconi (a cura di). *Rapporto Oasi 2019 capitolo 2*, Milano Egea

https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Cap2OASI_2019.pdf?CVI=D=mWPFZD2&MOD=AJPERES

Bobini, Longo, Ricci. 2020. Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al Covid-19. Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020 capitolo 4*, Milano, Egea.

https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/4_OASI2020.pdf

Bobini, Cinelli, Del Vecchio, Longo. 2020. Regioni e aziende: modelli di coordinamento a confronto. Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2020 capitolo 8*, Milano, Egea.

https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/8_OASI2020.pdf

Cicchetti, Di Brino (a cura di). 2020. Analisi dei modelli di risposta al Covid-19 in Italia. Report ALTEMS 2020, *Università Cattolica del Sacro Cuore*, Milano. 30 dicembre 2020.

<https://altems.unicatt.it/altems->

[INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%20ANNUALE%20-%202020_finale.pdf](https://altems.unicatt.it/altems-INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%20ANNUALE%20-%202020_finale.pdf)

Cicchetti, Basile, Di Brino, Di Paolo, Giorgio, Rumi, Tattoli. 2020. "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio". Università Cattolica del Sacro Cuore (Milano). *ALTEMS*, marzo 2020, <https://altems.unicatt.it/altems-covid-19>

De Maria. 2020. Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da covid-10 in Italia: una defaillance di sistema. *Rivista trimestrale di scienza dell'amministrazione*, Studi di teoria e ricerca sociale 2/2020.

Deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 1801 del 22 dicembre 2020
Approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19"

Dirindin, Caruso. 2019. *Salute ed Economia. Questioni di economia e politica sanitaria*. Il Mulino, Milano.

Fabiani, Onder, Boros, Spuri, Minelli, Mateo Urdiales, Andrianou, Riccardo, Del Manso, Petrone, Palmieri, Vescio, Bella, Pezzotti. 2021. Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità. 20 gennaio 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021).

GPMB. 2019. *Global Preparedness Monitoring Board. A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies*. Geneva: World Health Organization; 2019.

GPMB. 2020. *A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020*. Geneva: World Health Organization; 2020.

IRCCS Humanitas Research Hospital. 2020. *Covid-19*.
<https://www.humanitas.it/malattie/covid-19/>

Istituto Superiore di Sanità. 2021. Speciale Covid-19 Varianti
<https://www.iss.it/varianti-del-virus>

Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro: l'epidemiologia per la sanità pubblica
<https://www.epicentro.iss.it/>

Istat-ISS. 2021. Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020. *Istat*. 5 marzo 2021.
https://www.istat.it/it/files/2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf?fbclid=IwAR0HjS9VEgZFCBrLKEPNakvvZVIFvvBUr2Lon2-TJu8qYfg6ScVqgPmt_6A

Istat-ISS. 2020. Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-novembre 2020". *Istat*. 30 dicembre 2020.
https://www.istat.it/it/files/2020/12/Rapp_Istat_Iss.pdf

Istat-ISS. 2021. Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anno 2020 e gennaio-aprile 2021. *Istat*. 10 giugno 2021.
https://www.istat.it/it/files/2021/06/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno.pdf

Istituto Oncologico Veneto (IOV). Chi siamo.
<https://www.ioveneto.it/lo-iov/chi-siamo/>

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

Legge Regionale del 25 ottobre 2016, n.19, *Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS*. (Bur n. 102 del 25 ottobre 2016).
<https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=33209>
5

Michieletto, Russo, Zanella. (a cura di). 2020. Azioni attuate per il contenimento dell'infezione da Covid-19 nel Veneto. Fase 1. *Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria- Regione del Veneto*. 2020.

Ministero della Salute Circolare n. 6251. 2021. Indagine rapida per la valutazione della prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (ovvero lineage B.1.1.7-Regno Unito), P1 (ovvero Brasiliana), e 501.V2 (ovvero lineage B.1.351-Sud Africana) in Italia. *Ministero della Salute*. 17 febbraio 2021.

Ministero della salute. 2021. Cosa sappiamo sulle varianti del Sars-CoV-2. *Ministero della Salute*. 9 giugno 2021
http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=250

Ministero della Salute. 2021. I Principi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>

Ministero della Salute. 2021. Piano Pandemico Influenzale 2021-2023. *Ministero della Salute*. Ultimo aggiornamento 16 febbraio 2021.
<http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=722&area=influenza&menu=vuoto>

Ministero della Salute. 2021. Piano vaccini anti-Covid-19. *Ministero della Salute*. Ultimo aggiornamento 22 giugno 2021.
<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

Ministero della Salute. 2019. Servizio Sanitario Nazionale: i LEA. *Ministero della Salute*. Ultimo aggiornamento 30 gennaio 2019.
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>

OECD. 2021. Regional Well-Being
<https://oecdregionalwellbeing.org/>

Openpolis. 2020. Lombardia, chi sta gestendo l'emergenza Covid-19. *Openpolis*. 20 maggio 2020.
<https://www.openpolis.it/chi-sta-gestendo-lemergenza-covid-19-in-lombardia/>

Polis Lombardia. 2021. Chi siamo.

<https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/chi-siamo>

Presidenza Consiglio dei Ministri, Commissario Straordinario Covid-19, Ministero della Salute. 2021. Report Vaccini Anti COVID-19. Aggiornato al 23 giugno 2021.

<https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>

Quotidianosanità.it, 2016 Come cambia la sanità del Veneto. Cosa prevede la riforma.

Quotidianosanità.it. 20 ottobre 2016

http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=8339

Ranieri. 2020. "Coronavirus, i 47 giorni che hanno stravolto l'Italia" *IlFattoQuotidiano*, 16 marzo 2020.

<https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/articoli/2020/03/16/coronavirus-i-47-giorni-che-hanno-stravolto-litalia/5737766/>

Regione del Veneto. 2021. Campagna vaccinale. Ultimo aggiornamento 14 giugno 2021.

<https://www.regione.veneto.it/emergenza-coronavirus?articleId=10697030>

Regione del veneto. 2021. Vaccinazioni Regione del Veneto. Ultimo aggiornamento 23 giugno 2021.

<https://regione.veneto.it/dati-vaccinazioni/>

Regione Lombardia. 2021. Vaccinazioni anti Covid-19.

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/vaccinazionicovid>

Rita. 2020. La storia del coronavirus: tutte le tappe del Covid-19 dalla comparsa in Cina a oggi. *Wired.it*. 21 marzo 2020.

https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03/21/storia-coronavirus-tutte-tappe-contagio-cina-covid19/?refresh_ce=

Sito Istituzionale regione Lombardia, sezione Salute e Prevenzione

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione>

Sito Istituzionale Regione Lombardia, sezione Welfare

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/scopri-la-lombardia/welfare>

Sito Istituzionale regione Veneto, sezione Salute e Prevenzione

<https://www.regione.veneto.it/web/guest/salute-e-prevenzione>

WHO. 2020. A year without precedent: WHO's COVID-19 response. Who. 23 dicembre 2020.

<https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>

WHO. GPMB About Us.

<https://apps.who.int/gpmb/about.html>