



FONDAZIONE
FARMAFACTURING

Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2020

L'ecosistema della salute alla prova
dello stress test da COVID-19:
quali reazioni e quali risultati?

Prefazione

Il mese di marzo del 2020 rimarrà nella storia come una data spartiacque tra due diverse visioni del mondo e della vita: quella prima e dopo la pandemia della COVID-19. Sono trascorsi 102 anni da quando un evento simile colpì l'umanità in modo ancora più forte: da allora a nostro favore abbiamo maggiori conoscenze e scelte terapeutiche che possono aiutarci ad attenuare l'impatto sulla salute della popolazione. Di contro, a nostro svantaggio abbiamo che oggi il mondo è più interconnesso e globalizzato: il contagio si muove molto più velocemente, sia all'interno dei paesi, sia tra paesi. Tutto ciò rende il fattore tempo una variabile fondamentale: bastano quindi pochi giorni di ritardo nell'intervenire che il numero dei contagiati aumenta esponenzialmente. E i sistemi sanitari in tutto il mondo non si sono dimostrati preparati e attrezzati per gestire una pandemia in rapido movimento.

L'emergenza sanitaria è arrivata in un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale, anche alla luce dei profondi cambiamenti degli ultimi anni (così come quello degli altri paesi più industrializzati) cresceva la consapevolezza della necessità di un radicale ripensamento nella sua logica di funzionamento complessivo. Come ampiamente illustrato nel Rapporto della Fondazione Farmafactoring del 2019, il SSN sta cambiando rapidamente pelle, trasformandosi sempre di più in un "ecosistema", ovvero un sistema complesso che interagisce con altri sistemi complessi, le cui regole di ingaggio e di gestione si modificano con una velocità che non è più quella di una volta. Un sistema complesso che consideri in modo integrato le fasi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione deve muoversi all'interno di uno scenario complesso e caratterizzato da forti e rapidi cambiamenti di conoscenze, tecnologie, assetti istituzionali, comportamenti politici, valori sociali, dinamiche dell'economia. La pandemia non ha fatto altro che imporre un imponente *stress test* al sistema e alle sue modalità di dare risposte alla popolazione.

Il filo conduttore del Rapporto di quest'anno consiste, quindi, nel raccontare e discutere i primi esiti di questo *stress test*. Partendo dal fatto che l'ecosistema è composto da tanti *stakeholder*, è indispensabile capire come essi hanno reagito a questo *shock* improvviso e assolutamente inatteso.

Operativamente, il Rapporto è strutturato in tre parti che analizzano:

- i. il contesto di fondo con i numeri relativi agli aspetti sanitari, sociali ed economici dovuti all'emergenza;
- ii. l'offerta sanitaria e i suoi soggetti, con particolare riferimento al contributo di informazioni e analisi che potrà venire dai responsabili delle sanità territoriali;
- iii. la domanda sanitaria, che ha origine dai cittadini e dalle comunità, per leggere gli effetti dell'emergenza dal punto di vista di chi della sanità è fruitore o come singola persona/famiglia o come membro di una comunità.

Relativamente ai punti ii) e iii) i dati delle analisi sono stati raccolti attraverso puntuali indagini condotte tra i responsabili delle aziende sanitarie italiane e un campione di individui rappresentativo a livello nazionale. Queste informazioni sono state ulteriormente contestualizzate grazie all'enorme mole di dati che in questi mesi è stata raccolta su tanti fronti. In particolare, l'analisi del contesto analizza problemi quali, ad esempio, *a)* il grado di preparazione del sistema sanitario nazionale e di quelli regionali, *b)* il sistema dell'offerta regionale nel dare risposte terapeutiche, *c)* i rapporti tra territorio e ospedale e come hanno lavorato per capire e intercettare i contagiati, *d)* i sistemi della logistica, *e)* l'efficacia delle misure di contenimento del contagio. Relativamente al punto ii) è stata condotta un'analisi sulle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche per indagare le loro scelte in termini di *management crisis* nel tentativo di capire come le aziende abbiano organizzato la presa in carico dei pazienti dando risposte efficaci con le risorse disponibili. Con una particolare attenzione a quali siano stati i principali processi decisionali attivati e attraverso quali processi di delega organizzativa.

Infine, il terzo ambito riguarda le informazioni su come lo *stress test* abbia inciso su esperienze, opinioni e valutazioni dei cittadini, così da potenziare l'interpretazione delle reazioni del sistema sanitario alla crisi. Sono trattati temi relativi alle prime reazioni (a chi ci si rivolgerebbe), al rapporto con le informazioni (che giudizio ne viene dato ecc.), alle valutazioni sulle esperienze avute, al grado di fiducia attuale nel Servizio sanitario, a cosa eventualmente è cambiato con la pandemia. Anche in questo caso in un ambito di rilevazione nazionale, con rappresentazione a livello di macro-aree, così da poter comunque dare risalto alle differenti esigenze in relazione alla diversa intensità nei vari territori.

Indice

Parte 1

1. Introduzione	10
2. Perché le pandemie sono eventi sempre più frequenti?	11
2.1 Affollamento, igiene e cambiamenti climatici: viaggio alle origini delle infezioni	11
2.2 Il salto di specie o spillover: quando e come si verifica	12
2.3 Il ruolo dell'uomo nel determinare i salti di specie	13
2.4 Le numerose epidemie del xxi° secolo	16
3. L'evolversi degli eventi nell'anno della COVID-19	21
4. I piani di prevenzione: cosa non ha funzionato?	30
5. La catena del comando e le responsabilità	33
5.1 La proliferazione di ruoli, responsabilità e documenti	33
5.2 Una sfida contemporanea: la gestione politica di un'epidemia	36
5.3 La catena di comando ottimale: un mix di leadership e competenza	38
5.4 Se ci sono stati errori chi li ha commessi?	39
6. L'evoluzione dei contagi	45
7. L'evoluzione della mortalità	47
8. I costi della prevenzione e i costi delle epidemie: un confronto impari	54
9. L'arrivo dei vaccini: è la fine di un incubo?	57
9.1 La disponibilità dei vaccini	57
9.2 Il ruolo dei vaccini nella ripresa dell'economia post COVID-19	62
9.3 Quanto tempo si è perso e quante morti si potevano evitare?	63
10. L'impatto della pandemia sugli stakeholder della salute	67
10.1 Il quadro macro-economico. Cosa è accaduto in questi mesi?	69
10.2 La situazione in Italia	73
10.3 L'impatto sugli stakeholder della salute	74

Parte 2

1. Introduzione	80
2. Metodologia	83
2.1 La struttura del questionario	84
2.2 I risultati relativi alla prima ondata dei contagi	84
3. La risposta all'emergenza nella "prima ondata"	87
4. La risposta all'emergenza dalla "fase 2" alle ondate successive	105
4.1 Focus Lombardia	114
4.2 Le lezioni apprese	116
5. Priorità strategiche e next steps	118
5.1 I quattro "cantieri" aperti per le aziende sanitarie italiane	118
5.2 Gestire i cantieri in parallelo: organizzazione, formalizzazione e comunicazione	126
5.3 Il delicato ruolo delle Direzioni aziendali	126

Parte 3

1. Ragionare alto, oltre il quotidiano per pensare alla sanità del prossimo futuro 5	130
1.1 Il perimetro del ragionamento	130
1.2 Cose certe	131
1.2.1 Dal lato dell'offerta	131
1.2.2 Dal lato dei cittadini	135
1.3 Indicazioni per una riflessione utile	138
1.3.1 L'ordine del discorso	138
1.3.2 Cosa deve garantire il Servizio sanitario e come	139
1.4 Come leggere i risultati	139
2. Diario ragionato dell'anno più incredibile	141
2.1 Legenda utile	141
2.2 Le cinque permanenze trasversali ai risultati delle indagini	142
<i>Indagine sui cittadini ultima settimana di febbraio 2021</i>	
3. In piena terza ondata	145
3.1 Resistere e vaccinare	145
3.2 Lotta al virus: to be continued	145
3.2.1 La paura del contagio è ancora qui	145
3.2.2 Marzo 2020-Marzo 2021: chi ha avuto a che fare con il Servizio sanitario	146
3.3 Le prestazioni rinviate nel periodo dicembre 2020-febbraio 2021	146
3.3.1 Raziona come sempre	146
3.3.2 Danni che si stenta ad accettare	147
3.4 La sanità ancora tiene	147
3.5 La sfida delle sfide: la vaccinazione	148
3.5.1 Vaccini, opinioni e intenzioni	148
3.5.2 Sull'obbligatorietà e dintorni	149
<i>Indagine sui cittadini ultima settimana di novembre 2020</i>	
4. La reazione alla seconda ondata	150
4.1 Quel che già a fine anno era chiaro	150
4.2 Impreparati alla seconda ondata	151
4.2.1 Sorpassati dagli eventi	151
4.3 La disillusione	152
4.4 Non ti posso curare	152
4.4.1 La limitazione delle cure come rimedio	152
4.4.2 Il taglio alle prestazioni non Covid-19	153

4.5	La valutazione della sanità a fine 2020	154
4.5.1	<i>Alla fin fine ce l'ha fatta</i>	154
4.5.2	<i>Una eccezionale pressione destinata a proseguire</i>	154
4.6	Fiducia, malgrado tutto	155
4.6.1	<i>Meno male che c'è</i>	155
4.7	Fine 2020: la centralità crescente della vaccinazione	156
4.7.1	<i>Rischio antivax</i>	156
4.7.2	<i>La conta di chi non vuole vaccinarsi</i>	157
4.7.3	<i>Chi rimette l'obbligatorietà in causa</i>	157
<hr/>		
	<i>Indagine sui cittadini ultima settimana di settembre 2020</i>	
5.	L'indagine di partenza	159
5.1	Il valore del monitoraggio e della riflessione in itinere	159
5.2	Cronistoria ragionata	160
5.2.1	<i>Prima del Covid-19</i>	160
5.2.2	<i>La drammatica prima ondata</i>	161
5.2.3	<i>Il periodo supposto di quiete fino alla seconda ondata inclusa</i>	161
5.3	Meglio rinviare tutto il rinviabile	162
5.3.1	<i>La sanità che ha accolto Covid-19</i>	162
5.3.2	<i>Depauperato nel tempo</i>	162
5.4	Quanti hanno rinviato	163
5.5	La traiettoria della fiducia o sfiducia nel Servizio sanitario	164
5.5.1	<i>La fiducia nell'istituzione dopo la prima ondata</i>	164
5.5.2	<i>Giudizi positivi, anche nell'emergenza</i>	165
5.6	Nella fase di decollo della seconda ondata	165
5.7	L'illusione che il Servizio sanitario sarebbe stato pronto	166
<hr/>		
6.	Altre lezioni dalla prima ondata	168
6.1	Quel che si è imparato	168
6.2	Pronti soccorso troppo soli a tenere botta	168
6.3	Il ruolo necessario dei medici di medicina generale	169
6.4	La comunicazione malata	170
6.4.1	<i>Confonde</i>	170
6.4.2	<i>Fake news pericolose</i>	171
6.5	La malattia rivista nell'immaginario collettivo	172

6.6 Criticità da mettere sotto controllo	173
6.6.1 <i>Il personale</i>	173
6.6.2 <i>Il territorio da riempire</i>	174
6.6.3 <i>Prepararsi per bene alle emergenze sanitarie</i>	176
6.6.4 <i>Risposte praticabili per acuzie e cronicità nell'ordinario e nelle emergenze</i>	176
6.6.5 <i>Risorse in più da ben utilizzare</i>	178
7. Cittadini più sfidanti	180
8. O logica da ecosistema o la sanità non ce la farà	182
Tabelle e figure	183
Bibliografia	188

La pandemia della COVID-19 e gli effetti sull'ecosistema del SSN

Parte

1

1. Introduzione¹

La COVID-19 è arrivata in un momento in cui la possibilità di “divulgare” e di farsi sentire da vaste platee è molto più ampia. Fino dai giorni di Wuhan, non c'è stato momento in cui i media non hanno raccontato l'epidemia, fino a parlare di “infodemia” dopo sole poche settimane dalla dichiarazione dell'OMS della “pandemia”. Secondo Google Scholar, nei soli mesi di Marzo e Aprile 2020, la comunità scientifica ha prodotto oltre 36.000 documenti, una cosa mai vista prima. A ciò vanno poi aggiunte le migliaia di contributi di chi fa comunicazione interpretando i risultati e le opinioni degli esperti. In questo contesto di “infodemia” il libro vuole fare ordine e chiarezza, provando a raccontare in modo semplice ma rigoroso, un fenomeno complesso da una prospettiva diversa che trova le sue radici in tre mondi interconnessi: epidemiologia, economia e medicina.

Non si può comprendere correttamente il fenomeno se non si conoscono questi mondi, le loro interconnessioni e le regole che li governano. La pandemia è stata tale non solo perché oltre 5 miliardi di persone sono state toccate da un punto di vista della salute personale. Lo è anche perché, per la prima volta, ci si è resi conto che “globale” non è solo il sistema finanziario, ma anche quello della produzione, come dimostrato dalle carenze sia di materiale sanitario a basso contenuto tecnologico (e.g., le mascherine), sia a più alto contenuto (e.g., i ventilatori polmonari). Inoltre, per la prima volta, abbiamo imparato a considerare che la struttura delle cosiddette *supply chain* può rappresentare un grosso vantaggio in periodi di “normalità”, ma essere un boomerang notevole in casi di emergenza come quello che stiamo vivendo in questi mesi.

La pandemia di COVID-19 rappresenta dunque uno spartiacque importante per la società moderna, più di quanto non lo siano stati l'attacco alle torri gemelle del 2001 o la grande crisi economica del 2008/9. Ad aprile 2021, si stima che la COVID-19 abbia ucciso 2,7 milioni di persone in tutto il mondo in circa 15 mesi. Nonostante il mondo molto più globalizzato e una popolazione 4 volte quella che c'era 100 anni fa, questi numeri non sono neanche minimamente paragonabili a quelli stimati per l'influenza spagnola un secolo fa (tra i 17 e i 100 milioni in meno di due anni). Eppure, il mondo come lo conosciamo attualmente non sarà più lo stesso. Quasi tutte le attività economiche e sociali andranno riviste, ripensate e adattate al nuovo contesto. L'obiettivo di questa analisi è provare a spiegare un fenomeno complesso che, anche a causa di una non sempre efficace comunicazione (istituzionale e scientifica), ha lasciato dubbi e incertezze tra chi voleva capire: anticamera questa di scelte irrazionali a tutti i livelli. Questa prima parte del Rapporto cerca, quindi, di colmare alcune di queste lacune fornendo risposte a una serie di quesiti tra cui: perché l'epidemia ha avuto origine, come si è diffusa, come è stata gestita, per quanto dovremo convivere, che effetti ha avuto sull'economia, chi sarà più colpito, come il nuovo mondo cambierà noi e come cambierà il nostro modo di vedere il mondo.

1. Alla redazione di questa prima parte del presente Rapporto hanno contribuito Vincenzo Atella (coordinatore), Joanna Kopinska e Andrea Piano Mortari. Tutti i dati riportati nel Rapporto si basano su informazioni disponibili alla data del 15 aprile 2021, quando lo stesso è stato completato.

2. Perché le pandemie sono eventi sempre più frequenti?

11

2.1 Affollamento, igiene e cambiamenti climatici: viaggio alle origini delle infezioni

Le principali determinanti per spiegare perché le infezioni hanno origine e si diffondono, sono da trovarsi in fattori che hanno principalmente a che fare con condizioni socio-economiche e di igiene pubblica piuttosto che medico-cliniche. Fenomeni quali l'elevata densità di popolazione, l'urbanizzazione massiva, la scarsa igiene, il cambiamento climatico e l'introduzione di vettori antropofili (che si nutrono di sangue umano, come la zanzara anofele) tramite i sempre maggiori flussi commerciali creano condizioni via via più favorevoli per portare a contatto "ospiti" e agenti patogeni.

Sebbene sia noto che una larga parte di virus provenienti da mammiferi ben identificati sia responsabile delle infezioni, vi è un gran numero di virus in evoluzione in attesa di infettare e adattarsi. Di questi virus si sa purtroppo poco e la natura stessa dei fenomeni spesso impedisce il controllo e la prevenzione. Inoltre, specifiche regioni geografiche o interfacce tra uomo, bestiame, fauna selvatica e ambiente dovrebbero essere obiettivi per un'intensa sorveglianza.

Uno degli aspetti chiave nella trasmissione delle infezioni è rappresentato dal rapporto che esiste tra animali e uomo e che è alla base di quella che tecnicamente si definisce "zoonosi". Il termine zoonosi indica "una qualsiasi malattia infettiva che può essere trasmessa dagli animali all'uomo, o viceversa, sia direttamente, attraverso il contatto con pelle, peli, uova, sangue o secrezioni, sia indirettamente, tramite altri organismi vettori o con l'ingestione di alimenti infetti". Il termine zoonosi è onnicomprensivo, ma ne esistono altri, usati a volte come sinonimi, con un significato più esplicativo. Ad esempio, il termine "antropozoonosi" indica malattie trasmesse all'uomo dagli altri vertebrati, mentre "zooantroponosi" descrive malattie trasmesse dall'uomo agli altri vertebrati. Infine, con "anfixenosi" si indicano malattie presenti sia nell'uomo, sia negli altri vertebrati e sono reciprocamente trasmissibili. Le zoonosi pertanto conferiscono carattere di pericolosità a molte attività che richiedono contatti con gli animali.

In un famoso lavoro apparso su Nature, Jones et al. (2008) sostenevano che più del 60% delle malattie infettive identificate dal 1940 ad oggi hanno un'origine zoonotica (trasmesse dagli animali): tra queste, i due terzi derivano da animali selvatici. Più recentemente, l'OMS (2018) ha stimato che circa i tre quarti delle malattie infettive sono il risultato di *spillover* zoonotici (salti di specie).

Dei virus noti che infettano l'uomo, circa l'80% si perpetua naturalmente in "bacini" non umani, in gran parte allevando mammiferi e pollame e, in misura minore, in animali selvatici e artropodi. Si stima che gli agenti infettivi di provenienza animale costituiscano circa il 60% dei patogeni umani noti e fino al 75% dei patogeni umani "emergenti". Purtroppo, si ha una

conoscenza limitata della provenienza animale (zoonosi) e della diversità di questi virus nei loro serbatoi noti. I dati su alcuni dei mammiferi domestici che ospitano dozzine di specie virali sono limitati e non si dispone di conoscenze sufficienti sugli animali selvatici che si stima possano ospitare migliaia di specie virali. Esempi includono virus umani emergenti come nuovi ceppi influenzali, il CoV umano (h), il virus Hendra, il virus Nipah e molti altri, tutti collegati a contatti tra animali e uomo.

2.2 Il salto di specie o *spillover*: quando e come si verifica

Nelle settimane più critiche dell'epidemia il concetto di salto di specie, o *spillover*, ha fatto capolino nel dibattito pubblico, usato con più o meno chiarezza. Ma sul salto di specie vi sono alcune domande alle quali va risposto nella maniera più precisa possibile: a) come fanno virus e batteri a compiere lo *spillover*? b) Fino a che punto questi eventi possono considerarsi casuali? c) L'uomo ha una qualche responsabilità?

In un articolo Grossi et al. (2020) hanno spiegato chiaramente molti degli aspetti rilevanti del salto di specie. Innanzitutto, gli *spillover* sono sempre avvenuti fin dalla notte dei tempi e continueranno a esserci finché ci sarà vita sulla Terra. Quello che occorre capire è che nella stragrande maggioranza dei casi gli *spillover* rimangono confinati soprattutto tra specie animali che vivono in contesti ecologici ben diversificati e, in tal modo, non creano problemi né all'uomo, né agli animali domestici.² Questo accade perché esistono le cosiddette "barriere" alle relazioni tra *spillover* e dose-risposta: infatti, un agente patogeno deve superare una serie di barriere per trasmettersi da una specie all'altra. Se una di queste barriere è impenetrabile, lo *spillover* non può verificarsi. Affinché lo *spillover* si verifichi è necessario che un'ampia serie di eventi si verifichi all'interno di una finestra stretta nello spazio e nel tempo. Diverse barriere consentono o limitano il flusso di agenti patogeni da una specie all'altra. Ad esempio, nel caso del virus della rabbia, quando vive nella specie serbatoio rappresentata dal cane, il salto di specie potrebbe essere facilitato dalla frequenza di relazione tra l'animale e l'uomo, ma è limitato, invece, dalla bassa diffusione dell'agente patogeno nell'animale. In molti casi mancano ancora evidenze sufficienti per poter capire bene il ruolo delle barriere e la facilità con cui si possono trovare percorsi in grado di superare queste barriere. In generale, la probabilità con la quale si può avere uno *spillover* zoonotico è determinata dalle interazioni tra diversi fattori, tra cui la dinamica della malattia nell'ospite serbatoio, l'esposizione al patogeno e alcuni aspetti relativi all'uomo che influenzano la suscettibilità di un individuo alle infezioni.

2. Sempre secondo Grossi et al. (2020) tra le specie più a rischio ci sono sicuramente "gli uccelli selvatici che rappresentano il serbatoio (*reservoir*, ossia la specie in cui il patogeno normalmente vive e si moltiplica) principale di tutti gli *influenzavirus* tipo A, in quanto quasi tutti i sottotipi noti si trovano negli uccelli, ma molti sottotipi sono diventati ormai endemici nell'uomo, nei cani, nei cavalli, nel pollame e nei maiali. Resta da approfondire il significato evolutivo e il rischio zoonotico dei nuovi sottotipi H17N10 e H18N11 scoperti nei pipistrelli. I roditori rappresentano invece il serbatoio principale di virus emergenti come *hantavirus* e *arenavirus*, responsabili negli ultimi cinquanta anni di numerosi eventi *spillover*, dovuti a morsi o al contatto diretto e indiretto con escreti dei roditori.

Stabilito cosa è uno *spillover* e tra chi avviene, il secondo passaggio consiste nel capire *i)* come avviene e *ii)* come può arrivare a determinare un'epidemia o una pandemia. Relativamente al primo punto, il salto di specie avviene perché “molti virus, soprattutto quelli a singolo filamento di RNA, ma anche batteri, funghi e protozoi sono in grado di attraversare la barriera di specie grazie alle mutazioni del proprio genoma (come *antigenic drift* e soprattutto i più decisivi *antigenic shift*)” (Grossi et al., 2020). In altri termini, il virus si evolve adattandosi in modo da riconoscere meglio il recettore delle cellule umane. Si può immaginare tale processo come uno scassinatore che a seguito di vari tentativi realizza la giusta chiave per aprire una serratura. Il virus si evolve creando una chiave (la proteina *spike*) che ben si adatta al recettore della cellula che a quel punto gli permette di entrare. Questo processo può portare il patogeno a un successo riproduttivo, e quindi a infettare, o in un vicolo cieco (il che per fortuna si verifica il più delle volte). Solo i patogeni con elevata “plasticità d’ospite” (cioè con genomi in grado di adattarsi con grande facilità a nuove specie) riescono ad effettuare il salto.

Una volta nel nuovo ospite il virus deve avere una strategia che gli permetta di sopravvivere. L'unico modo possibile è quello di trasmettersi in ulteriori nuovi ospiti prima di causare la morte del primo ospite infettato. In quest'ultimo caso si troverebbe in un vicolo cieco senza possibilità di riprodursi in altri ospiti (impedendo così l'inizio dell'epidemia).

Le modalità di trasmissione tra umani (la via) rappresentano spesso la chiave del successo riproduttivo di molti virus. Come evidenziato da Grossi et al. (2020), “alcuni si diffondono tramite *droplet* (l'emissione di secrezioni respiratorie e salivari attraverso goccioline) o aerosol (le micro particelle emesse anche quando parliamo), altri si trasmettono per via oro-fecale, altri per contatto diretto con fluidi corporei, altri ancora hanno bisogno di un vettore. Molti virus tendono a esaurire il proprio ciclo vitale nel nuovo ospite creando epidemie locali per poi sparire dalle scene fino alla successiva epidemia, nascondendosi nel frattempo nel *reservoir* (si vedano i focolai di Ebola e Marburg in Africa) e probabilmente così avrebbe fatto CoV-2 se non ci fosse stato un *wet market* (mercato alimentare all'aperto dove si vendono animali vivi per la macellazione) di grande dimensioni in una città di oltre 6 milioni di abitanti fortemente connessa al resto del mondo globalizzato.”

2.3 Il ruolo dell'uomo nel determinare i salti di specie

Nulla accade per caso. E se questo è vero in generale, lo è ancor di più nel momento in cui si prova a spiegare perché esistono i salti di specie e perché negli ultimi anni sono aumentati. Come recentemente scritto da Jabr (2020) “i patogeni zoonotici in genere non ci cercano né inciampano su di noi per pura coincidenza. Quando le malattie si spostano dagli animali agli umani e viceversa, di solito è perché abbiamo riconfigurato i nostri ecosistemi condivisi in modi che rendono la transizione molto più probabile.” Sono tante le attività svolte dall'uomo

che hanno contribuito ad andare in questa direzione (deforestazioni, estrazione mineraria, agricoltura intensiva e espansione centri urbani) concorrendo in modo sostanziale a distruggere gli *habitat* naturali e costringendo la fauna selvatica ad "incontrarsi" con le comunità umane. Secondo Quammen "le pressioni e le interruzioni ecologiche causate dall'uomo stanno portando i patogeni animali sempre più a contatto con le popolazioni umane, mentre la tecnologia e il comportamento umano stanno diffondendo questi patogeni in modo sempre più ampio e rapido" (Quammen, 2012, p.30).

Tra i vari fattori che maggiormente possono aver contribuito a questi incontri involontari, il processo di inurbamento che si è verificato negli ultimi anni è sicuramente quello che reca con sé le maggiori responsabilità. Nel 1960 il numero di persone che viveva in contesti rurali era pari a circa 2 miliardi, contro 1 miliardo di persone in contesti urbani. Il 2007 è stato l'anno in cui, per la prima volta, il numero di persone che vivevano nelle aree urbane era pari a quelle nelle aree rurali (circa 3,33 miliardi). Nel 2016, le popolazioni urbane sono aumentate a 4 miliardi; mentre la popolazione rurale del mondo era aumentata solo marginalmente a 3,4 miliardi. Nello stesso anno le stime delle Nazioni Unite riportano che circa il 55% delle persone nel mondo vive in aree urbane. Utilizzando le proiezioni delle prospettive di urbanizzazione delle Nazioni Unite, nel 2020 si stima che tale valore sia poco più del 57% a livello mondiale. Più della metà della popolazione mondiale vive attualmente in città e sempre più giovani generazioni crescono in ambienti con scarsa esposizione agli ecosistemi rurali (Rockstrom_2009). Questo è un fenomeno nuovo per l'umanità. Per la maggior parte della storia umana, le popolazioni hanno vissuto in contesti rurali a densità molto bassa e l'urbanizzazione è un fenomeno unico che si è verificato solo negli ultimi due secoli. Inoltre, si prevede che entro il 2050 circa 7 miliardi di persone (oltre i due terzi della popolazione mondiale) vivrà nelle aree urbane. Ciò accade perché le persone tendono a migrare dalle aree rurali a quelle urbane man mano che diventano più ricche e perché, spesso, gli *standard* di vita tendono a essere più elevati nelle aree urbane.

Questo forte processo di inurbamento è esattamente quello che è accaduto nello Yunnan, una delle province più rurali e con maggiore biodiversità della Cina. Dal 1958 al 2010, la popolazione dello Yunnan è passata da 19 a 46 milioni di abitanti, e questa rapida urbanizzazione ha disturbato in modo sostanziale gli ecosistemi locali. Gli incendi di disboscamento e i successivi insediamenti umani hanno distrutto centinaia di migliaia di ettari di territori incontaminati e selvaggi. Case, alberi da frutto e piantagioni di gomma hanno spostato la foresta pluviale tropicale. Ma ciò ha anche creato una serie di problemi di insufficienza alimentare, visto che circa un terzo delle famiglie nelle aree montane dello Yunnan ha iniziato ad avere problemi di cibo per almeno un terzo dell'anno.

La sopravvivenza di molte di queste famiglie è stata forse garantita con attività di caccia di animali selvatici per uso proprio o per vendita, cosa che le ha esposte in modo maggiore

a fenomeni di zoonosi. Secondo Jabr (2020), “nonostante le leggi contro il bracconaggio e l’istituzione di numerose riserve naturali protette, la raccolta e la caccia di specie selvatiche sono ancora comuni, spesso rappresentano il 25-80 per cento del reddito di una famiglia rurale.” Non sorprende quindi che nel 2015, nel raccogliere campioni di sangue da una popolazione di 218 abitanti di un piccolo villaggio nello Yunnan a meno di quattro miglia dalle caverne dei pipistrelli, un gruppo di ricercatori abbia trovato che sei di tali individui avessero anticorpi per coronavirus legati alla SARS-CoV-1, il virus che ha causato l’epidemia di SARS nei primi anni 2000. Nessuno dei sei individui aveva una storia nota di SARS o contatto con pazienti con SARS ma tutti avevano osservato pipistrelli che volavano attraverso i loro villaggi, suggerendo la possibilità di infezione diretta. L’isolamento di questi villaggi ha probabilmente fatto sì che non vi siano stati focolai di SARS precedentemente registrati.

Il commercio di animali selvatici rappresenta quindi un grosso problema da questo punto di vista ed è considerato come un’aberrazione ecologica in quanto spinge ad avere rapporti tra specie che non si sarebbero mai incontrate. Specie animali che aumentano la loro pericolosità infettiva in quanto tenute in cattività anche per periodi lunghi e in cattive condizioni, spesso denutriti e stressati. Questi animali diventano più suscettibili alle infezioni in quanto le loro difese immunitarie si riducono. A ciò si aggiungano le pessime condizioni igieniche dei mercati in cui vengono venduti, dove i fluidi degli animali macellati vengono a contatto con tutto ciò che transita in quei posti (Zhang et al., 2008). E in queste condizioni l’urbanizzazione e le migliori infrastrutture di trasporto non fanno altro che amplificare il problema. Da questo punto di vista, e anche per spiegare perché alcuni fenomeni hanno origine sempre negli stessi posti, è utile ricordare che tra il 2000 e il 2017 il consumo di carne in Cina è aumentato di oltre il 30%, una crescita mai registrata in passato. Contemporaneamente, a livello mondiale è aumentata la domanda di prodotti della fauna selvatica.

È ovvio che l’eliminazione delle zoonosi non è possibile. Ma il loro contenimento può esserlo. Nei prossimi anni ci saranno sempre più abitanti sulla Terra che dovranno condividere spazi sempre più angusti. Il mondo diventerà sempre di più un sistema complesso in termini di connessioni tra le tante creature viventi (compresi i microrganismi). Non è pensabile di poter vivere in bolle aprotiche e sigillate che possano riparare l’umanità da contagi, ma si può certamente limitare che tali contagi avvengano.

Già nel 2003, sulla scia della SARS, la Cina aveva fatto ricorso a misure di divieto del commercio di animali selvatici. Tuttavia, sei mesi dopo quel divieto fu revocato, consentendo alle strutture di allevamento e riproduzione di riprendere l’attività. Il 24 febbraio 2020 in Cina è stata vietata la caccia, il commercio e il trasporto di animali selvatici terrestri per il consumo (ma fanno eccezione gli animali selvatici per pellicce, cuoio e medicina tradizionale). Se tale divieto reggerà

nel tempo non è dato sapere al momento, anche se il caso della COVID-19 sembra essere diverso. Sono molti i segnali dalla Cina che sembrano indirizzare verso una drastica riduzione del consumo di animali selvatici. C'è sempre, però, il rischio che ciò che prima avveniva alla luce del sole ora venga fatto in modo illegale e nascosto.

E qui si apre un problema importante: il divieto di per sé non è in grado di risolvere il problema. Secondo la FAO, nel 2017 a livello mondiale sono state oltre 150 milioni le famiglie dedite alla caccia di animali selvatici, principalmente per il consumo personale e per il sostentamento economico. A queste si aggiungono poi tutte quelle famiglie che consumano carne da animali selvatici come *status-symbol* (soprattutto nella popolazione della Cina urbana). In queste situazioni i divieti totali non sono mai la soluzione più corretta. Ci sono due temi da considerare che hanno a che fare con aspetti di regolamentazione e di incentivi. Nel primo caso, al divieto assoluto va sostituita una regolamentazione efficace che garantisca migliore igiene nei mercati e assoluto divieto nella commercializzazione di animali selvatici a maggior rischio zoonotico (pipistrelli, roditori, primati, ecc.). Il secondo punto è invece legato al problema di assicurare fonti di sostentamento (reddito) alternative alle famiglie che oggi vivono di queste attività. In ogni caso, va sempre ricordato che il vero problema non è tanto rappresentato da chi va a caccia di animali selvatici per il proprio sostentamento, ma da chi di tali animali fa commercio trasportandoli ovunque nel mondo. Negli ultimi 20 anni il commercio internazionale e la globalizzazione sono aumentati in modo esponenziale. E' chiaro che i due fenomeni hanno giocato un ruolo fondamentale nel far aumentare i casi di salti di specie e le epidemie. Fermare questi flussi aiuterebbe molto a contenere le zoonosi.

2.4 Le numerose epidemie del XXI° secolo

Il famigerato virus SARS-CoV-2, all'origine della pandemia di COVID-19, è solo uno dei tanti esempi nella lunga storia delle malattie che passano dagli animali agli uomini. Andando indietro nel tempo va ricordato che quando fu addomesticato il cavallo si rese possibile il salto di specie a quello che oggi è il virus responsabile del comune raffreddore. Successivamente, con l'allevamento dei polli si aprì la strada a malattie come la varicella, il fuoco di Sant'Antonio e diversi ceppi di influenza aviaria. Inoltre, all'origine dell'influenza c'è l'allevamento dei maiali, mentre morbillo, vaiolo e tubercolosi vengono dall'allevamento dei bovini. Ogni qualvolta si determina il "salto di specie" da un animale a un umano si individua il cosiddetto "paziente zero", che diventa il vettore umano di trasmissione del virus.

Nel XXI secolo, i coronavirus hanno compiuto il salto di specie in tre occasioni, ogni volta causando epidemie mortali: alla fine del 2002 con la SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, o Sindrome Respiratoria Acuta Grave), nel 2012 con la MERS (Middle East Respiratory

Sindrome, o Sindrome Respiratoria Medio-Orientale), e nel 2019 con la COVID-19 (CORonaVirus Disease 2019, o malattia da Coronavirus 2019).

Figura 1 - Eventi epidemici* a livello globale, 2011-2017**

								Totale
Febbre gialla	17	12	8	2	4	10	4	57
Chikungunya	8	10	3	29	27	14	4	95
Febbre emorragica virale						6	4	10
Ebola	1	2		11	4	3	1	22
Marburg marburgvirus		1		1			2	4
Febbre emorragica Congo-Crimea	3	5	6	8	7	7	13	49
Febbre della Rift Valley	1	1	1	1	1	4	5	14
Colera	62	51	47	37	44	42	25	308
Febbre tifoide	20	23	5	2	8	3	14	75
Shigellosi	25	24	28	29	4	2	1	113
Peste	8	7	6	10	7	6	3	47
Febbre di Lassa	2	1	2	3	2	7	6	23
Febbre West Nile	11	15	15	11	11	18	10	91
Zika			5	7	19	54	52	137
Meningite	14	20	19	19	19	23	23	137
MERS-CoV		3	10	17	12	7	8	57
Influenza A	5	6	7	9	10	5	9	51
Vaiolo delle scimmie					2	2	5	10
Malattia dell'annuire		1	1					2
Malattia virale di Nipah	1	1	1	1	1			5
	2011	2012	2103	2014	2015	2016	2017**	

Note:

* L'analisi ha escluso la poliomielite. Sono state analizzate le seguenti epidemie e pandemie: influenza aviaria A (H5N1), A (H7N9), A (H7N6) A (H10N8), A (H3N2), A (H5N6), A (H9N2), Chikungunya, Cholera, Crimean - Febbre emorragica di Congo, malattia da virus Ebola, febbre di Lassa, malattia da virus di Marburg, meningite, MERS-CoV, monkeypox, sindrome di Nodding, infezione da virus Nipah, peste, febbre della Rift Valley, shigellosi, febbre tifoide, febbre emorragica virale, febbre del Nilo occidentale, Febbre gialla, malattia da virus Zika. Se una malattia ha causato più di 1 evento epidemico all'anno in un paese, è stata conteggiata una sola volta per l'anno in cui si è verificato in quel paese. Include casi importati o trasmessi localmente.

** Dati WHO/IHM al 12 gennaio 2018 (nota: i dati 2017 non sono completi)

Fonte: dati comunicati all'OMS e nei media. WHO (2018).

Ma non sono solo questi i problemi. Come ricordato di recente dal direttore generale dell'OMS, il Dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, le patologie che risultano da *spillover* zoonotici non sono le uniche che dovrebbero preoccuparci (WHO, 2018). Infatti, è lunga la lista delle epidemie occorse a partire dal 2000, a cominciare da una grave epidemia di peste nel 2017 in Madagascar che ha causato un totale di almeno 2.417 casi confermati, probabili e sospetti, tra cui 209 decessi (tra i 2.417 casi c'erano anche diverse centinaia di casi di peste bubbonica). Ben nove Paesi e territori con collegamenti commerciali e di viaggio verso il Madagascar furono messi in allerta per la peste. Nel 2015 il virus Zika, trasmesso dalla zanzara *Aedes Aegypti*, ha scatenato un'ondata di microcefalia in Brasile. Questa malattia provoca un terribile danno nel cervello dei bambini non ancora nati. Quasi 70 Paesi, uno dopo l'altro, hanno subito la propria epidemia di Zika (e probabilmente ce ne saranno altri in futuro). Infine, secondo l'OMS ogni anno si contano circa 40 focolai di colera.

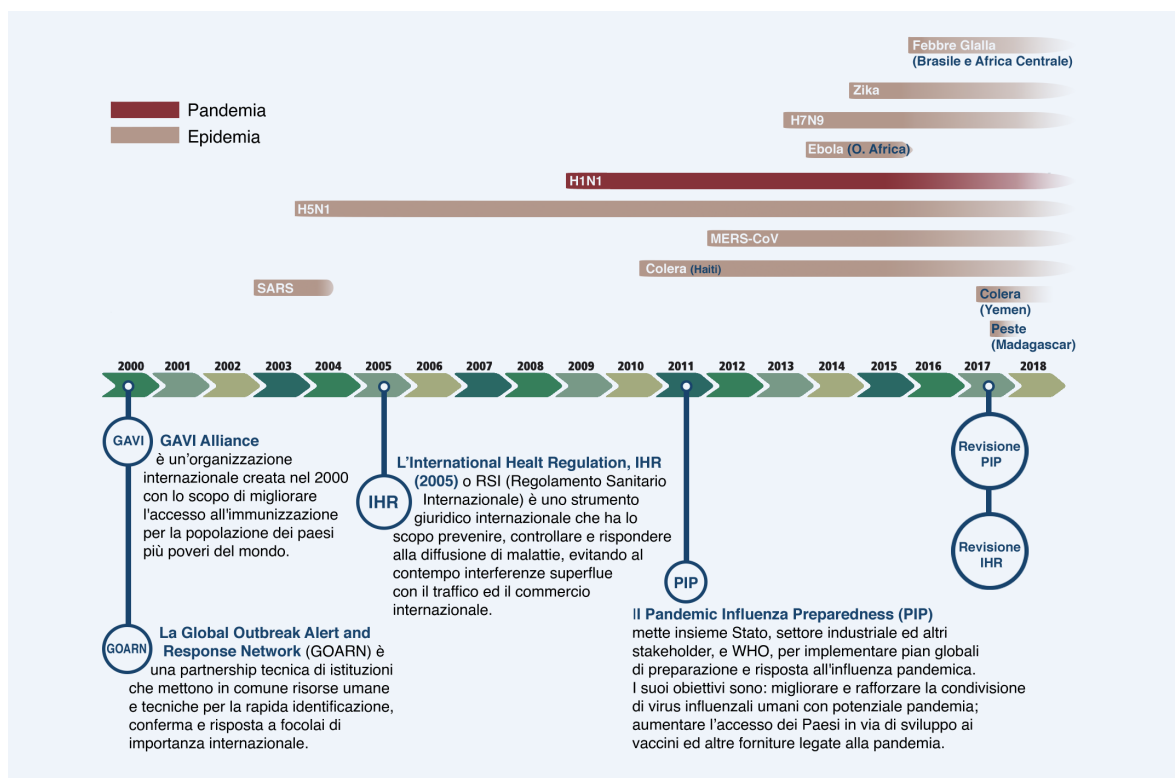
A livello globale la situazione è tutt'altro che quella di un mondo privo di malattie trasmissibili. In particolare, nella Figura 1 sono riportati per ogni anno e per tipo di malattia infettiva il numero di Paesi che ha dichiarato casi di contagio. Nel complesso, tra il 2011 e il 2017, si è registrato un totale di 1.307 eventi epidemici in 172 paesi. Inoltre, nella Figura 2 l'informazione riportata nella parte superiore riguarda la *timeline* delle principali epidemie nel mondo, mentre nella parte inferiore sono messi in evidenza gli sforzi organizzativi compiuti dall'OMS per far fronte alle emergenze.

Ma come è accaduto che un fenomeno tutto sommato raro, sia diventato sempre più frequente? I salti di specie ci sono sempre stati, ma nell'ultimo secolo sono aumentati in modo considerevole i danni provocati all'uomo e agli animali domestici. Solo negli ultimi vent'anni ben 3 coronavirus hanno effettuato uno *spillover* di successo: SARS nel 2002 dalle civette delle palme (*Paguma lavata*) a loro volta contagiate dai pipistrelli ferro di cavallo (*Rhinolophus*); MERS nel 2012 dai dromedari (ai quali il virus sarebbe giunto dai pipistrelli in un tempo remoto, essendo stati riscontrati campioni di sangue di dromedari positivi risalenti al 1983); e COVID 19 originato dai pipistrelli o dai pangolini (importati e venduti illegalmente in Cina).

Se adottiamo un punto di vista diverso, possiamo capire che forse non sono gli animali selvatici a causare il problema delle pandemie, come non lo hanno fatto in passato. Al contrario, sono gli esseri umani che continuano a esercitare pressioni sempre maggiori sugli ecosistemi e sulla biodiversità rimanente della Terra. Attività come il commercio di specie selvatiche, il disboscamento e la deforestazione e l'espansione dell'agricoltura in aree precedentemente indisturbate alterano la "normale" circolazione dei virus. Questi cambiamenti possono aumentare il contatto e, quindi, il tasso di contagio dei patogeni tra la fauna selvatica e l'uomo. In altre parole, mentre l'umanità si avvicina ulteriormente alla natura, le persone hanno

maggiori possibilità di entrare in contatto con nuovi agenti patogeni trasportati dagli animali. Di conseguenza, l'umanità si trova a maggior rischio di pandemie come quella attuale. Ad “armare” il nemico nell'ombra, dandogli la possibilità di compiere il salto di specie, è stato l'uomo attraverso l'esercizio di una pressione crescente sugli ecosistemi. I problemi delle pandemie, del clima e della perdita di biodiversità sono collegati. Lo sono, però, anche le soluzioni.

Figura 2 - Time-line delle epidemie nel mondo.



Fonte: dati comunicati all'OMS [index{OMS}] e nei media. Atella, Kopinska e Piano Mortari (2021).

Come giustamente riportato da Grossi et al. (2020), l'equilibrio sinergico di tutte le specie animali esistenti è stato rotto, superando la soglia ecologica. I livelli della popolazione umana sono cresciuti rapidamente in pochi anni portando ad occupare sempre maggiori spazi che in

precedenza erano destinati agli animali selvatici, frammentando così gli ecosistemi per creare insediamenti abitativi e produttivi, allevare in maniera intensiva gli animali domestici, praticare agricoltura intensiva (come le palme da olio e la colza), sacrificando spesso la biodiversità nativa. Il futuro che si profila è “affollato”, con una popolazione che per il 2050 si prevede raggiunga i 9 miliardi di persone: individui che andranno sfamati in modo adeguato e che, pertanto, premeranno sempre più sulle limitate risorse del pianeta. Il cambiamento climatico riceve la massima attenzione, ma sono evidenti molti altre trasformazioni planetarie, tra cui interruzioni del ciclo dell'azoto, degli ecosistemi, della biodiversità e dell'uso del suolo (Butler and Soskolne, 2013).

Il 2020 era stato da poco considerato come “l'anno super” per la biodiversità e il cambiamento climatico e le nazioni che hanno firmato le convenzioni internazionali su clima (CoP 26) e biodiversità (CoP 15) speravano di finalizzare i piani strategici globali in vista del 2030. Se da un lato la pandemia potrebbe generare ritardi, dall'altro potrebbe mettere pressione per finalizzare gli obiettivi. In altre parole: c'è l'opportunità di imparare dai più tragici errori. Il nemico ha mostrato le debolezze del genere umano: agire per il cambiamento, adesso, spetta agli uomini e a chi, a livello planetario, li governa.

3. L'evolversi degli eventi nell'anno della COVID-19

Per poter meglio comprendere in che modo il contagio si è diffuso in Italia, in questa sezione viene ricostruita una *time-line* dei principali avvenimenti che si sono succeduti da inizio novembre 2019 a dicembre 2020. Questo periodo di circa 13 mesi è importante perché è quello in cui si sono sviluppati i primi contagi in Cina, l'OMS ha dichiarato lo stato di "Emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale" (*Public health emergencies of international concern - PHEIC*), in Italia si è avviato il primo periodo di *lockdown* nazionale e a seguire si è avviato un processo graduale di riapertura che ha però portato ad una seconda ondata di contagi che ancora è presente.

Una delle prime cose da considerare è che del tempo trascorso tra novembre 2019 e gli inizi di marzo 2020 una parte non marginale poteva essere più proficuamente impiegata per dare risposte più veloci per la gestione della crisi epidemica da parte dell'OMS e del Governo italiano. In particolare, è possibile identificare un periodo di circa 30 giorni di ritardo da parte dell'OMS, ovvero dal 31 dicembre 2019 (data in cui è stata ufficializzata la capacità del virus di trasmettersi all'uomo) al 31 gennaio 2020 (quando l'OMS ha dichiarato l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale), e di circa 45 giorni da parte del Governo italiano, ovvero dal 14 gennaio 2020 (data del *lockdown* a Wuhan) all'8 marzo 2020 (data in cui è stato dichiarato il *lockdown* in Italia).

La *time-line* parte convenzionalmente dalla fine di novembre 2019 poiché una serie di studi retrospettivi condotti nel primo periodo dell'epidemia riportano che l'infezione da SARS-CoV-2 si sia manifestata per la prima volta in una data imprecisata di quel mese (van Dorp et al., 2020). L'8 dicembre 2020 si è registrato il primo caso di Wuhan, con un paziente con sintomi simili a un'infezione da coronavirus (il caso è stato successivamente identificato sulla base di una analisi retrospettiva). La comprensione scientifica di questo nuovo tipo di coronavirus simile alla SARS è stata fornita per la prima volta tra il 24 e il 27 dicembre 2019 dalla società Vision Medicals, nella provincia di Guangzhou. Apprensione clinica per la presenza di un possibile focolaio di infezione si è avuta quasi nello stesso periodo (tra il 27 e il 29 dicembre 2019) presso l'Ospedale provinciale Hubei a Wuhan. Il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie di Wuhan hanno reso ufficiale l'esistenza di un focolaio di polmonite da causa sconosciuta. In quello stesso giorno le informazioni sono arrivate, attraverso i canali ufficiali, all'OMS e al CDC di Atlanta negli Stati Uniti.

Il 1 gennaio 2020 l'OMS ha istituito l'IMST (*Incident Management Support Team*) attraverso i tre livelli dell'organizzazione: quartier generale, quartier generale regionale e nazionale, mettendo in stato di allerta l'organizzazione al fine di affrontare l'epidemia. Da quel momento si è entrati in un crescendo di notizie che con sempre maggiore difficoltà Pechino è riuscita a celare. Si comincia il 4 gennaio quando l'OMS ha comunicato sui *social media* che a Wuhan, nella

provincia di Hubei, si era avuto un focolaio di casi di polmonite senza morti. Il giorno successivo la stessa organizzazione si è affrettata a pubblicare una nota tecnica per la comunità scientifica e per gli esperti di sanità pubblica con le prime notizie sull'infezione causata dal nuovo virus, recante una prima valutazione del rischio e una serie di consigli su come comportarsi. Inoltre, nella nota si riportava ciò che la Cina aveva riferito all'OMS sullo stato dei pazienti e sulla relativa risposta in termini di sanità pubblica.

In Italia il Ministero della Salute, in quanto competente, è stato il primo soggetto istituzionale a occuparsi del virus arrivato da Wuhan. Il 5 gennaio 2020, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute ha rilevato l'esistenza in Cina di una "polmonite di eziologia sconosciuta". Le comunicazioni del Ministero, di lì in avanti, hanno rilanciato puntualmente le informazioni ricevute dall'OMS. Il 10 gennaio 2020, proseguendo nella attività informativa, l'OMS ha pubblicato online un pacchetto completo di assistenza tecnica con consigli a tutti i Paesi su come rilevare, testare e gestire potenziali casi, sulla base di quanto fino ad allora noto sul virus. La guida è stata condivisa con i direttori di emergenza regionali dell'OMS, con l'obiettivo di una ulteriore diffusione delle raccomandazioni presso i rappresentanti dell'OMS nei singoli Paesi. Sulla base dell'esperienza con SARS e MERS e delle modalità note di trasmissione dei virus respiratori, sono state pubblicate le linee guida per il controllo delle infezioni e sulla prevenzione per proteggere gli operatori sanitari.³

Dal 12 al 20 gennaio 2020 si è registrata una prima *escalation* della crisi. Il 12 gennaio la Cina ha reso pubblica la prima sequenza genetica del virus SARS-CoV-2 (che in realtà a quella data ancora non era stato battezzato con questa sigla e veniva definito come "2019-nCoV"). Il 14 gennaio l'OMS ha invece ammesso che il nuovo virus avrebbe potuto trasmettersi tra umani, vista anche l'esperienza con SARS, MERS e altri agenti patogeni respiratori. Nel caso specifico di Wuhan la trasmissione tra individui sarebbe avvenuta infatti tra le persone della stessa famiglia. Il 20 gennaio, dopo il contagio di membri del personale medico cinese nel Guangdong, la China National Health Commission ha confermato la trasmissibilità del virus da uomo a uomo. Gli scienziati del China Center for Disease Control (CCDC) hanno identificato tre diversi ceppi del 2019-nCoV, confermando che il coronavirus originale di Wuhan era mutato in due ceppi aggiuntivi. A questo punto, la Cina non ha potuto più nascondere quanto stava accadendo e il segretario generale del Partito comunista cinese, Xi Jinping, ha rilasciato una dichiarazione per affermare che "la vita e la salute delle persone dovrebbero avere la massima priorità e che la diffusione dell'epidemia dovrebbe essere risolta con fermezza".⁴

3. Nelle linee guida per la prima volta si parla di trasmissione via aerosol a corto raggio sia in ambito pubblico che sanitario, raccomandando di prendere tutte le precauzioni nelle fasi di contatto durante la cura dei pazienti.

4. Kuo, Lily [21 January 2020]. "China confirms human-to-human transmission of coronavirus". The Guardian. Beijing. Consultabile su <https://www.theguardian.com/world/2020/jan/20/coronavirus-spreads-to-beijing-as-china-confirms-new-cases>.

Fino a quel momento la versione ufficiale di Pechino era stata un'altra: "I sintomi segnalati dai pazienti sono comuni a diverse malattie respiratorie, e la polmonite è un evento frequente in inverno".⁵

A discuterne con infettivologi e virologi, evidenze di questo tipo dovrebbero suscitare un'attenzione notevole, viste anche le precedenti esperienze con SARS e MERS. Invece, da parte dell'OMS nella prima fase sembrava arrivassero segnali abbastanza rassicuranti, cui il Ministero della Salute italiano si è adeguato. In particolare, il 16 gennaio l'OMS ha dichiarato di non applicare "alcuna restrizione al commercio o ai viaggi in base alle informazioni disponibili", e ha reiterato il suggerimento anche il 21 gennaio. In quei giorni i comunicati del Ministero della Salute italiano si sono limitati a rassicurare sul fatto che si stessero prendendo tutti i provvedimenti necessari per evitare la diffusione del contagio dalla Cina, rafforzando i controlli aeroportuali. Un passaggio importante è costituito dal comunicato del 16 gennaio rilasciato dal Dipartimento Prevenzione del Ministero della Salute secondo cui: "L'OMS incoraggia tutti i Paesi a continuare le attività di preparazione" e chiede di "mantenere le scorte" (medicinali antivirali, mascherine).⁶

Tra il 21 e il 31 gennaio l'OMS ha avviato un lungo processo interno di riconoscimento ufficiale dell'esistenza di un potenziale problema di salute pubblica. Il 22 gennaio l'organizzazione ha certificato la trasmissione da uomo a uomo, ritenendo però necessarie ulteriori indagini per comprendere la portata della trasmissione e per eventualmente dichiarare l'esistenza di una "emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale". In una prima riunione tenutasi tra il 22 e 23 gennaio, i membri della commissione non sono riusciti a raggiungere un consenso basato sulle prove disponibili al momento e hanno chiesto un nuovo aggiornamento entro 10 giorni dalla ricezione di ulteriori informazioni. Il consenso, invece, è arrivato il 30 gennaio quando, per la sesta volta dall'entrata in vigore del Regolamento sanitario internazionale (IHR) nel 2005, l'OMS ha dichiarato un PHEIC. In quella stessa data l'OMS ha fornito una valutazione del rischio, ritenendolo "molto alto" per la Cina e "alto" a livello globale. Nel frattempo, il 23 gennaio a Wuhan è stato avviato il primo *lockdown* nel tentativo di arrestare la diffusione del contagio. La circolazione nelle strade è stata così fortemente limitata e i servizi ferroviari e aerei sospesi. Contemporaneamente, i governi stranieri hanno iniziato a elaborare piani per evacuare i cittadini dalla città.

5. A riguardo è anche utile segnalare che il 12 gennaio, nonostante la notizia del primo morto a Wuhan, ancora si leggeva che "non vi è chiara evidenza di trasmissione interumana" e che "dal 3 gennaio 2019 non è stato individuato nessun nuovo caso".

6. Qui di seguito il testo integrale: "L'OMS incoraggia tutti i paesi a continuare le attività di preparazione. Il 10 gennaio, l'OMS ha pubblicato informazioni su come monitorare i casi, trattare i pazienti, prevenire ulteriore trasmissione nosocomiale, mantenere le scorte necessarie, e comunicare col pubblico sul SARS-CoV-2. Le informazioni includono raccomandazioni su come applicare misure di igiene delle mani e di igiene respiratoria, e pratiche sicure per alimenti e mercati. L'OMS sta preparando e aggiornando queste informazioni in consultazione con la rete di esperti globale." Il comunicato è disponibile al seguente indirizzo web: http://www.salute.gov.it/Malinf_Gestione/10-20.pdf.

Il mondo a questo punto è stato avvisato. Il nemico (il virus) non era più nascosto nell'ombra.

Una volta ricostruita la sequenza degli eventi e chiarito che alla fine di gennaio 2020 il mondo è stato ormai avvisato, risulta più facile contestualizzare il lavoro di prevenzione che fino a quel punto è stato messo in campo in Italia, quali fossero i passaggi, in termini di piano delle emergenze da malattie infettive cui dover fare riferimento, e chi in quel momento fosse preposto ad avviare tutto ciò.

Il primo atto ufficiale che ha segnato l'avvio delle attività di contrasto all'epidemia è stato compiuto il 22 gennaio dal Ministro della Salute Roberto Speranza con la creazione e l'insediamento di una *task force* alle sue dirette dipendenze con dentro tutte le direzioni ministeriali coinvolte dalla crisi epidemica, cui si aggiungono vari enti e istituti legati allo stesso Ministero quali: l'Istituto superiore di Sanità, l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Spallanzani, gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), i carabinieri del Nucleo antisofisticazione e l'Agenzia sanitaria per le regioni (AGENAS). In quel momento in Cina il numero totale di casi confermati in laboratorio era salito a 571 e il bilancio delle vittime a 17, ma si intuiva perfettamente che i numeri non si sarebbero fermati lì. Nel frattempo a Roma era scoppiato il caso dell'Hotel Palatino con due turisti cinesi contagiati dal virus: è a questo punto che il Ministro Speranza ha deciso di prendere la drastica decisione di sospendere tutti i voli diretti dalla Cina, una scelta fortemente criticata sotto vari punti di vista.⁷

In quei giorni i contagi in Cina continuavano a crescere e con essi i morti. In Italia e nel resto del mondo era sempre più chiaro che si andasse profilando uno scenario abbastanza difficile da affrontare, visti anche una serie di ritardi accumulati nelle comunicazioni da parte delle autorità cinesi e dell'OMS nel prendere decisioni. Alla data del 31 gennaio la Cina aveva raggiunto i dodicimila contagi con 259 decessi, si registravano 82 casi in 18 paesi, e l'OMS dichiarava l'Emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. Il Consiglio dei Ministri dichiarava lo stato di emergenza, per la durata di sei mesi, in conseguenza del rischio sanitario connesso all'infezione da coronavirus e stanziava cinque miliardi in previsione delle spese da affrontare. Inoltre, al Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Angelo Borrelli, veniva affidato il coordinamento degli interventi necessari a fronteggiare l'emergenza sul territorio nazionale. Come si legge dal sito della Protezione Civile, "le principali azioni coordinate dal Capo del Dipartimento sono volte al soccorso e all'assistenza della popolazione eventualmente interessata dal contagio, al potenziamento

7. La scelta di bloccare i voli fu criticata in primis perché creava un problema di natura diplomatica che poteva compromettere una serie di rapporti economici in essere e di opportunità di investimento futuro; in secondo luogo, perché bloccare i voli diretti – che imponevano un controllo capillare sui passeggeri in arrivo – lasciava aperta la strada all'ingresso in Italia attraverso voli con scalo in altri Paesi, e i cittadini cinesi non sarebbero stati più controllati. Questo punto fu criticato in modo particolare dal Professor Walter Ricciardi dell'Università Cattolica di Roma, che di lì a poco sarebbe stato nominato rappresentante italiano nel comitato esecutivo dell'OMS.

dei controlli nelle aree aeroportuali e portuali, in continuità con le misure urgenti già adottate dal Ministero della salute, al rientro in Italia dei cittadini che si trovano nei Paesi a rischio e al rimpatrio dei cittadini stranieri nei Paesi di origine esposti al rischio”.⁸

La macchina era avviata e anche la catena di comando avrebbe dovuto essere chiara. Eppure, tra il 31 gennaio e il 14 febbraio in Italia non è accaduto nulla di rilevante. Quelle giornate sono state invece scandite principalmente da discussioni (spesso poco informate) tra *leader* politici ed esperti sulla possibilità che quanto stesse accadendo in Cina potesse riproporsi in Italia, con la maggioranza sostanzialmente concorde nel ritenere che il contagio fosse soprattutto un problema di Pechino. Sono stati questi i giorni segnati da non pochi eventi di razzismo e insofferenza verso la popolazione cinese residente in Italia e verso i pochi turisti ancora in circolazione. Sono anche stati giorni preziosi in cui, purtroppo, si è perso tanto tempo ignorando una serie di raccomandazioni che l’OMS, e a seguire il Ministero della Salute, avevano già impartito a metà gennaio. Una fra tutte: fare scorte di materiale utile ad affrontare l’emergenza. Nel frattempo, in Cina i contagi e i morti continuavano a salire: il 14 febbraio si sono contati 66.000 casi e 1.520 decessi.

Il 14 febbraio a Codogno è stato identificato il primo paziente italiano affetto da coronavirus. Il primo, ma non il solo. Da quel momento è stato un susseguirsi di nuovi casi, a partire da quelli registrati nel comune di Vo', in Veneto. Nei giorni successivi, fino al 21 febbraio, le informazioni sono circolate solo tra gli addetti ai lavori e la catena di comando è rimasta in sostanza inoperosa. Negli ultimi giorni di febbraio la curva del contagio si è impennata seguendo un andamento che gli epidemiologi conoscono fin troppo bene e che non lasciava fin da subito presagire nulla di buono. In quattro giorni, dal 28 febbraio al 2 marzo, i contagiati sono triplicati passando da 888 a 2.036. Anche i morti sono raddoppiati, arrivando a 52. In Italia a dire di non fermarsi, di proseguire la vita (e le attività) di sempre, erano però ancora in molti. Ma non il Comitato Tecnico Scientifico. Gli esperti avrebbero voluto, al contrario, serrare l'Italia. E presto.

A partire dal 2 marzo è scattato un ulteriore allarme con il focolaio di Bergamo. Anche in questo caso sarebbe stato opportuno definire delle "zone rosse", ma passerà almeno una settimana prima che ciò accada (nonostante i segnali non mancassero). Nel Governo si iniziava a ragionare di "zona rossa", ma nessuno si azzardava ancora a proporre la chiusura delle attività produttive. Nel frattempo hanno cominciato a delinearsi una serie di evidenze, facili da analizzare col senno di poi: qualcosa di strano era in atto in Lombardia. La fotografia dei dati epidemiologici del 2 marzo racconta che nella regione c'erano 1.254 positivi, 478 ricoverati, 127 pazienti in terapia intensiva e ben 38 morti su 52 registrati in tutta Italia. Nell'adiacente Veneto, nonostante il focolaio di Vo' e il *cluster* di

8. Il testo è disponibile al seguente indirizzo: <http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus>.

infezione a Padova, Treviso e Venezia, si registravano solo 291 casi di positività, 17 ricoverati in terapia intensiva, e migliaia di tamponi effettuati. Il divario cominciava già a farsi vedere.

Sempre il 3 marzo, in un clima di grossa confusione a livello governativo, è stata decretata la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado (inizialmente per due settimane, eventualmente da rivedere!). Si continuava, però, a discutere su cosa fare nei comuni della Lombardia colpiti dai contagi, se definirli “zona rossa”, “zona arancione” o non sottoposta a misure restrittive. Solo l'8 marzo verrà emanato un Dpcm per imporre il *lockdown* in tutta la Lombardia e nelle altre 14 province.

Tra il 7 e il 9 marzo il processo decisionale ha subito un'accelerazione come mai si era vista fino a quel momento (purtroppo, però, tardiva!). La circolazione pubblica della bozza di decreto che avrebbe segnato la chiusura della Lombardia e delle 14 province ha innescato una paura diffusa e la fuga di quasi 100.000 persone, soprattutto verso il Sud del Paese. L'8 marzo è stata ampliata la zona rossa, e a quel punto molti esponenti dell'esecutivo si sono resi conto che non era più possibile bloccare la sola Lombardia per fermare il contagio. Il 9 marzo, giorno in cui sono stati contati 97 nuovi decessi, il Governo ha varato il Decreto “Io resto a casa”, per imporre il *lockdown* al Paese per un periodo di ben 2 mesi. L'11 marzo l'Italia è diventata un'unica zona rossa con gli spostamenti vietati al di fuori del comune di residenza, tranne che per motivi di lavoro, salute o necessità. Contemporaneamente, sono state anche chiuse tutte le attività commerciali, a eccezione dei supermercati, delle farmacie e delle edicole. Da quel momento passeranno però altre due settimane prima di arrivare alla data del 23 marzo 2020 per vedere chiudere sull'intero territorio nazionale ogni attività produttiva non strettamente necessaria e indispensabile a garantire beni e servizi essenziali. Nel frattempo, in molte città italiane vuote e apparentemente prive di vita, alle 18.00 gli italiani hanno cominciato a darsi appuntamento sui balconi per cantare insieme l'inno di Mameli.

Il 4 maggio 2020 sembrava che tutto fosse finito e ci si dovesse preparare alla ripartenza, che in Italia coincideva con l'inizio della tanto attesa “Fase 2”. A partire da quella data alcune categorie di occupati potevano tornare al lavoro ed era di nuovo possibile incontrare i “congiunti”. Tuttavia, lo stesso Presidente del Consiglio ricordava agli italiani che la “Fase 2” non significa certo che tutto è passato. Infatti, nella presentazione delle nuove regole ammonisce la popolazione che il pericolo di un nuovo picco di contagi è molto reale e che “il futuro del Paese sarà nelle nostre mani” e che “serviranno ancora di più collaborazione, senso civico e rispetto delle regole da parte di tutti”. Purtroppo, quel saggio consiglio sarà inascoltato e quello sarà solo l'inizio di una nuova fase di contagi.

Ad aiutare questa nuova deriva ci pensano alcuni esperti che avviano un balletto di dichiarazioni sulla presunta capacità del virus di poter ancora contagiare. Apre le danze il Prof. Zangrillo, direttore della terapia intensiva del San Raffaele di Milano, che a fine maggio durante un'intervista in una trasmissione della RAI dichiara che “dal punto di vista clinico il coronavirus non esiste più”. Da quel momento il Prof. Zangrillo diventa il portabandiera di una nutrita schiera di esperti, secondo i quali il virus si è ormai indebolito e potrebbe non esserci una seconda ondata.

Sul fronte economico il governo pubblica in Gazzetta Ufficiale il “decreto rilancio”, il più corposo, intervento economico (vale 55 miliardi, come almeno due manovre finanziarie ordinarie) che introduce nuove misure ed estende alcune misure introdotte dai decreti precedenti. Nel frattempo, l'assemblea dell'OMS all'unanimità dà il via libera alla risoluzione sulla necessità di avviare un'indagine imparziale, al momento opportuno e in consultazione con gli Stati membri sulle origini della pandemia di coronavirus e sulla risposta data a livello globale all'emergenza sanitaria. Anche la Cina, inizialmente contraria, vota a favore.

Il mese di giugno è caratterizzato dalla partenza della “Fase 3”, che prevede l'ulteriore abbassamento di molte restrizioni che ancora esistevano, tra le quali l'utilizzo delle mascherine all'aperto, e dalla ripartenza del campionato di calcio di serie A. Inoltre, riaprono le aree giochi e i centri estivi per i bambini da zero a tre anni, oltre alle sale scommesse. Via libera anche a cinema e teatri e agli spettacoli all'aperto, anche se con limitazioni di pubblico. Inoltre, fa il suo esordio (con qualche ritardo rispetto a quando avrebbe potuto servire di più) l'*app* Immuni. Nel frattempo, le notizie dal resto del mondo non sono assolutamente incoraggianti, visto che in Sud America la situazione dei contagi precipita. In Cina scoppia un nuovo focolaio a Pechino. Questa volta, però, le autorità cinesi agiscono in modo imponente: 27 aree cittadine vengono sottoposte a *lockdown*, le scuole vengono chiuse e in pochi giorni vengono sottoposti a tampone 2,3 milioni di persone per isolare i positivi e contrastare la diffusione del virus. Nel frattempo, la situazione in Italia sembra, però, andare in direzione opposta: il 23 giugno con “soli” 113 nuovi casi in Italia si registra il minor numero di positivi in 24 ore da quando è esplosa la pandemia. Come effetto di tale riduzione nei mesi di luglio e agosto scendono ai livelli minimi anche le terapie intensive (38 casi il 29 luglio) e il numero di morti (1 morto il 29 di agosto).

Forti di questi risultati, e della necessità di normalità, il mese di luglio 2020 segna un periodo di minore attenzione ai comportamenti. Vengono effettuati molti viaggi all'estero, in particolare in Spagna, dove i contagi stanno risalendo molto velocemente. Anche in Italia c'è qualche avvisaglia, con un focolaio in Veneto il 3 luglio. Ma a questo punto la macchina della ripresa è partita e con essa anche una serie di provvedimenti della “Fase 3” che diventa sempre più estesa, facendo cadere ulteriori vincoli: riaprono le discoteche, si autorizzano sport di squadra

(di contatto e individuali), e si può di nuovo giocare a carte nei bar e nei centri per anziani. A fine luglio il clima politico comincia ad arroventarsi. Da un lato il governo proroga lo stato di emergenza fino al 15 ottobre, dall'altro alcuni *leader* dell'opposizione si oppongono portando avanti l'idea che non esiste alcuna emergenza.

A questo punto si è in piena estate. Il mese di agosto sarà però un mese molto critico. Se da un lato si comincia a parlare di vaccini (lo annunciano sia Trump, sia Putin), dall'altro in Italia riprendono con veemenza i focolai. Molti di questi sono legati al mondo delle discoteche. Il caso più eclatante è quello Billionaire di Briatore in Sardegna. A questo punto la curva dei contagi comincia a risalire, e si riaffacciano le misure di contenimento: le discoteche restano chiuse in tutta la penisola e si rendono nuovamente obbligatorie le mascherine dalle 18 alle 6 del mattino nei luoghi della *movida* e nei locali all'aperto.

A settembre la situazione comincia a peggiorare e i contagi riprendono la loro corsa in tutta Europa. In Italia si segnalano ancora una volta circa 1.500 nuovi contagi ogni giorno, ancora lontano dal picco di 6.500 di aprile, ma un aumento significativo rispetto ai 200 all'inizio di luglio. Francia e Spagna, sono i paesi più colpiti in Europa, con valori dei casi giornalieri anche superiori ai loro picchi primaverili. Il 7 settembre, la Spagna è diventata il primo paese europeo a contare mezzo milione di casi totali, di cui oltre 100.000 diagnosticati nelle due settimane precedenti. Ma è soprattutto la Francia a soffrire l'ondata di nuovi contagi, che hanno superato le 10mila unità al un giorno. Persino la Germania, un esempio spesso citato dell'eccellenza nella risposta al coronavirus in Europa, ha visto aumentare lentamente il numero dei suoi casi quotidiani, con quasi 2.000 infezioni, un raddoppio dal 1 agosto. In Italia tutto sembra essere ancora sotto controllo, tanto che il 24 settembre un articolo del Financial Times elogia il comportamento dell'Italia (mai elogio fu meno meritato!). Confortati da questi risultati ancora positivi, il 14 settembre si opta per far riaprire le scuole (in alcune regioni la riapertura arriverà il 24). Nel frattempo le voci di un possibile vaccino si fanno sempre più rassicuranti, visto che è la Pfizer ad annunciare che entro la fine di ottobre si potrà conoscere se il vaccino anti-Covid a cui sta lavorando insieme alla tedesca Biontech funziona o meno. Contemporaneamente, anche Bill Gates parla dell'arrivo a breve del vaccino, affermando che sarà disponibile all'inizio del 2021. Aumentano quindi le speranze di tornare a una vita normale.

Purtroppo i tanti segnali non ascoltati nei mesi precedenti fanno sì che nel mese di ottobre l'Italia entri in piena seconda ondata. I contagi tornano a crescere in modo preoccupante, e la pressione sugli ospedali torna a farsi sentire. A fine ottobre i contagi giornalieri superano i 31.000 casi, valori molto più alti di quelli visti nella prima ondata. Nonostante questi numeri, il governo ritarda a prendere decisioni. Il 19 ottobre un nuovo DPCM prevede misure restrittive per bar e ristoranti e sport di contatto. Si opta per la scuola e la didattica a distanza e si incentiva

lo *smart working*. Nel frattempo, esplode la rabbia in alcune città italiane, con centinaia di persone che si radunano per protestare (vedi Napoli) e danno vita a scontri violenti con polizia e carabinieri. Intanto, a fine ottobre la Francia avvia un *lockdown* di un mese e la Germania annuncia misure restrittive per ristoranti, bar, teatri, cinema e palestre.

Infine, il mese di novembre vede la situazione in Italia peggiorare sul lato dei contagi, delle terapie intensive e dei decessi. Vengono prese misure ancora più restrittive e si procede a dividere l'Italia in 3 zone con diverse restrizioni che entrano in vigore il 6 novembre. La suddivisione prevede una fascia gialla, una arancione e una rossa, in base alla gravità prevede della situazione. Nella zona rossa, quella più a rischio, scatta di fatto un *lockdown*, anche se con provvedimenti meno stringenti rispetto a quello della scorsa primavera. Con 40.902 positivi, il 13 novembre risulta essere il giorno del picco massimo dei contagi per l'Italia. La seconda ondata ha letteralmente investito la penisola. Gli ospedali sono sotto *stress* e in molte regioni la soglia critica dei posti occupati in terapia intensiva è già stata abbondantemente superata. Contemporaneamente le aspettative sul fronte dei vaccini sembrano essere mantenute. A distanza di pochi giorni l'uno dall'altro, Pfizer annuncia che il suo vaccino è efficace al 90%, mentre Moderna annuncia un vaccino efficace al 94,5%.

4. I piani di prevenzione: cosa non ha funzionato?

Era noto da tempo che prima o poi si sarebbe diffuso un patogeno virale che avrebbe causato danni ingenti alla salute e alla società. Nel 2018 l'OMS sosteneva che "il mondo deve aspettarsi un'epidemia di influenza *killer* e anzi deve essere sempre vigile e preparato in modo tale da poter combattere la pandemia che sicuramente si verificherà" (WHO, 2018). Ancora nel 2018, l'OMS metteva a punto una guida pratica per sviluppare e condurre simulazioni per testare i piani pandemici, cosa che in Italia non ha avuto seguito.⁹ Del resto, le esperienze con le altre epidemie virali degli ultimi due decenni hanno destato una grande preoccupazione nella comunità scientifica e nell'opinione pubblica. Per questo motivo, dopo l'epidemia di SARS del 2003, l'OMS ha obbligato tutti i governi a dotarsi di un piano anti-pandemico e nel 2005 ha dettato le linee guida per arrivare alla stesura effettiva dei piani. Linee guida che il Ministero della Salute italiano ha in effetti recepito nel 2006, stilando un "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" che aggiornava il Piano Italiano Multifase per una Pandemia Influenzale del 2002.¹⁰ Il Piano, da aggiornare secondo l'OMS ogni due anni, è stato rivisto tra il 2009 e il 2010 in risposta all'influenza suina (l'H1N1). Da quel momento si è registrato un ultimo aggiornamento solo nel 2016.

Quella di adottare piani di prevenzione è una raccomandazione contenuta anche nel Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, la cui validità è stata estesa al 2019 da un Accordo Stato-Regioni. In particolare, nel capitolo dedicato alle malattie infettive si sottolinea che "con l'entrata in vigore, nel 2013, della nuova Decisione della Commissione Europea (No 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, bio-tossine), che di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale".¹¹ In realtà, pur non essendo stato aggiornato di recente, l'ultimo Piano disponibile conteneva già una serie di utili indicazioni da attuare.

Seguendo le linee guida dell'OMS, nel Piano si distinguono tre fasi di valutazione dell'epidemia. La prima, quando non ci sono pericoli immediati, ma si hanno notizie di primi focolai all'estero di una potenziale vasta epidemia; la seconda, quando si verificano i primi casi sul territorio nazionale; e, infine, la terza, con lo scenario più grave, quando si verificano focolai autonomi nel Paese.

Per essere efficace un piano di prevenzione dovrebbe prevedere che per ognuna delle tre fasi esista un elenco di provvedimenti da

9. La guida è disponibile al seguente indirizzo web: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274298/9789241514507-eng.pdf?ua=1>.

10. Il Piano è disponibile al seguente indirizzo web: <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioPubblicazioniInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=501>.

11. Tratto dal "Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al piano nazionale della prevenzione 2014-2018" del Ministero della Salute e disponibile al seguente indirizzo web: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2477_allegato.pdf.

prendere per impedire il passaggio alla fase successiva. Eppure, a partire da gennaio 2020, in poche settimane tutte le fasi riportate nel Piano sono state attraversate, con gradualità all'inizio e poi in modo più veloce e devastante verso marzo e aprile. Questo stato di fatto risulta ancor più difficile da accettare se si considera che, nonostante i ritardi del Governo di Pechino, gli eventi accaduti in Cina fornivano comunque un tempo sufficiente per farsi trovare preparati. Infatti, secondo la ricostruzione fatta nella precedente sezione, il 14 gennaio era già stato reso noto il contagio tra umani. A quel punto, la prima parte del Piano, che prevede “la preparazione di appropriate misure di controllo della trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero”, avrebbe dovuto essere attivata già a gennaio. Ciò avrebbe portato a predisporre tutta una serie di misure in grado di rifornire gli ospedali di quei dispositivi che avrebbero permesso ai medici di lavorare in condizioni di sicurezza, preparandosi a eventuali situazioni di contagio nel territorio nazionale. In quel periodo sarebbe stato molto più semplice approvvigionarsi di mascherine, ventilatori e di tutto il materiale occorrente per fronteggiare il virus.

Nei 30 giorni intercorsi dal 14 gennaio al 14 febbraio (data del primo contagio verificato di un cittadino italiano), la catena del comando non sembra aver operato nel modo corretto. Di fatto, fino al 22 febbraio non è mai stato preso in considerazione il Piano pandemico, almeno per la parte che pure invita “tutte le autorità sanitarie a effettuare un attento monitoraggio nei territori di competenza, per individuare in tempo eventuali casi di contagio e comunicarli immediatamente al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità”.

Eppure, a leggere bene quel Piano di spunti interessanti se ne trovano molti. Un primo punto fondamentale è rappresentato da una serie di indicazioni che dovrebbero regolare i rapporti tra Stato e Regioni, in base alle quali il Piano doveva rappresentare “il riferimento nazionale” da cui sarebbero stati poi messi a punto “i Piani operativi regionali”, mettendo in risalto che “una pandemia influenzale costituisce una minaccia per la sicurezza dello Stato: il coordinamento condiviso fra Stato e Regioni e la gestione coordinata costituiscono garanzia di armonizzazione delle misure con quelle che, raccomandate dall'OMS, verranno intraprese da altri Paesi.” Sono, invece, non pochi i contrasti occorsi tra le istituzioni che, in molti casi, hanno peggiorato i problemi di coordinamento.

È anche doveroso ricordare che sempre il Piano sottolinea l'importanza di conoscere in anticipo le risorse a disposizione per affrontare un'eventuale pandemia, raccomandando di “definire i criteri per la sospensione di ricoveri programmati e la resa in disponibilità di posti letto aggiuntivi” e “individuare le misure di supporto non di tipo sanitario, quali l'incremento dei permessi per assistenza ex-L.104/92, i servizi di assistenza domiciliare (conferimento pasti / spesa), il riconoscimento di permessi lavorativi a volontari.”

Altro aspetto cruciale affrontato dal Piano è il ruolo della formazione del personale preposto a gestire l'emergenza. Nel Piano si prevedono “tre livelli di realizzazione dell'attività formativa [da attivarsi] a cascata: nazionale/interregionale, regionale, locale.” Inoltre, si suggerisce che “a livello regionale [vengano] individuate figure con specifiche competenze didattiche che [possano] garantire la realizzazione del globale percorso formativo,” con l'obiettivo di “creare una rete di formatori che [assicuri] la formazione a livello periferico su tutto il territorio” anche grazie a “esercitazioni nazionali e regionali, da concordare fra CCM (Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) e Regioni ed altre istituzioni che avrebbero un ruolo in caso di pandemia.”

Infine, nel Piano si sottolinea quanto importante possa essere in caso di epidemie riuscire a individuare “appropriati percorsi per i malati o sospetti tali, il censimento delle disponibilità di posti letto in isolamento e di stanze in pressione negativa, il censimento delle disponibilità di dispositivi meccanici per l'assistenza ai pazienti”. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante dal punto di vista della gestione dei pazienti e può essere considerato come uno dei principali fallimenti della gestione dell'epidemia.

Infatti, nonostante le immagini già viste nelle corsie cinesi, negli ospedali sovraffollati, l'inesperienza del personale di fronte ad un virus così contagioso, la mancanza di indicazioni chiare e di una logistica adatta (come l'uso degli stessi spazi per i percorsi di entrata e di uscita o degli stessi spogliatoi per indossare e dismettere le tute), hanno contribuito ad aumentare il numero dei decessi. E la mancanza di bombole di ossigeno e delle attrezzature necessarie (ad esempio i ventilatori polmonari) ha reso dolorosa la scelta tra chi accettare in terapia intensiva e chi no. Gli ospedali (e le RSA), riempiti rapidamente di malati infetti, sono diventati così i principali veicoli di trasmissione della COVID-19, mettendo a grave rischio anche la vita dei medici e del personale sanitario. Raccontati come gli eroi di una tragica storia, hanno pagato un tributo notevole in termini di morti.

5. La catena del comando e le responsabilità

5.1 La proliferazione di ruoli, responsabilità e documenti

Una risorsa molto utile per capire la struttura della catena di comando italiana è rappresentata dal sito della Fondazione Openpolis che in questi mesi ha monitorato tutto il lavoro legislativo e amministrativo alla base dell'attribuzione dei poteri e delle responsabilità nella catena di comando.¹²

Per capire in che modo la catena del comando si dipana e come le responsabilità sono state assegnate occorre risalire indietro alla data del 31 gennaio 2020 quando l'Italia, primo tra i Paesi occidentali, ha emanato una delibera del Consiglio dei Ministri che ha dichiarato lo stato di emergenza nel nostro Paese fino al 31 luglio 2020 (e successivamente esteso fino alla fine del 2020 attraverso diversi altri decreti della presidenza del consiglio). Lo stato di emergenza è una misura adottata dal Governo in casi straordinari. Introduce il potere di ordinanza, conferendo al Consiglio dei Ministri una competenza attributiva di tale potere. Il potere di ordinanza permette al soggetto individuato di agire in deroga alla normativa vigente, ma sempre nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico. Da allora ha avuto inizio una delle fasi più complesse vissute dall'Italia repubblicana, sia sul fronte della salute dei suoi abitanti, sia della tenuta del sistema istituzionale e politico.

La delibera del 31 gennaio 2020 ha cambiato profondamente la gestione del potere e la catena di comando, permettendo di dirigere l'emergenza in deroga alle normali leggi, assumendo decisioni fondamentali al di fuori dagli usuali limiti normativi e legislativi. La delibera è composta da 3 articoli. Il primo dichiara l'istituzione dello stato di emergenza per un periodo di 6 mesi (fino al 31 luglio); il secondo definisce il primo anello della catena di comando individuando nel capo della Protezione Civile il soggetto responsabile per l'attuazione degli interventi normativi necessari. Infine, il terzo articolo prevede lo stanziamento di 5 miliardi di euro per far fronte alle spese necessarie (una somma che ben presto si rivelerà del tutto inadeguata).

Il dipartimento della Protezione Civile è una struttura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, guidata dall'8 agosto del 2017 da Angelo Borrelli. A tale soggetto istituzionale è stato conferito il potere di ordinanza, ovvero la possibilità di emanare atti in deroga alla normativa vigente, permettendo quindi azioni straordinarie ed eccezionali. Inoltre, alla Protezione Civile è stata anche assegnata la possibilità di individuare dei "soggetti attuatori", ovvero enti istituzionali (enti pubblici economici e non economici) e soggetti privati che agiscono sulla base di specifiche direttive, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, cui è permesso di agire in deroga alla normativa vigente. A tali soggetti la Protezione Civile ha potuto affidare l'attuazione di specifiche azioni.

12. Il sito della Fondazione Openpolis è consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.openpolis.it/>.

Come secondo anello della catena di comando, e in virtù dei poteri conferiti, il 3 febbraio 2020 la Protezione Civile ha emanato l'ordinanza 630 con la quale ha istituito un comitato tecnico scientifico con il compito di coordinare tutti gli interventi. In secondo luogo è stato anche individuato l'elenco delle leggi che potevano essere derogate dal capo del dipartimento della Protezione Civile e dagli eventuali soggetti attuatori per la realizzazione delle attività richieste.

Con l'evoluzione dell'epidemia si è subito capito, data anche la struttura organizzativa del sistema sanitario nazionale italiano, della necessità di decentrare la gestione dell'emergenza coinvolgendo le Regioni. Tale decisione è stata anche conseguenza delle varie riforme che negli anni passati si sono succedute in materia di competenze tra Stato e Regioni, anche in ambito di Protezione Civile. I Presidenti delle Regioni sono diventati quindi il terzo anello della catena (individuati come ulteriori soggetti attuatori) con il potere di attuazione sul proprio territorio. In questo caso, però, il terzo anello non è propriamente gerarchicamente subordinato, visto il ruolo di autonomia che le Regioni hanno in materia sanitaria. Non è infatti casuale che il fenomeno di decentralizzazione da un lato, con il coinvolgimento delle Regioni, e di esternalizzazione dall'altro, con tecnici ed esperti, abbia più volte creato conflitti. Infatti, se per un verso la decentralizzazione ha fornito alle Regioni quei poteri necessari per affrontare l'emergenza in maniera più autonoma, dall'altro ha reso più complesso gestire la catena di comando e, soprattutto, determinare quale fosse il modello di intervento corretto per la gestione dell'emergenza.

Questo iniziale sovrapporsi di poteri e responsabilità ha reso necessario un intervento chiarificatore dal parte della Presidenza del Consiglio (per via della Protezione Civile) che in data 4 marzo 2020 ha dovuto diramare una nota esplicativa "di definizione della catena di comando e controllo, del flusso delle comunicazioni e delle procedure da attivare in relazione allo stato emergenziale determinato dal diffondersi del virus. Un documento che coordina quindi le attività al livello nazionale, regionale, provinciale e comunale. Un atto dovuto e fin troppo atteso, considerando i quasi 10 giorni di piena crisi sanitaria in cui governo centrale, Protezione Civile e Regioni hanno agito in maniera non coordinata"¹³

Con il progredire dell'epidemia e con il complicarsi dei problemi, la catena di comando si è ulteriormente ampliata. In particolare, come anche già detto in precedenza, uno dei punti deboli della struttura organizzativa è stato quello degli approvvigionamenti di materiale sanitario. Che ci fosse un problema di tempi di intervento lo si doveva capire leggendo quello che il piano di emergenza sanitaria raccomandava, ovvero di provvedere ad accumulare scorte di materiale prima dello scoppio dell'epidemia in Italia e della pandemia nel mondo. Dopo più di

13. Tratto da un articolo pubblicato dalla Fondazione Openpolis, disponibile al seguente indirizzo web: <https://www.openpolis.it/esercizi/norme-in-deroga-senza-trasparenza/>

15 giorni dal primo caso di COVID-19 in Italia, in forte ritardo, il problema è stato affrontato identificando una struttura che potesse aiutare a risolvere i limiti nell'offerta di servizi sanitari da parte degli ospedali e nella loro capacità di fronteggiare l'emergenza. Ciò implicava di dover reperire in tempi rapidi mascherine, respiratori e altro materiale che avesse permesso *in primis* alle strutture sanitarie e ai loro operatori di poter agire efficientemente e in piena sicurezza e, successivamente, di garantire alla popolazione la disponibilità di dispositivi di protezione individuali (DPI) per evitare il contagio. Con un decreto della Protezione Civile del 2 marzo 2020 è stato nominato Cristiano Cannarsa, amministratore delegato di CONSIP, come soggetto attuatore, riconoscendogli anche un'apposita contabilità speciale per svolgere queste mansioni, due elementi che messi insieme hanno conferito molto potere e autonomia nelle decisioni. Sempre più in ritardo, il 17 marzo, all'interno del decreto Cura Italia è stato nominato commissario straordinario Domenico Arcuri, amministratore delegato di Invitalia, per gestire la riconversione del sistema industriale italiano (in particolare per aumentare la disponibilità di DPI). Anche stavolta, come nel caso di CONSIP, il commissario ha avuto l'autorizzazione a sostenere spese e "ad erogare finanziamenti mediante contributi a fondo perduto o in conto gestione, nonché finanziamenti agevolati, alle imprese che producono dispositivi di protezione individuale e medicali, per assicurarne l'adeguata fornitura nel periodo di emergenza del COVID-19".¹⁴

Quanto fin qui riportato rappresenta solo la parte più alta della catena di comando, visto che la concessione di poteri agli anelli più bassi della catena ha generato una proliferazione di incarichi e comitati che in molti casi hanno diluito fino all'inverosimile il problema delle responsabilità e delle gerarchie. Il modo migliore per capire come questo sistema sia stato capace di innescare la moltiplicazione dei ruoli, è immaginare la struttura di un albero che si sviluppa sia verticalmente con rami via via più piccoli (Stato centrale, Regioni e Comuni), sia orizzontalmente su ogni ramo con una miriade di ramoscelli e foglie (commissioni, *task force*, incarichi *ad personam*, ecc., all'interno di istituzioni politiche, sanitarie e della Protezione Civile).

Per capire il sottobosco di incarichi e posizioni attribuite a livello regionale, e come questi abbiano potuto influire sulla catena di comando, può essere utile guardare a quanto accaduto in Lombardia. Insieme all'attribuzione del ruolo di "soggetto attuatore", la Protezione Civile ha anche chiesto a ciascuna Regione di istituire l'Unità di Crisi Regionale (UCR) e di prevedere la partecipazione del Referente Sanitario Regionale (RSR), come anello di congiunzione con la struttura nazionale. Secondo quanto si legge dal sito della Protezione Civile della Lombardia, "l'Unità di Crisi Regionale è composta da personale regionale e personale esterno: si tratta di tecnici di diverse discipline che operano insieme, in caso di

14. Tratto da un articolo pubblicato dalla Fondazione Openpolis. Il testo integrale dell'articolo è disponibile al seguente indirizzo web: <https://www.openpolis.it/esercizi/norme-in-deroga-senza-trasparenza/>

emergenza, per dare supporto e soluzioni alle problematiche legate alla gestione di un evento.” Il totale delle persone che hanno preso parte a tale struttura è pari a 154 unità, contro una media di circa 10 persone nelle altre Regioni. Una struttura simile non poteva e non può essere in grado di agire come un centro operativo in cui vengono prese le decisioni. Oltre all'Unità di Crisi, la Lombardia ha istituito anche la *task force* COVID-19, composta da 16 persone, direttamente sotto la Direzione Generale Welfare. Hanno fatto parte di questa struttura il personale dirigenziale della Direzione stessa e 4 professionisti del settore sanitario. Infine, sempre nella Direzione Generale Welfare il 7 aprile è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico: 26 membri con competenze unicamente medico scientifiche, di cui 4 attivi anche nell'Unità di Crisi. Sono state quindi istituite tante strutture tutte all'interno della stessa direzione e coordinate dalla stessa persona.

Il risultato complessivo è stato quello di una moltiplicazione di attori che hanno agito spesso non coordinandosi tra loro, con l'aggravante in molti casi di essere protetti dall'autonomia conferita alle Regioni, e che hanno perseguito strategie e politiche differenti, all'origine di non poche polemiche. Uno scontro, soprattutto tra Governo e Regioni, che è stato generato dalla difficoltà di stabilire quali norme dovessero prevalere.

Il proliferare di queste strutture ha portato a sua volta al proliferare di documentazione. Sempre secondo i dati raccolti da Openpolis, la gestione della crisi ha prodotto un numero altissimo di documenti e decisioni. Limitandosi al solo contesto nazionale (per cui è stato possibile ottenere le informazioni), escludendo quindi le Regioni, da fine gennaio a luglio 2020 sono stati emanati più di 200 atti di vario genere, tra cui decreti ministeriali, ordinanze, circolari, decreti legge e altro. Responsabili di tale proliferazione sono stati, oltre al Governo (principalmente con la Presidenza del Consiglio) e la Protezione Civile, 3 Ministeri (Salute, Trasporti ed Economia), l'Istituto Superiore della Sanità, il Centro Nazionale Trapianti, il commissario Arcuri e il Parlamento.

5.2 Una sfida contemporanea: la gestione politica di un'epidemia

Le epidemie e gli attacchi di bioterrorismo si distinguono da tutti gli altri eventi naturali o disastri causati dall'uomo. Infatti, a differenza dei bombardamenti, degli incendi, dei terremoti o degli uragani, in cui gli eventi sono limitati e ben definiti, le epidemie possono svilupparsi in modo lento e insidioso e molto spesso se ne perdono le tracce iniziali. Quando una crisi sanitaria sconvolge il normale funzionamento della società e incide in modo serio sulle capacità di risposta delle comunità locali, i *leader* politici locali devono dichiarare lo stato di emergenza e richiedere assistenza. La sfida in questi casi è di riuscire a far funzionare l'intera catena di comando, composta da funzionari ed esperti locali, provinciali, regionali e statali, che dovrebbero

agire come attori in grado di seguire alla perfezione una sceneggiatura, interfacciandosi tra loro mentre lavorano con altri gruppi, enti e istituzioni al di fuori della catena di comando. In queste circostanze all'aumentare della gravità della crisi aumenta anche la complessità della risposta, che a sua volta tende a far incrementare il rischio di inefficienza e confusione.

Nella gestione di un tale problema di emergenza nazionale, la differenza tra un disastro e un successo dipende principalmente da due fattori: *i)* la presenza di piani di emergenza adeguati e collaudati e *ii)* la capacità di *leadership* e la competenza di chi deve prendere decisioni. Questi due fattori non possono essere disgiunti: un ottimo *leader* potrà fare poco senza un buon piano e un buon piano servirà a poco senza qualcuno in grado di eseguirlo.

I responsabili della catena di comando durante una crisi possono avere un impatto enorme su quante vite vengono salvate o perse. La loro *leadership* e le loro competenze devono garantire che il piano di emergenza venga eseguito in modo corretto, assicurando che tutti coloro i quali sono coinvolti in questo processo si sentano motivati, responsabili e partecipi e che venga instaurato un flusso continuo di informazioni che vanno dal basso verso l'alto, per informare il vertice in modo corretto, e di successivi ordini, sufficientemente chiari da essere eseguiti senza errore, dall'alto verso il basso, per rendere operativo il piano.

Nei contesti di emergenza nazionale il concetto di *leadership* e la struttura della catena di comando possono variare nel tempo in seguito all'evolvere della crisi. Quasi sempre, nelle fasi iniziali di una crisi epidemica i responsabili della catena di comando sono i *leader* politici e i tecnici a livello locale, poiché in genere questi eventi iniziano in ambiti molto circoscritti (ad esempio, nei pronto soccorso degli ospedali o negli uffici dei medici). I problemi legati alla *leadership* possono poi ingrandirsi con il crescere della gravità della crisi, visto che non tutti i referenti politici locali (spesso i sindaci) possono essere all'altezza della situazione. I più bravi sanno instaurare dei buoni rapporti di lavoro con i tecnici della sanità pubblica e con i medici limitando lo sviluppo della crisi. Infine, in presenza di gravi crisi di sanità pubblica è richiesta una maggiore partecipazione politica attiva a livello centrale, cosa che tende a cambiare sia la *leadership*, sia la struttura della catena di comando: in generale, i *leader* politici che rimandano ai loro esperti di sanità pubblica si ritrovano, comunque, al centro del processo decisionale man mano che la crisi peggiora. A quel livello, supportati dai tecnici, i *leader* politici più capaci definiscono gli scenari, identificano le risorse e stabiliscono i piani di azione.

Ciò che solitamente aiuta i responsabili delle catene di comando è l'esistenza di piani di emergenza, stilati in precedenza, basati su esperienze passate e continuamente aggiornati per tenere conto di tutte le più recenti esperienze. I piani dovrebbero prevedere, con un elevato livello di dettaglio, i passaggi da attuare, le responsabilità da assegnare e i tempi da rispettare.

È poi compito di chi ha la responsabilità nella catena di comando di riuscire a capire in cosa l'attuale emergenza potrebbe essere diversa da quanto previsto nel piano e, conseguentemente, riuscire ad adattarlo.

5.3 La catena di comando ottimale: un mix di *leadership* e competenza

Durante le fasi iniziali di un focolaio, le persone con sintomi non specifici come febbre, tosse e brividi cercano assistenza medica negli studi dei medici, nelle cliniche o nei reparti di pronto soccorso. Non è insolito vedere che, in assenza di sintomi specifici, gli individui vengano rimandati a casa con terapie temporanee che semplicemente alleviano i sintomi, chiedendo loro di tornare se i sintomi dovessero peggiorare. Ciò, ad esempio, è quello che si è sicuramente verificato negli USA nel 2001 in seguito agli attacchi di antrace. In questo caso, inizialmente i medici non seppero diagnosticare la patologia a pazienti che si erano recati in ospedale con evidenti lesioni cutanee da antrace. Il riconoscimento avvenne solo a distanza di diversi giorni dall'attacco (visto che in precedenza a New York City ben quattro persone erano state già ricoverate in ospedale con gli stessi problemi), quando in Florida il Dr. Larry Bush fu in grado di diagnosticare il primo caso di antrace per inalazione, permettendo anche di capire che si era verificato un attacco terroristico.

I responsabili della risposta alle crisi epidemiche dovrebbero sapere che la diagnosi e la segnalazione di eventuali contagi potrebbero essere ritardate. Cercare di decidere quale è il miglior modo di agire potrebbe richiedere del tempo. Inoltre, gli stessi responsabili devono essere consapevoli che l'efficacia delle risposte alle crisi epidemiche dipende in gran parte da solide infrastrutture sanitarie, mediche e scientifiche e dalle relazioni che si instaurano tra queste e i decisori politici.

I *leader* politici, in particolare a livello locale, devono comprendere ruoli e responsabilità e prepararsi per lo scenario peggiore. Hanno bisogno di contattare e sviluppare relazioni con esperti locali e sapere a chi rivolgersi per chiedere aiuto. Devono, inoltre, capire che ci sarà un periodo di tempo critico prima dell'arrivo di qualunque forma di assistenza dall'esterno (regionale o statale) e che le loro decisioni potrebbero fare la differenza tra molte vite salvate o perse. In questi contesti una cattiva *leadership* può portare a risultati disastrosi.

Se in questi momenti si creano equivoci tra *leader* politici e esperti di sanità pubblica, allora l'efficacia delle risposte a crisi come le epidemie e gli attacchi di bioterroristi può essere messa a rischio. Per una risposta efficace, gli esperti della sanità pubblica hanno bisogno del sostegno politico e i politici hanno bisogno del sostegno della sanità pubblica. Inoltre, i politici, a meno che non pianifichino di assumere ruoli e responsabilità dei professionisti della sanità pubblica, durante i periodi di crisi devono nominare tecnici competenti e qualificati in grado di gestire

i problemi e le sfide imposte da epidemie o attacchi di bioterroristi. Però è utile ricordare che tutte le crisi, specialmente se interrompono il normale funzionamento della società, sono intrinsecamente politiche. La pandemia da COVID-19 non fa eccezione.

5.4 Se ci sono stati errori chi li ha commessi?

Gestire una pandemia è indubbiamente una delle sfide più complesse che una società può affrontare. Per ridurre i costi in termini di morti e danni economici, l'intera società deve organizzarsi nella gestione di una vasta gamma di risorse e di strumenti diversi. Come in parte già detto nei paragrafi precedenti, occorre lavorare congiuntamente tra tecnici, politici e cittadini. La risposta deve essere globale, perché il virus può diffondersi ovunque, ma una risposta efficace dipende in larga misura anche dalle politiche nazionali, oltre che dall'implementazione a livello regionale e locale. Salvare vite umane richiede una grande attenzione da parte di chi è impegnato minuto per minuto sul campo, ma richiede anche una forte preparazione tra coloro che devono saper anticipare i problemi e mettere in condizioni di lavorare al meglio proprio chi ha nel quotidiano il compito di salvare le vite. E questa preparazione deve essere mantenuta e aggiornata negli anni, anche se potrebbero non esserci sentori concreti di una minaccia per molto tempo.

La capacità di essere preparati (*preparedness*) all'evento è cruciale. Il 22 Ottobre 2019 il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (European Center for Disease Control - ECDC) aveva pubblicato un interessante documento dal titolo "Preparazione alle emergenze sanitarie per casi importati di malattie infettive ad alta conseguenza" (*Health emergency preparedness for imported cases of high-consequence infectious diseases*) (ECDC, 2019). Nelle pagine iniziali si legge: "la pianificazione della preparazione è essenziale per rispondere efficacemente alle epidemie, inclusi casi singoli di malattie infettive ad alta risposta, come l'importazione di un caso di febbre emorragica virale. Il ciclo di preparazione comprende la pianificazione, l'identificazione e la definizione delle priorità dei rischi; esercitazioni di addestramento e simulazione; revisioni dopo azione; valutazione degli insegnamenti tratti e attuazione del cambiamento organizzativo identificato". Questa lista di controllo è stata sviluppata per i pianificatori della sanità pubblica come strumento operativo per rivedere il sistema di preparazione con l'obiettivo di rispondere a un possibile evento di malattie infettive ad alta risposta importato nell'Unione Europea. Il contenuto si basa sul lavoro svolto durante l'epidemia da virus Ebola nell'Africa occidentale (2013-2016) e su un protocollo specifico utilizzato nella revisione tra pari dei sistemi sanitari di Belgio, Portogallo e Romania. La lista di controllo, arricchita da una serie di riferimenti bibliografici/risorse, può essere considerata complementare a liste di controllo di preparazione più ampie, come quelle disponibili presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità.¹⁵

15. Il documento è consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Health-emergency-preparedness-imported-cases-of-high-consequence-infectious-diseases.pdf>.

La pubblicazione di questo documento precede solo di pochi mesi l'emergenza COVID-19 e avrebbe lasciato sperare che tutti fossero pronti e preparati a gestire eventi così complessi e gravi. Al contrario, la realtà dei mesi successivi ha dimostrato che a livello planetario le cose sono andate in una direzione completamente diversa, come se un tale documento non fosse mai stato redatto o discusso tra gli addetti ai lavori. Un motivo in più per sottolineare un aspetto macabro dell'immagine narrativa del nemico nell'ombra: tutti hanno contribuito (con mancanze e omissioni) a renderlo più forte, dandogli per settimane l'arma dell'azione indisturbata.

Da questo punto di vista un monito molto interessante è fornito da Perrow (2011) che cita la possibilità, seppure remota, che il pianeta Terra possa essere colpito da uno sciame di asteroidi come un esempio estremo della volontaria, ma non atipica, ignoranza del mondo. È noto infatti che gli eventi a bassa probabilità e di grande impatto sono un dato di fatto. Rispetto a tali eventi i singoli individui cercano protezione dai loro governi e, ove possibile, dagli assicuratori. L'esperienza ci insegna che l'umanità, almeno come rappresentata dai governi del mondo, rivela invece la preferenza di ignorare gli eventi fino a quando non è costretta a reagire, anche nel caso in cui il prezzo di prevenzione è piccolo. Secondo Perrow, questo atteggiamento rappresenta "un'abdicazione di responsabilità e un tradimento per il futuro".

Ci sono però delle differenze tra eventi rari come quello degli asteroidi, o di un'esplosione di massa di particelle dalla corona del sole o dello scoppio di un vulcano in grado di impedire per molto tempo ai raggi del sole di arrivare sulla Terra, e eventi come le pandemie. Da quando se ne ha conoscenza, la Terra non è mai stata colpita da imponenti eruzioni solari e l'ultima eruzione vulcanica che ha avuto un impatto sul clima risale al 1815 con l'esplosione del vulcano Tambora. Le probabilità che nel XXI secolo uno di questi eventi possa accadere sono valutate al 50%. In ogni caso, il fatto che nessun governo abbia mai dovuto fronteggiare un fenomeno così importante e devastante può spiegare la mancanza di attenzione al problema, ma non lo scusa. La prevenzione è uno dei compiti principali per cui lo Stato esiste e i governi devono intervenire.

Al contrario, le pandemie sono disastri di cui i governi hanno esperienza nella storia e nel recente periodo. In tal senso, COVID-19 offre un tragico esempio. Virologi, epidemiologi ed esperti di ecologia avevano da tempo avvertito dei pericoli di una malattia simil-influenzale che poteva provenire da animali selvatici. Ma quando il virus SARS-CoV-2 ha iniziato a diffondersi, pochissimi Paesi sono stati in grado di mettere insieme la combinazione vincente di piani pratici, di *kit* di intervento richiesti da quei piani e della capacità burocratica di metterli in atto. Quei pochi Paesi che hanno saputo reagire in accordo con i piani predisposti (ad esempio Taiwan) ne hanno beneficiato notevolmente.

In questi casi non si improvvisa. In un qualunque corso di *risk management* una delle prime cose che si insegna è che la gestione delle crisi funziona se ci si è preparati in anticipo, quando si

ha tempo di riflettere, provare e, eventualmente cambiare. Se in Corea del Sud le cose sembrano aver funzionato è perché il sistema di *track-test-treat* non è stato approntato in poco tempo, ma è stato sviluppato in almeno 15 anni, da quando la SARS colpì quel Paese. Inoltre il meccanismo è stato regolarmente aggiornato e verificato con scrupolosità e dedizione.

È dal 2003 che l'OMS esorta tutti i governi a predisporre un piano pandemico e a dotarsene. Da allora di segnali che quel piano dovesse essere considerato come il pane quotidiano per tanti addetti ai lavori ce ne sono stati numerosi.¹⁶ E l'invito a prepararsi non è mancato nel tempo: il più recente è stato reiterato dopo l'ultima pandemia, quella di influenza suina, del 2009.

Sulla carta l'Italia aveva un Piano: non aggiornato, ma lo aveva. Ma soprattutto, a ottobre 2019 l'ente più autorevole a livello europeo per la prevenzione e la diffusione delle malattie infettive (l'ECDC) ha aggiornato il documento per la "Preparazione alle emergenze sanitarie per casi importati di malattie infettive ad alto impatto". Tutti erano avvisati, ma forse qualcuno ha dimenticato di allertare chi avrebbe dovuto gestire l'emergenza. E gli effetti non si sono fatti attendere, visto come, ad esempio, è stata governata l'emergenza a livello regionale: "la scelta di chi sottoporre ai tamponi ha seguito le strategie più disparate, talvolta finendo per lasciare senza diagnosi persone con sintomi evidenti e i loro familiari; i medici di base non sono stati preparati e non hanno ricevuto protezioni adeguate; per molti giorni non si sono allestiti percorsi ospedalieri separati dei pazienti affetti da COVID-19, cosicché gli stessi ospedali sono diventati un focolaio di contagio. L'indisponibilità di un piano strategico ha impedito di agire in modo pro-attivo, condannandoci a restare in balia degli eventi".¹⁷

In buona sostanza, la pandemia ha svelato per l'ennesima volta molti vizi del *problem solving* all'italiana: ignorare del tutto il problema fino a che non è troppo tardi, impostare una risposta raffazzonata scaricando sulle persone comuni la responsabilità della gestione della crisi, trovare un colpevole. La differenza questa volta, rispetto all'italica tradizione di improvvisare, è che gli italiani sono stati in buona compagnia. Comportamenti improvvisati sono stati registrati in moltissimi Paesi, anche in quelli dove per tradizione l'organizzazione preventiva è di *routine*. Un caso per tutti è rappresentato dagli USA. In un articolo pubblicato su The Atlantic dal giornalista James Fallows, l'autore effettua un'analisi molto interessante di come l'epidemia sia stata affrontata negli USA.¹⁸ L'aspetto rilevante di questo articolo consiste nell'immaginare cosa sarebbe accaduto se il National Transportation Safety Board, l'ente preposto al controllo delle procedure per la sicurezza dei voli negli USA, avesse studiato

16. Per capire meglio quanti avvertimenti ci sono stati negli ultimi 20 anni a livello mondiale basta guardare la timeline delle epidemie riportata nella Figura 2.

17. Testo tratto da un articolo pubblicato su Wired e disponibile al seguente indirizzo web: <https://www.wired.it/attualita/politica/2020/04/20/coronavirus-errori-emergenza-governo-regioni/>

18. L'articolo è consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2020/06/how-white-house-coronavirus-response-went-wrong/613591/>

la risposta che l'amministrazione USA ha dato alla pandemia di coronavirus. Utilizzando un linguaggio semplice, diretto e basato solo sui fatti, tipico di quell'amministrazione, la risposta finale immaginata da Fallows è la seguente: "C'era un piano di volo. C'erano informazioni precise su ciò che ci aspettava. I controllori di volo erano pronti. Le liste di controllo (*checklists*) erano complete. L'aereo era in buone condizioni. Ma la persona ai controlli stava *twittando*. Anche se la persona ai controlli era stata in grado di impartire ordini efficaci, aveva licenziato le persone che li avrebbero eseguiti. Questa è stata una catastrofe prevenibile."

Anche nei Paesi europei esistevano molte delle condizioni di base per procedere in modo sicuro, ma non ci si è attenuti ai piani. Secondo vari esperti l'Italia, così come molti altri Paesi, ha pagato un livello di impreparazione grave rispetto alla minaccia del coronavirus. Secondo Filippo Curtale dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti (INMP), "il Piano pandemico è stato ignorato", visto che "il virus entrato in Italia ha circolato liberamente per settimane e le competenze epidemiologiche italiane non sono state attivate. Il nostro Paese è stato allertato per tempo ed eravamo nelle condizioni migliori per rispondere alla pandemia, ma ben poco è stato fatto per prevenirla e controllarla. Quando è esplosa, gran parte delle risorse disponibili sono andate a potenziare il sistema ospedaliero e di terapia intensiva, con la ribalta mediatica occupata da virologi, esperti in vaccini e di rianimazione".¹⁹

Inoltre, in un'intervista rilasciata a la Repubblica, Pierfrancesco Belli, docente di gestione del rischio clinico all'Università di Padova, sostiene che "sul *Pandemic influenza preparedness* dell'OMS dal 2012 al 2019 sono stati investiti quasi 200 milioni di dollari di *Partnership contributions*". Una parte di questi fondi è stata destinata all'Italia e doveva servire ad aggiornare i piani e a permettere di effettuare simulazioni per non trovarsi impreparati. Purtroppo, questi fondi non sono stati usati per questo scopo e, sempre secondo Belli, il mancato aggiornamento del Piano "ha impedito di tener conto delle nuove pubblicazioni che allarmavano sulla trasmissione di virus e sulle sindromi respiratore animale-uomo. Le Regioni che lo hanno adottato hanno quindi sottovalutato il problema". Sempre Belli nella stessa intervista sostiene che: "Non è stato fatto alcun aggiornamento e il Governo è arrivato all'era COVID con il fiato corto. Ha decretato lo stato di emergenza sanitaria il 31 gennaio 2020 e in tre settimane, il 21 febbraio è stato scoperto il primo caso italiano a Codogno, avrebbe potuto mettere in moto la macchina di difesa. La verità è che il Ministero non aveva un Piano pandemico, dispositivi di protezione, ventilatori. Dal 2013 negli ospedali italiani mancano i ventilatori, lo dichiara lo stesso Ministero della Salute nei suoi rapporti". L'ultimo Piano messo a punto dalle autorità italiane usa tuttavia parole chiare: "Il momento di pianificazione deve essere condiviso dai responsabili delle decisioni e il momento dell'azione deve essere conosciuto prima del verificarsi dell'evento, in modo che

19. Il testo completo dell'articolo è consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/cera-una-volta-il-piano-pandemico/>

ognuno sia in grado di giocare il suo ruolo e prendersi le sue responsabilità”, un’affermazione di principio che sembra essere stata ampiamente disattesa.

Infine, secondo Ernesto Burgio, epidemiologo dell'European Cancer and Environment Research Institute (ECERI), gli errori commessi nella gestione della pandemia in Italia sono tanti e sono stati compiuti in diversi momenti dell'emergenza. Il primo in assoluto ha a che fare con la sottovalutazione del problema nelle fasi iniziali, quando in Cina già si era capito che la situazione era grave mentre in Italia in molti affermavano che si trattava solo di un'influenza. La conseguenza prima di questo atteggiamento è stata di aver impedito il tracciamento dei primi contagiati, rendendo poi impossibile capire quanti erano davvero gli infetti. Da questo punto di vista l'assenza di protocolli (o il fatto di non adottarli) ha giocato un ruolo fondamentale: la mancanza di esperienza e di veri esperti in questo settore ha fatto il resto e, almeno in Italia, è stata molto evidente e dannosa. Per mesi si è assistito ai litigi tra alcuni esperti e politici sulla necessità o meno di fare test estesi alla popolazione. Da questo punto di vista il mese di marzo 2020 è stato un vero caos che ha ritardato una serie importante di scelte, prima tra tutte quella di dover imporre un *lockdown* immediato più esteso di quello pensato a fine febbraio. Secondo Burgio, il caso Lombardia dipende dal fatto che “in alcune città lombarde, come Bergamo e Brescia, il virus si è diffuso in fretta, in assenza di qualsiasi percezione del rischio e anche di precauzioni minime. Ciò ha provocato il collasso del sistema e la diffusione del panico, che probabilmente ha favorito, a suo volta, le reazioni immuno-infiammatorie. Tuttavia, l'errore principale che ha prodotto le conseguenze più dolorose dell'epidemia COVID-19 in Italia è stata l'insufficiente informazione e protezione del personale sanitario e l'incapacità di adattare il sistema sanitario nazionale a un'emergenza che sembra essere solo all'inizio.” (Burgio, 2020)

La disorganizzazione ha, quindi, generato quello che può essere definito un vero e proprio ingorgo istituzionale, che si è tradotto in un conflitto tra i vari organi dello Stato. Fin dal primo giorno è risultato evidente che non esisteva un criterio per definire di chi fosse la responsabilità effettiva, visto il numero di commissari nominati: alla carica di Angelo Borrelli, commissario alla crisi, è stata affiancata quella di Domenico Arcuri, commissario per il potenziamento delle infrastrutture ospedaliere necessarie a far fronte all'emergenza coronavirus, e quella di Cristiano Cannarsa per l'approvvigionamento dei dispositivi sanitari (mentre c'erano già un Presidente del Consiglio, un Ministro della Salute e decine di governatori e assessori regionali, che hanno regolarmente occupato il palcoscenico nazionale creando spesso non pochi problemi comunicativi.)

Tabella 1 - La diffusione dei contagi nel mondo al 19 aprile 2021: i 20 paesi più colpiti.

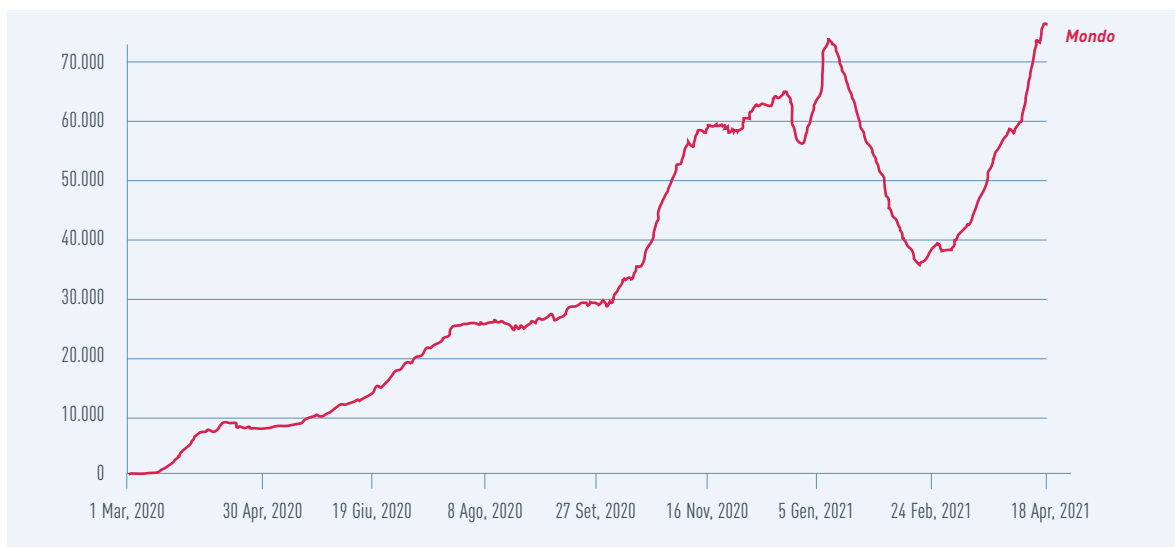
Rank	Paesi	Totali	% contagi/popolazione	Morti	Tasso letalità
1	Stati Uniti	31.628.013	9,555%	566.904	1,79%
2	India	14.788.003	1,072%	177.150	1,20%
3	Brasile	13.900.091	6,539%	371.678	2,67%
4	Francia	5.321.176	8,152%	100.752	1,89%
5	Russia	4.640.537	3,180%	103.451	2,23%
6	Regno Unito	4.401.176	6,483%	127.508	2,90%
7	Turchia	4.212.645	4,995%	35.608	0,85%
8	Italia	3.870.131	6,412%	116.927	3,02%
9	Spagna	3.407.283	7,288%	76.981	2,26%
10	Germania	3.154.305	3,765%	79.971	2,54%
11	Argentina	2.677.747	5,925%	59.164	2,21%
12	Polonia	2.675.874	7,070%	61.825	2,31%
13	Colombia	2.636.076	5,181%	67.931	2,58%
14	Messico	2.304.096	1,787%	212.228	9,21%
15	Iran	2.215.445	2,638%	66.327	2,99%
16	Ucraina	1.989.160	4,548%	41.278	2,08%
17	Perù	1.697.626	5,149%	56.797	3,35%
18	Repubblica Ceca	1.600.341	14,944%	28.396	1,77%
19	Indonesia	1.599.763	0,585%	43.328	2,71%
20	Sudafrica	1.565.680	2,640%	53.711	3,43%

 Fonte: Sole 24 Ore: Lab24, <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>

6. L'evoluzione dei contagi

Secondo quanto riportato dal sito *ourworldindata.org*, alla data del 21 giugno 2020 (data di ingresso nella stagione estiva), a livello mondiale si registravano 8,93 milioni di contagiati, di cui 1,24 milioni in Europa e poco più di 238.000 in Italia. A fronte di questi valori cumulati, i nuovi casi in Europa erano, però, scesi a 2.939 e in Italia a 224. Grazie a queste cifre, e con le conoscenze acquisite e le esperienze fatte fino ad allora nella gestione della pandemia, era forte la speranza di essere riusciti, almeno in Europa, a chiudere un capitolo doloroso della storia dell'umanità. Purtroppo, nei mesi estivi quella speranza è stata via via disattesa e quei numeri si sono trasformati in una tragedia di vaste proporzioni. Così, a metà dicembre 2020, lo stesso sito registrava che circa 70 milioni di individui erano stati contagiati dal virus e circa 1,6 milioni erano morti, di cui oltre 60.000 in Italia (erano circa 34.000 a giugno). A metà Aprile 2021, dopo poco più di un anno dall'esplosione della pandemia, quei numeri sono ulteriormente aumentati arrivando a far contare oltre 140 milioni di contagiati, 120 milioni di ricoverati e 3 milioni di morti. La Tabella 1 e la Figura 3 riportano, rispettivamente, la graduatoria dei 20 paesi che alla data del 19 aprile 2021 risultano essere i più colpiti in termini di contagio e i trend nei contagi, rispettivamente.

Figura 3 - Evoluzione dei nuovi casi giornalieri di COVID-19 a livello mondiale per milione di abitanti. (*)



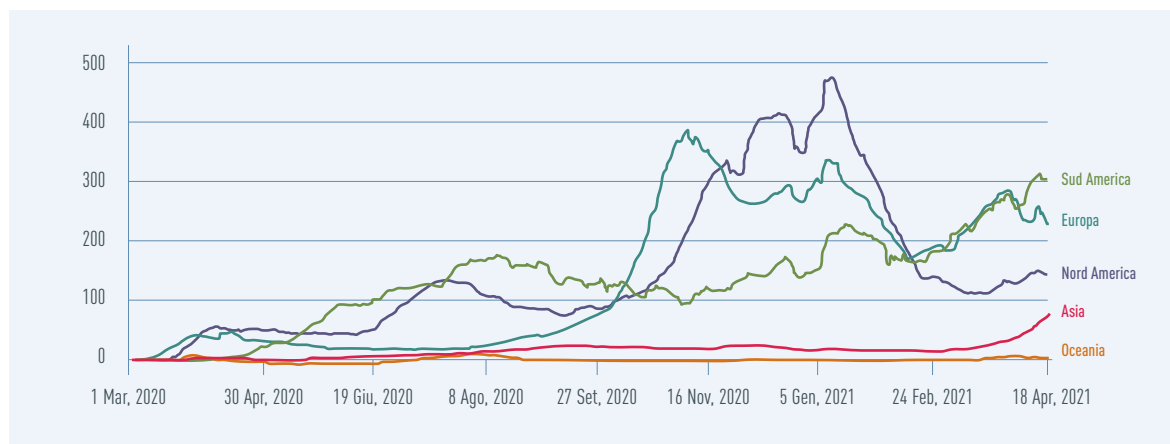
Fonte: Worldometer - <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

(*) Media mobile di 7 giorni. Il numero di casi confermati è inferiore al numero di casi effettivi in quanto il numero dei test è limitato.

Se la Tabella 1 fornisce una fotografia della situazione attuale, la Figura 3 mostra in tutta la sua drammaticità quanto la seconda ondata di contagi sia stata più esplosiva rispetto alla prima. Ma la drammaticità di questi numeri è in parte attenuata dal fatto che i numeri che si vedono sono aggregati nazionali. Purtroppo, la diffusione dei contagi non è stata omogenea e l'impatto sui territori sub-nazionali (regioni e comuni), sia in termini di casi dichiarati che di decessi correlati, è stato molto eterogeneo. Secondo Allain-Dupré et al. (2020), "in Cina l'83% dei casi confermati si è concentrato nella provincia di Hubei. In Italia, il nord del paese è stato il più colpito e una delle regioni più ricche d'Europa, la Lombardia, ha registrato il maggior numero di casi (47% a novembre). In Francia, le regioni dell'Île-de-France e del Grand Est sono state le più colpite, rispettivamente con il 34% e il 15% dei casi nazionali. Negli Stati Uniti, New York ha la quota maggiore di casi federali (14,6%), seguita dal Texas (8%). In Canada, le province del Quebec e dell'Ontario rappresentavano rispettivamente il 61% e il 31% dei casi totali a novembre. In Cile, il metropolitano Santiago ha rappresentato il 70% dei casi a novembre. In Brasile, San Paolo ha registrato il 25% dei casi a novembre. In India, lo Stato del Maharashtra ha registrato il 21% dei casi confermati in India e in Russia, Mosca rappresentava il 24% dei casi totali a novembre."

Anche il timing dei contagi non è stato omogeneo. Come si può vedere dalla Figura 4 l'evoluzione dei contagi è stata molto diversa tra i vari continenti. Con tutti i limiti della misurazione di un tale fenomeno, se ad agosto 2020 era l'America del Sud che registrava il numero più elevato di contagi, a novembre l'Europa registrava il suo picco, mentre a gennaio 2021 era il Nord America che guidava la classifica e ad aprile 2021 di nuovo il Sud America).

Figura 4 - Evoluzione dei nuovi casi giornalieri per milione di abitanti di COVID-19 per continente. (*)



Fonte: Worldometer - <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

(*) Media mobile di 7 giorni. Il numero di casi confermati è inferiore al numero di casi effettivi in quanto il numero dei test è limitato.

7. L'evoluzione della mortalità

Con la diffusione della pandemia a livello globale, le popolazioni hanno iniziato a prendere confidenza con la triste contabilità della mortalità. Non sono pochi i siti dai quali è possibile tenere traccia dei trend e di fare comparazioni sia tra Paesi che all'interno dei Paesi.

Sfortunatamente, per vari motivi, non sempre le statistiche pubblicate raccontano con fedeltà il fenomeno della mortalità. La ragione principale risiede nel fatto che, spesso, in molti Paesi le statistiche ufficiali non calcolano tra le vittime coloro i quali non sono risultati positivi al test per il coronavirus prima di morire, il che può rappresentare un grosso problema soprattutto in quei luoghi dove l'attività di screening è bassa. A ciò si deve poi aggiungere che il momento in cui i decessi vengono registrati può variare di molto rispetto al reale momento del decesso. Questo accade perché spesso ci sono ritardi nelle comunicazioni tra le autorità predisposte all'accertamento del decesso e quelle che raccolgono i dati a fini statistici. Infine, la pandemia ha reso più difficile per i medici trattare altre condizioni e ha scoraggiato le persone dall'andare in ospedale, il che potrebbe aver causato indirettamente un aumento dei decessi per malattie diverse dal COVID-19. Pertanto, nella stragrande maggioranza dei casi i dati riportati potrebbero essere misurati per difetto.

Al fine di evitare alcuni di questi problemi, il modo più semplice e diretto utilizzato in questi mesi è stato quello di calcolare statistiche sull'eccesso di mortalità, che consiste nel prendere il numero di persone che muoiono per qualsiasi causa in una data regione e periodo, e poi confrontarlo con una linea di base storica degli ultimi anni. Questo modo di procedere "indiretto" fornisce, però, solo una stima approssimativa in quanto tra le persone che sono morte ci sono anche quelle che "indirettamente" sono morte a causa della COVID-19, ad esempio per mancate cure (negli ospedali non c'era spazio per tutti, e le ambulanze non riuscivano a soccorrere i malati in tempi rapidi). La figura 5 riporta per alcuni paesi il calcolo dell'eccesso di mortalità nel periodo febbraio 2020 – febbraio 2021 per una serie di Paesi. La linea di base a zero rappresenta la media 2015-19 dei decessi per tutte le cause in quel particolare Paese. Un numero superiore a zero significa più morti del previsto e un numero inferiore a zero significa meno morti del previsto. L'area ombreggiata rappresenta il numero di morti che il governo ha ufficialmente attribuito alla COVID-19 in quel Paese (quasi sempre questo include solo le persone che sono risultate positive al coronavirus). Infine, la linea rossa rappresenta il numero di "morti in eccesso": quante morti in più (o meno) del previsto per tutte le cause. Ciò necessariamente includerà le persone che sono morte a causa della COVID-19, ma non sono state testate (risolvendo così il principale fattore di *bias*).

Figura 5 - Tassi settimanali di eccesso di mortalità in alcuni Paesi europei per 100.000.

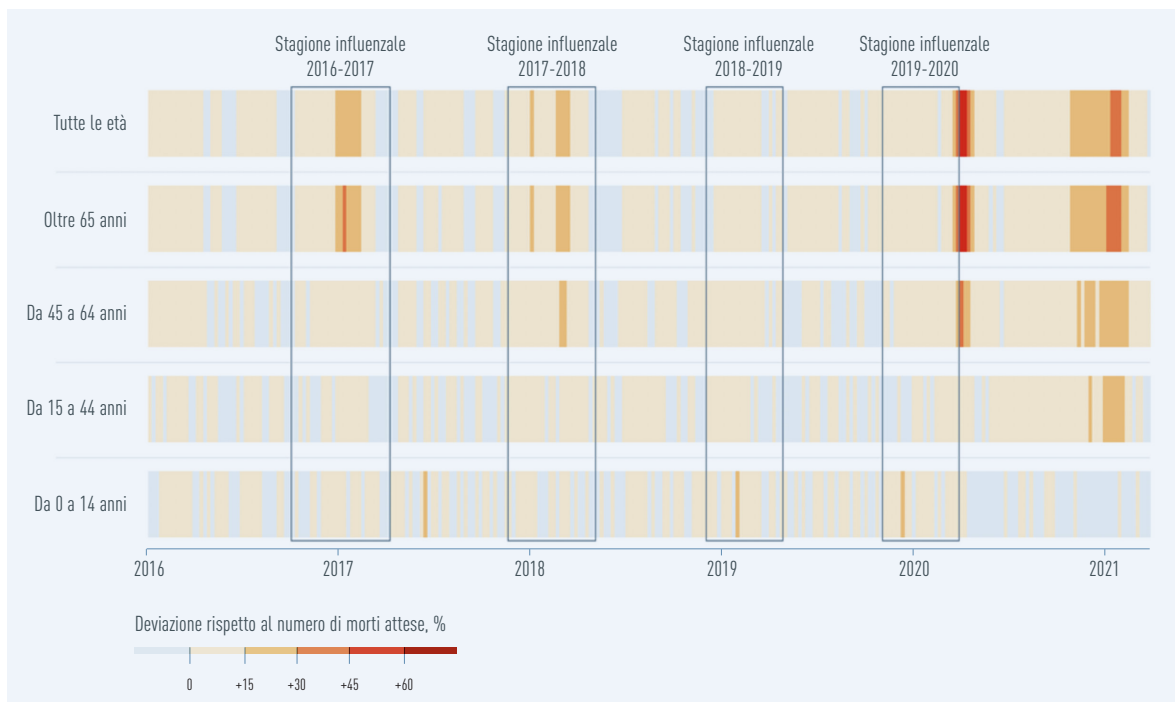


Fonte: *The Economist* - <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>.

Come è possibile vedere dalla Figura 5, Gran Bretagna, Spagna, Italia e Belgio sono tra i Paesi con i più alti tassi nazionali di morte in eccesso al mondo (in rapporto alle dimensioni della loro popolazione). Francia e Portogallo si sono bloccati relativamente presto, dato il numero di test positivi all'epoca. Tuttavia, una seconda ondata di COVID-19 in inverno ha causato un aumento della mortalità in eccesso in tutta la regione. (alcuni paesi hanno anche registrato un piccolo picco di decessi non COVID-19 durante un'ondata di caldo in agosto.) I paesi dell'Europa settentrionale hanno generalmente registrato tassi di mortalità molto più bassi. Alcune nazioni nordiche non hanno registrato quasi nessun numero eccessivo di morti. L'eccezione è la Svezia, che durante la prima ondata ha imposto alcune delle misure di allontanamento sociale meno restrittive del continente.

Nella Figura 6 sono invece presentati gli andamenti dell'eccesso di mortalità per classe di età. I dati sono tratti EuroMOMO, una rete di epidemiologi che raccolgono rapporti settimanali sui decessi per tutte le cause in 23 paesi europei. Queste cifre mostrano che, rispetto a una linea di base storica dei cinque anni precedenti, l'Europa ha sofferto di stagioni influenzali mortali dal 2016, ma che il bilancio delle vittime da COVID-19 è di gran lunga maggiore e che la maggior parte dell'eccesso di mortalità si è concentrato tra le persone con età superiore ai 65 anni. Tuttavia, non va trascurato che all'inizio di Aprile 2021 in 23 Paesi europei il numero dei decessi di età compresa tra i 45 e i 64 anni era comunque del 40% più alto del solito. Un aspetto questo da valutare con molta attenzione visto che, spesso, negli scorsi mesi si è sentito dire che la COVID-19 fosse un problema solo per gli anziani.

Figura 6 - Morti in eccesso stimate settimanalmente per fascia di età. Totale per 23 paesi, fino alla settimana che termina il 28 marzo 2021. (*)



Fonte: tratto da *The Economist* su dati EuroMOMO; Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.
(*) I paesi coinvolti nell'analisi sono: Austria, Belgio, Gran Bretagna, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania (Berlino e Assia), Grecia, Ungheria, Irlanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo, Slovenia, Spagna, Svezia e Svizzera.

Relativamente alla situazione italiana, vale la pena di osservare che tra i paesi riportati nella Figura 5 l'Italia è l'unico a presentare dati limitati a ottobre 2020. L'analisi della mortalità da COVID-19 in Italia può essere effettuata utilizzando le informazioni di fonte ISTAT e ISS.^{20, 21} Nell'ultimo rapporto ISTAT disponibile si stima che, in tutta Italia, dal 1 gennaio al 30 settembre 2020 siano morte 527.888 persone, contro le 484.435 registrate in media dal 2015 al 2019 negli stessi nove mesi. Quindi sono morte oltre 43.000 persone in più rispetto alla media degli ultimi cinque anni (+8,9%). Questo eccesso di mortalità si è distribuito in modo eterogeneo nei vari mesi tra gennaio e settembre. In particolare, nel primo bimestre la mortalità è stata inferiore rispetto alla media del periodo 2015-2019. Al contrario, a partire da marzo e fino al mese di maggio, "si evidenzia un'importante rottura della tendenza alla diminuzione della mortalità riscontrata per i primi due mesi soprattutto nelle aree più colpite dalla pandemia. A livello territoriale è il Nord l'area in cui si registra l'inversione di tendenza più marcata, con un aumento del 60,5%; in particolare, in Lombardia si passa da una diminuzione dei decessi del 5,6% del bimestre gennaio-febbraio 2020 a un aumento del 111,0% nei tre mesi successivi. Giugno e luglio sono i mesi in cui invece l'effetto della prima ondata della pandemia sembra aver esaurito i suoi effetti sull'eccesso di mortalità: si registra, infatti, un livello di decessi inferiore alla media 2015-2019 dello stesso periodo. Nel bimestre agosto-settembre, in concomitanza con il dispiegarsi della seconda fase dell'epidemia COVID-19, il numero dei decessi per il complesso delle cause torna ad essere generalmente superiore alla media 2015-2019 dello stesso periodo. La seconda fase si caratterizza per una distribuzione dei casi COVID-19 su tutto il territorio nazionale; anche l'eccesso di mortalità totale, rispetto ai 5 anni precedenti, riguarda tutte le ripartizioni, con incrementi generalmente più sostenuti nelle regioni del Centro-sud. Tra le aree che registrano un incremento almeno del 5% si segnalano la Sardegna (8,9% di decessi in più rispetto alla media 2015-2019), la Puglia (7,8%), la Toscana (7,4%), l'Umbria (6,1%), Sicilia (5,7%) e la Calabria (5%). Le uniche regioni del nord che raggiungono o superano la soglia di incremento del 5% sono la Valle d'Aosta e il Veneto" (ISTAT, 2020).

Guardando, invece, ai dati dell'ISS le informazioni che si possono ottenere sono specifiche per pazienti deceduti a causa della COVID-19 nel periodo dal 1 marzo al 2 dicembre. I risultati confermano in grossa parte quelli della prima ondata. L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è di 80 anni (mediana 82 e Range Interquartile - IQR 74-88). Al contrario, l'età mediana di tutti i pazienti contagiati è 48 anni. Le donne decedute sono 23.596 e sono molto meno degli uomini (42,3%). Da un punto di vista di struttura per età si

20. L'indagine ISTAT sulla mortalità si basa su dati di fonte amministrativa provenienti da Ministero dell'Interno (ANPR - Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente) e Ministero dell'economia e delle finanze (flusso dei deceduti dell'Anagrafe Tributaria). Attraverso tali informazioni è possibile ricostruire la mortalità giornaliera a livello comunale (7.903 comuni al 30 settembre 2020) e contribuire alla comprensione dell'impatto dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente per il complesso delle cause, per genere ed età. L'ultimo aggiornamento disponibile alla data di chiusura del libro è del 3 dicembre 2020, che riporta dati per il periodo gennaio-settembre 2020.

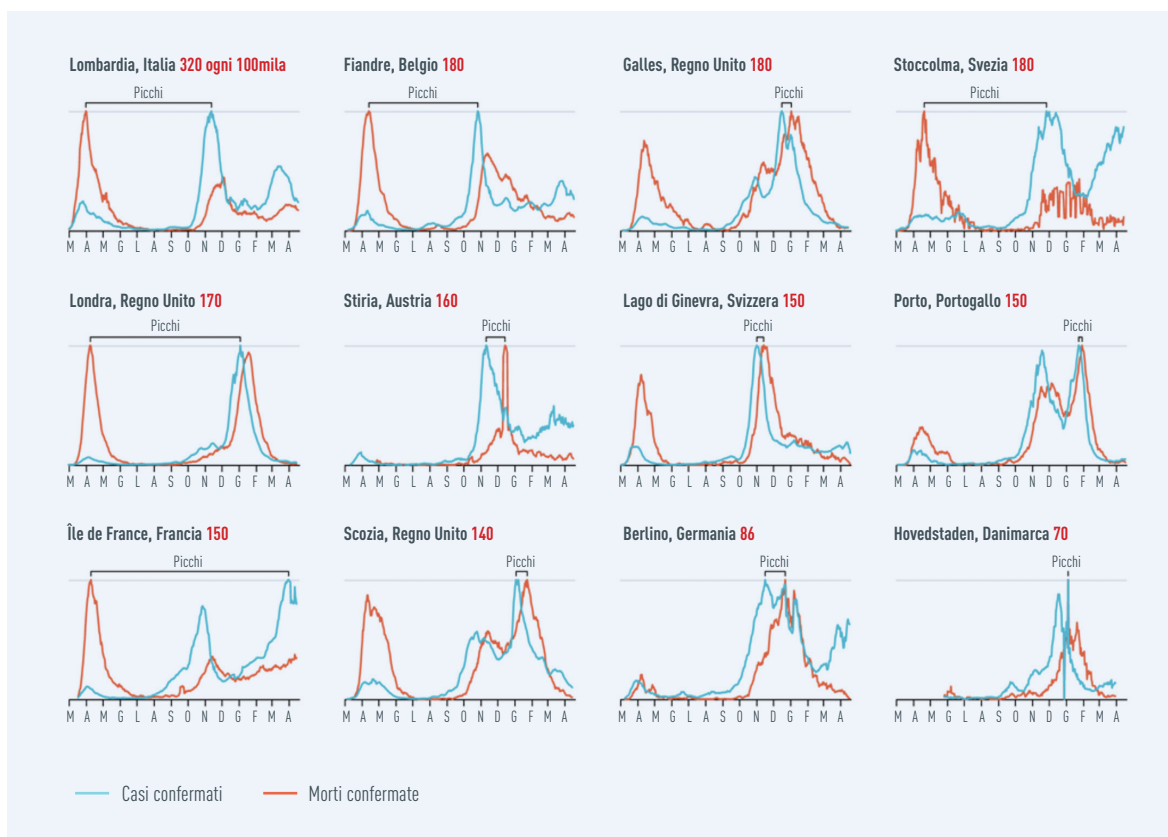
21. L'analisi dell'ISS si basa su un campione di 55.824 pazienti deceduti da marzo al 2 dicembre e positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia. L'ultimo aggiornamento disponibile alla data di chiusura del libro è del 2 dicembre 2020.

vede che la fascia tra 80-89 anni è stata quella più colpita (circa 23.000 persone, 41% del totale). Segue la fascia 70-79 (14.142 deceduti) e la fascia 90+ (10.588). Nel complesso, i deceduti di età superiore a 70 anni rappresentano l'86% del totale.

Ovviamente, ai dati su base nazionale vanno poi associati quelli su base più locale che possono raccontare delle storie molto diverse. A tal fine, molto utili sono le informazioni disponibili sul sito *"Tracking the coronavirus across Europe"* che possono aiutare a capire la dimensione del fenomeno in un contesto di comparazione internazionale.²² In particolare, nella Figura 7 viene effettuato un confronto tra 12 regioni sub-nazionali guardando sia ai contagi che ai decessi. Per facilitare i confronti tra paesi, si è proceduto a standardizzare i dati disponibili utilizzando la media mobile di sette giorni e riscalandò tutte le serie ponendo pari a 100 il massimo valore di contagi e decessi in ogni regione. Nella Figura 7 è possibile vedere che la Lombardia è di gran lunga la regione europea con il più alto valore di decessi per 100.000 abitanti (320) e che la maggior parte di tali decessi è avvenuta durante la prima ondata. Inoltre, si può vedere che, dopo aver combattuto una grave epidemia di infezioni in autunno, il nord-ovest della Gran Bretagna è ora nella sua terza ondata di pandemia. Infine, il *timing* di questi decessi sono molto diversi.

22. Il link al sito è il seguente:
<https://www.economist.com/graphic-detail/tracking-coronavirus-across-europe>.

Figura 7 - Casi covid-19 regionali e decessi per 100.000 persone. In scala al picco, media mobile di sette giorni, aggiornate al 19 aprile 2021.

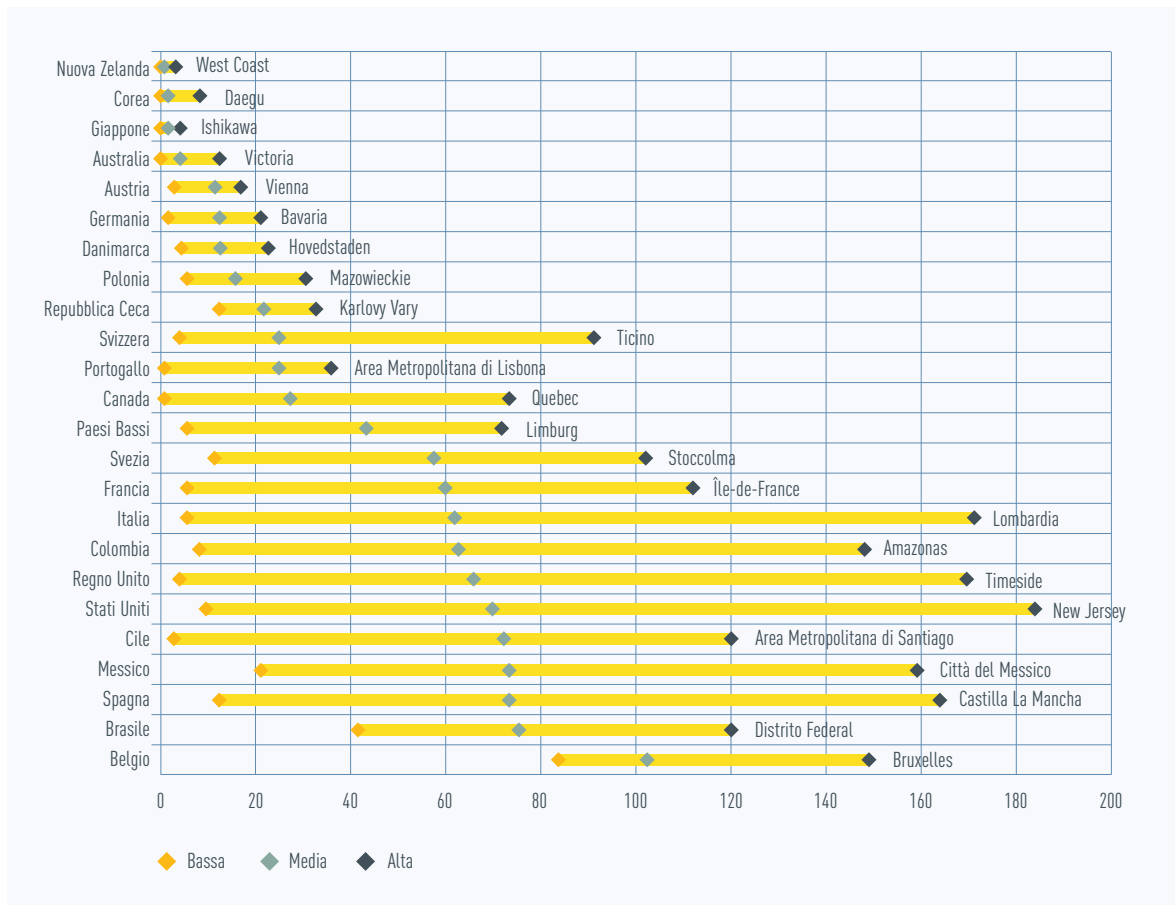


Fonte: The Economist - <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>.

Per concludere questa carrellata di evidenze sui decessi, nella Figura 8 sono riportate le distribuzioni dei tassi di mortalità da COVID-19 a livello regionale. Sempre secondo Allain-Dupré et al. (2020), nei vari paesi “le morti per COVID-19 per 100.000 abitanti possono variare notevolmente, in particolare nei paesi più colpiti. Ad esempio, in Italia, la Calabria è la regione meno colpita con 5,5 morti ogni 100 mila abitanti contro i 171 ogni 100 mila abitanti della Lombardia, la più colpita. Allo stesso modo negli Stati Uniti, il Vermont ha registrato 9,3 morti per 100.000 abitanti contro 184 nel New Jersey. In Brasile, il Minas Gerais ha registrato 41,8 decessi ogni 100 000 abitanti, mentre il numero di vittime del Distrito General ha raggiunto

i 120 ogni 100.000 abitanti. Le regioni della Corea del Sud e della Nuova Zelanda sono state complessivamente meno colpite. Sejong ha registrato 0 morti ogni 100.000, mentre Daegu ha registrato 8,1 morti ogni 100.000.”

Figura 8 - Differenze di mortalità per COVID-19 all'interno dei paesi - Vittime COVID-19 ogni 100.000 abitanti, regioni NUTS-2 (TL2) a novembre 2020.



Fonte: Allain_et_al_2020.

Nota: i 24 paesi sono paesi OCSE più il Brasile. Tra i 37 paesi OCSE, Estonia, Lettonia e Lussemburgo non hanno regioni a livello NUTS 2; non ci sono dati a livello NUTS 2 per Islanda, Irlanda, Israele, Finlandia, Grecia, Ungheria, Lituania, Norvegia, Repubblica slovacca e Slovenia. Per la Nuova Zelanda, i dati sono disponibili dai consigli sanitari distrettuali. Per il Canada e il Giappone, mancano rispettivamente una provincia (Isola del Principe Edoardo) e una prefettura (Iwate). Per gli Stati Uniti, vengono considerati solo i 50 Stati. I dati sono stati raccolti tra il 24 ottobre e il 2 novembre.

8. I costi della prevenzione e i costi delle epidemie: un confronto impari

Un aspetto che non va assolutamente trascurato nell'analisi delle epidemie è l'impatto economico che possono generare. La situazione che il mondo intero sta vivendo spinge a considerare come rilevante questo aspetto. Le evidenze riportate in vari studi indicano che ogni epidemia ha un impatto sull'economia di un Paese attraverso diversi settori, tra cui la sanità, i trasporti, l'agricoltura e il turismo.

Fan et al. (2018) stimano che il valore totale delle perdite economiche (misurate in termini di maggiore mortalità, riduzioni delle dimensioni della forza lavoro e della produttività, aumenti dell'assenteismo e costo delle misure individuali e sociali di *lockdown* o distanziamento sociale che possono essere generate da una grave pandemia influenzale globale (quale la pandemia del 1918) potrebbero ammontare a circa 500 miliardi di dollari all'anno. Ovvero peserebbero circa lo 0,6% del reddito globale del 2018. Altro aspetto importante è che questi costi non verrebbero ripartiti equamente tra tutta la popolazione, ma finirebbero per colpire i gruppi più svantaggiati. Inoltre, Fan et al. (2018) calcolano che le perdite annuali varierebbero tra i Paesi, con quelli a reddito medio-basso maggiormente colpiti (-1,6%) rispetto a quelli a reddito alto (-0,3%). L'anno successivo, queste cifre sono state riviste al rialzo da un rapporto congiunto del Global Preparedness Monitoring Board dell'OMS e della Banca Mondiale, portando il costo totale in un *range* tra il 2,2% e il 4,8% del PIL globale (circa 3 trilioni di dollari) (GPMB_2019a). Ma uno degli aspetti più preoccupanti dell'esplosione di un'epidemia globale (pandemia) è che all'interno dei singoli Paesi i costi verrebbero sopportati soprattutto dai gruppi di popolazione più vulnerabili, che rischierebbero così di soffrire in modo sproporzionato non avendo spesso accesso alle cure sanitarie e potendo contare su minori risparmi per proteggersi in caso di mancanza di reddito.

Molte di queste evidenze non sono solo il risultato di stime da modelli econometrici, ma rappresentano il frutto di esperienze realmente vissute a causa di eventi epidemici accaduti negli ultimi anni. Come mostrato in un altro rapporto congiunto tra Banca Mondiale e OMS, le epidemie hanno causato una sostanziale riduzione nella crescita del settore privato, hanno minacciato la sicurezza alimentare a causa del declino della produzione agricola e hanno gravato sul commercio internazionale con restrizioni alla circolazione, alle merci e ai servizi (GPMB_2019b).

Le epidemie del passato hanno dimostrato che le perdite economiche possono superare di gran lunga i costi di prevenzione. Ad esempio, secondo Barrett (2013) l'eradicazione del vaiolo in tutto il mondo ha portato a benefici che a livello globale superano i costi con un rapporto di 159:1. La breve esperienza del COVID-19 già insegna anche che, a causa dell'aumento dei viaggi e degli scambi commerciali, nonché dei cambiamenti ambientali, i costi delle epidemie saranno sempre più alti perché le epidemie saranno più frequenti e provocheranno rallentamenti sempre maggiori (Pike et al., 2014).

I costi sono attribuibili solo parzialmente al trattamento e al controllo della malattia stessa. Molti dei costi verranno da fenomeni di *over-reaction* a tutti i livelli (ad esempio, ospedali intasati, farmacie assaltate, trasporti in tilt, ecc.). Un esempio significativo da questo punto di vista è quello occorso negli USA a seguito dell'epidemia di Ebola. Gli Stati Uniti hanno avuto un solo caso diagnosticato di Ebola sul territorio nazionale. Quell'unico caso ha messo in moto una macchina che ha permesso di stanziare \$5,4 miliardi di fondi come risposta federale, di cui \$1,1 miliardi sono stati spesi per la risposta "domestica", che comprendeva fondi per studi di salute pubblica, aumento della capacità di analisi di laboratorio, attività di preparazione delle infrastrutture e dell'organizzazione per la reazione all'epidemia (Epstein et al., 2015). Di questo importo, 119 milioni di dollari sono stati spesi solo per attività di quarantena domestiche, tra cui *screening* in cinque importanti aeroporti statunitensi, visite mediche, indagini su viaggiatori potenzialmente malati e *follow-up* (CDC, 2015a). È importante tenere presente che la spesa di 1,1 miliardi di dollari concentrata sul mercato interno è stata erogata in risposta a soli quattro casi a livello nazionale. L'importo speso probabilmente sarebbe aumentato notevolmente se il numero di casi fosse cresciuto fino a 10 o 20.

Relativamente al caso della SARS nel 2003, durata meno di 1 anno, i costi globali della pandemia sono stati valutati in \$40-\$54 miliardi (Jonas, 2014, McKibbin, 2004). Secondo un documento della Banca Mondiale, le quattro economie più colpite dell'Asia orientale (Cina, Hong Kong, Taiwan e Singapore) hanno registrato perdite del Prodotto Interno Lordo (PIL) stimate in \$13 miliardi (Brahmbhatt and Dutta, 2008). Allo stesso modo, la Guinea, la Liberia e la Sierra Leone hanno subito un brusco rallentamento della loro già anemica crescita economica nel 2015 a causa dell'epidemia di Ebola. Dopo un incremento del PIL positivo nel 2013 in tutti e tre i Paesi, nel 2014 la crescita del PIL della Guinea è scesa dal 4% allo 0,1% e quella della Liberia dall'8,7% allo 0,7%, mentre la crescita del PIL della Sierra Leone è diminuita dal 4,6% nel 2014 al -21,5% nel 2015 (World Bank, 2016a). Molte di queste perdite economiche avrebbero potuto essere evitate se fosse stato messo in atto un sistema sanitario più resiliente in grado di prevenire e individuare focolai (World Bank, 2015).

Sempre nell'ottica di fornire elementi per capire meglio l'impatto economico delle epidemie, si stima che tra il 2000 e il 2010 le malattie zoonotiche abbiano causato perdite economiche indirette per un valore di 200 miliardi di dollari (World Bank, 2010). Inoltre, oltre 2,5 miliardi di casi e 2,7 milioni di decessi possono essere attribuiti alle prime 56 zoonosi (Gebreyes, 2014). Una pandemia di influenza moderatamente grave comporterebbe ogni anno 700.000 decessi e un costo di circa 570 miliardi di dollari (a causa della perdita di reddito e della mortalità) a livello globale (Fan et al., 2016). Il virus Zika, diffuso dalle zanzare *Aedes*, è emerso in Brasile nel 2014 e si è diffuso rapidamente in 26 Paesi vicini, infettando fino a 1 milione di persone (Petersen et al., 2016). Il costo stimato di Zika per l'America Latina e i Caraibi è stato di 3,5 miliardi di dollari

nel 2016 (World Bank, 2016b). L'aspetto interessante di questa epidemia è che il virus era stato eradicato da 18 Paesi nel 1962, ed è ritornato a causa di una cattiva gestione di igiene pubblica (Whitman, 2016).

I costi delle epidemie vengono poi amplificati a causa di meccanismi di trasmissione degli effetti tra i vari settori economici. Ad esempio, durante l'epidemia di Ebola del 2014, l'elevata domanda di dispositivi di protezione individuale (DPI) è stata soddisfatta con scorte e capacità ridotte e i produttori hanno faticato a soddisfare il fabbisogno. Questo ha portato molti Paesi dell'Africa a dover affrontare l'emergenza con scarsi mezzi, con la conseguenza di generare ulteriori costi in termini di infezioni e morti (Unicef, 2014). Inoltre, la presenza di ulteriori criticità sul territorio può rendere le epidemie ancora più costose. Come nel caso della Nigeria dove, sebbene il Paese fosse stato dichiarato indenne da poliomielite nel 2015, il conflitto con Boko Haram ha impedito l'istituzione di adeguati programmi di sorveglianza. Come conseguenza, nel 2016 sono stati individuati quattro tipi di virus della poliomielite ed è stato necessario combatterli con una massiccia campagna per vaccinare milioni di bambini in Africa occidentale e centrale (Beaubien et al., 2016). I costi di questa campagna devono ancora essere stimati.

9. L'arrivo dei vaccini: è la fine di un incubo?

È fuori di dubbio che con l'arrivo dei vaccini la possibilità di vedere una ripresa dell'intero sistema (economico, sociale e sanitario) è più a portata di mano. Ma come spesso ricordato da tanti esperti, i vaccini da soli non riusciranno in questa impresa, almeno fino a quando non si sarà vaccinata una quota considerevole della popolazione mondiale. Fino ad allora la ripresa dipenderà anche dalla responsabilità personale di ogni singolo individuo nel continuare a rispettare le regole di base del distanziamento sociale oltre che dalle politiche economiche messe in campo dai vari governi. Tuttavia sarà fondamentale non dimenticare i pericoli che andranno ancora affrontati e le lezioni che dovranno essere ancora imparare.

9.1 La disponibilità dei vaccini

Aver reso possibile lo sviluppo, la produzione e la consegna di vaccini in meno di un anno è stata un'impresa notevole. Secondo Science Magazine la scoperta di un vaccino in meno di 10 mesi ha del miracoloso e è stata definita come la scoperta più importante del 2020 (Cohen, 2020). Secondo l'OCSE (2021) il rapido sviluppo dei vaccini contro la COVID-19 è il risultato non solo di livelli senza precedenti di collaborazione internazionale, ma anche di massicci investimenti pubblici in ricerca e sviluppo e capacità di produzione. Questi risultati risultano essere particolarmente significativi soprattutto se confrontati con le precedenti stime di probabilità di approvazione di un vaccino che arriva alla fase degli studi clinici: dal 12 al 33% dopo circa 7-9 anni di sviluppo (OCSE, 2020).

Tuttavia, dopo l'euforia delle prime settimane di poter disporre di vaccini sicuri ed efficaci, si è passati alla consapevolezza che la disponibilità di un vaccino rappresenta solo la condizione necessaria per risolvere i problemi creati dalla pandemia. Esistono, infatti, una discreta serie di condizioni sufficienti che vanno dall'autorizzazione, alla produzione, alla distribuzione, alla somministrazione e al monitoraggio degli stessi: come si è avuto modo di vedere, tutte queste fasi sono cariche di sfide politiche. Sebbene la letteratura tenda a esplorare queste sfide in silos, questi problemi sono intrinsecamente sovrapposti e interdipendenti.

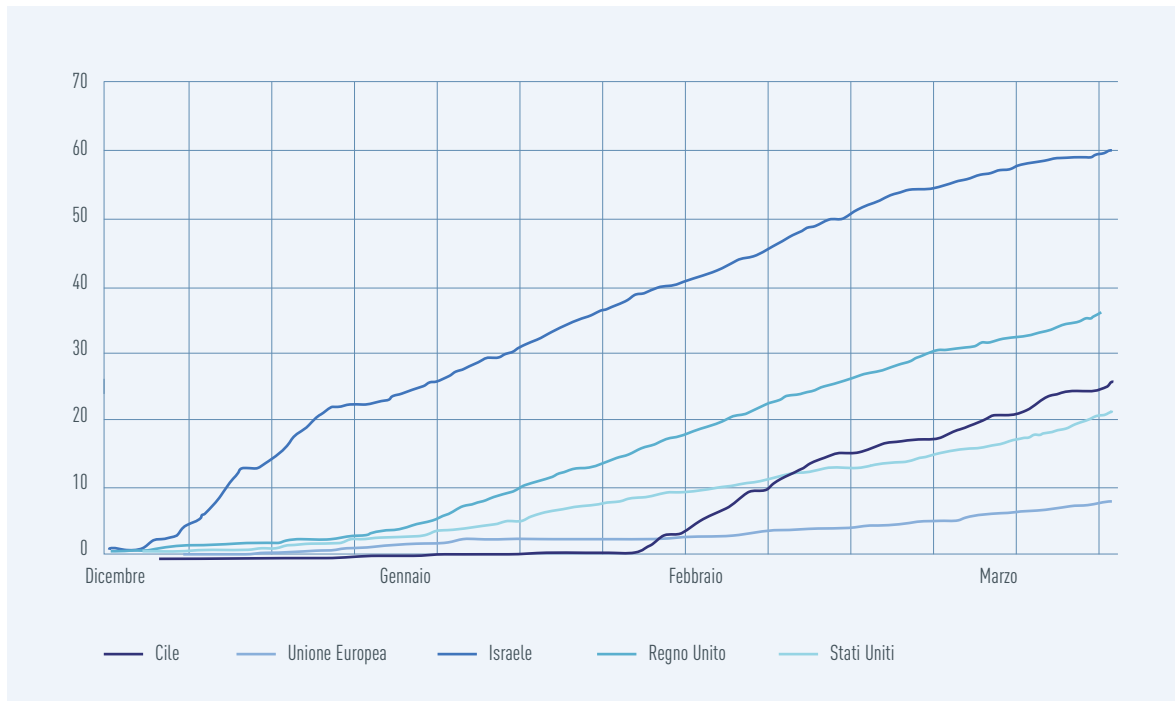
Secondo Forman et al. (2021) per garantire questo processo è necessario affrontare il problema considerando tre diverse fasi: "sviluppo", "diffusione" e "distribuzione". Attraverso queste fasi si può garantire lo sviluppo continuo di vaccini sicuri ed efficaci, la fornitura e la diffusione dello stesso in tutto il mondo e la sua distribuzione all'interno dei paesi. A sua volta, per ognuna di queste fasi è necessario superare diverse sfide. Ad esempio, è necessario "mantenere forti e ragionevoli incentivi di R&S; esecuzione di sperimentazioni cliniche coordinate; autorizzare vaccini sicuri ed efficaci in modo efficiente e trasparente; monitoraggio dell'efficacia durante (e dopo) la distribuzione del vaccino; garantire un accesso equo ai vaccini a livello globale; produzione di quantità sufficienti e mantenimento della capacità della catena

di approvvigionamento; trasporto e consegna sicuri e sicuri dei vaccini; determinazione dell'allocazione equa dei vaccini; incoraggiare la diffusione dei vaccini; implicazioni etiche dei passaporti dei vaccini e altri requisiti dei vaccini; e adattare i sistemi di ricerca clinica e sanitaria” Forman et al. (2021).

A poco più di un anno dalla diffusione pandemica del virus, la situazione sul fronte dei vaccini oggi è la seguente: tre prodotti sono stati approvati dall'Agenzia europea per i medicinali (Pfizer/BioNTech, Moderna e Oxford/AstraZeneca), un quarto è stato momentaneamente sospeso (Johnson & Johnson) e un numero considerevole di vaccini candidati aggiuntivi è in fase avanzata di sviluppo (Novavax, CureVac, e Gameleya Institute). Inoltre, quattro vaccini sviluppati in Cina e Russia sono stati autorizzati e sono in uso in diversi paesi (OECD, 2021).

Nel Regno Unito, negli Stati Uniti e nell'Unione Europea, le prime vaccinazioni sono iniziate immediatamente dopo la concessione delle autorizzazioni, con priorità data agli anziani ad alto rischio, come i residenti delle strutture di assistenza a lungo termine, nonché agli operatori sanitari in prima linea. A metà marzo 2021, 380 milioni di dosi di vaccino COVID-19 erano state somministrate a livello globale. Di queste il 29% è stato somministrato negli Stati Uniti, il 13% nell'Unione Europea e il 7% nel Regno Unito. Al contrario, il Sud America rappresentava meno del 6% delle dosi somministrate a livello globale. La proporzione della popolazione che aveva ricevuto almeno una dose era del 60% in Israele (vedi Figura 9), seguita da Regno Unito (36%), USA (35%) e Cile (26%). In coda alla classifica l'Unione Europea con circa il 9%. Più di 51 milioni di dosi di vaccino erano state somministrate nell'UE, con Danimarca e Spagna che segnalavano i più alti livelli di vaccinazione pro-capite (rispettivamente il 10,1% e l'8,4% della popolazione aveva ricevuto almeno una dose). L'Unione Europea prevede di vaccinare il 70% della sua popolazione adulta entro la fine di agosto 2021.

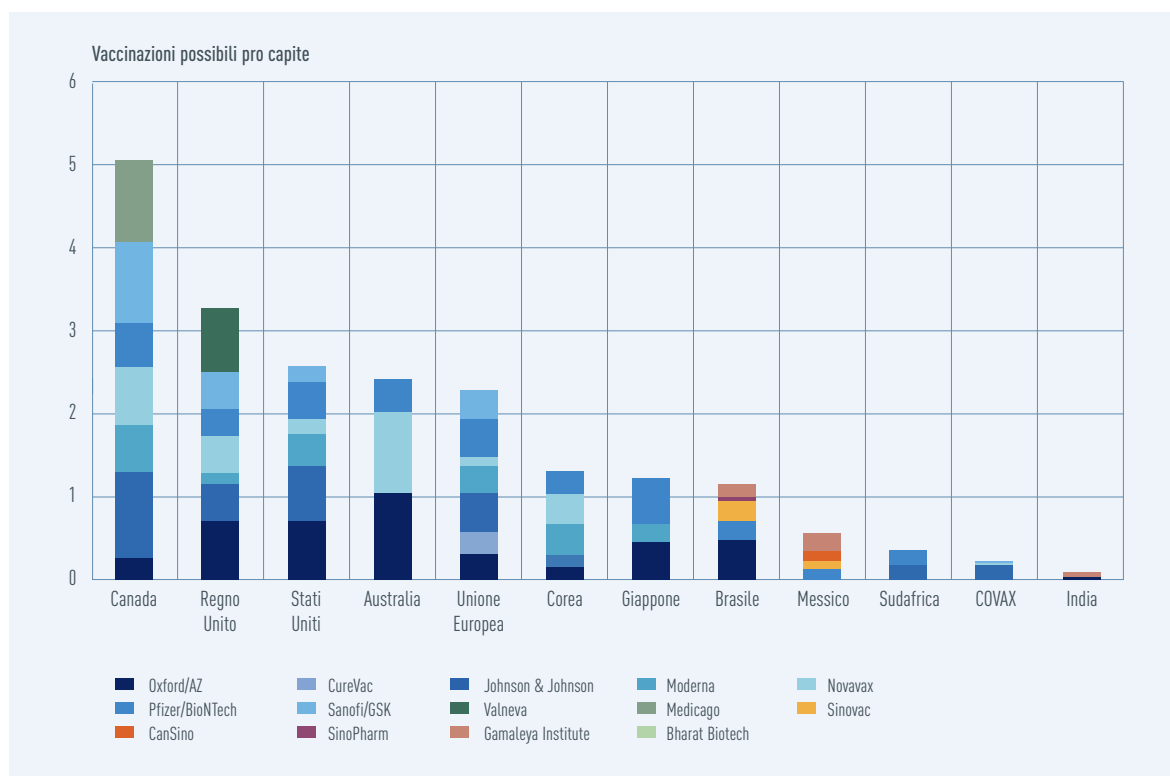
Figura 9 - Percentuale della popolazione che ha ricevuto almeno una dose di vaccino in paesi selezionati al 15 marzo 2021



Fonte: OECD (2021).

Seppure secondo OCSE (2020), la Russia ha iniziato la vaccinazione pubblica a Mosca il 5 dicembre 2020, utilizzando il vaccino vettore virale non replicante sviluppato dall'Istituto Gameleya. Entro il 10 febbraio 2021, 2,2 milioni di russi, ovvero poco meno del 2% della popolazione, avevano ricevuto la prima dose del vaccino a due dosi e più di 1,7 milioni avevano ricevuto entrambe le dosi. Il Ministero della Salute ha annunciato l'intenzione di vaccinare il 60% della popolazione entro la fine di giugno. In Cina, le autorità hanno già approvato quattro vaccini COVID-19 (sviluppati da tre produttori cinesi) per uso di emergenza. Al 28 febbraio 2021, la Cina aveva somministrato 52 milioni di dosi di vaccino COVID-19, ovvero circa il 3,6% della sua popolazione. All'inizio di marzo, il funzionario sanitario più anziano della Cina COVID-19 ha annunciato piani per vaccinare il 40% degli 1,4 miliardi di persone della Cina entro alla fine di giugno 2021. Tuttavia, i risultati più recenti sembrano indicare che i vaccini cinesi sono molto meno efficaci di quelli prodotti negli USA e in Europa.

Figura 10 - Numero di vaccinazioni possibili pro capite (in base ai volumi garantiti tramite accordi di fornitura) al 15 marzo 2021



Fonte: OECD (2021).

Al momento in cui questo Rapporto è stato chiuso il problema maggiore sembra essere quello della disponibilità dei vaccini per poter vaccinare chi ne ha bisogno. Infatti, la disponibilità dei vaccini è molto irregolare e, rispetto alle sfide, la somministrazione è comunque troppo lenta. la capacità di produzione e l'offerta rimangono un vincolo chiave per il ritmo delle campagne di vaccinazione nazionali. A metà marzo 2021 erano state somministrate poco meno di 6 dosi per 100 persone in tutto il mondo. Tra i grandi paesi, questo tasso va da 45 nel Regno Unito e 38 negli Stati Uniti, a 13 nell'UE, sei in Brasile, tre in India e quasi zero in Nigeria. Se si assume che l'immunità globale di gregge richieda due dosi di vaccino per il 75% dei 6 miliardi di adulti nel mondo, dovranno essere somministrate circa 9 miliardi di dosi. Poiché finora ne sono state consegnate solo 450 milioni circa, la probabilità che 9 miliardi di vaccinazioni vengano effettuate

entro la fine del 2022 sembra bassa. Allo stesso tempo, se il virus rimane diffuso, il rischio che emergano varianti pericolose è alto.

L'irregolarità nella disponibilità dei vaccini è dipesa anche dalle modalità con cui l'intero processo di sviluppo si è articolato. I Paesi più ricchi e con maggiori possibilità di effettuare ricerca e sviluppo in questo settore si sono accaparrati finanziamenti pubblici consistenti che hanno permesso non solo di sviluppare il prodotto, ma anche di garantirsi siti di produzione in grado di poter garantire le disponibilità per numeri così elevati. Ciò ha portato a uno scenario in cui diversi paesi OCSE si sono assicurati quantità di vaccino che consentirebbero loro di vaccinare le loro popolazioni molte volte. La Figura 10 mostra il numero di dosi assicurate da alcuni paesi OCSE rispetto alle loro popolazioni, sulla base di informazioni pubblicamente disponibili sugli accordi di fornitura. A metà marzo 2021, i paesi ad alto reddito (16% della popolazione mondiale) avevano negoziato accordi di fornitura pari a circa la metà della fornitura mondiale di vaccini, che hanno portato ad accuse di "nazionalismo del vaccino". I dati limitati disponibili sui prezzi suggeriscono che i paesi ad alto reddito pagano anche prezzi medi per dose più elevati rispetto ai paesi a reddito medio e basso, il che può essere un altro motivo per essere forniti per primi. Alcuni paesi, come l'Argentina, il Brasile e l'India, hanno ottenuto l'accesso prioritario ospitando sperimentazioni cliniche e "licenze" di tecnologia per la produzione locale.

Rispetto alle previsioni e alle intenzioni concordate prima della scoperta e approvazione dei vaccini, uno strumento molto importante che non sta funzionando nella campagna vaccinale è la struttura Gavi COVAX, ovvero l'unico meccanismo che mira a garantire l'accesso multilaterale ai vaccini di successo e propone una sequenza di distribuzione dei prodotti razionale tra i governi. È uno strumento che permette l'accesso al vaccino anche ai Paesi meno ricchi che potrebbero avere problemi nell'acquisto.²³

Ad oggi, tuttavia, COVAX rimane sotto-finanziato e continua a competere per la fornitura contro accordi di fornitura bilaterali tra governi e produttori. Nel 2020, l'obiettivo era raccogliere un finanziamento iniziale di 2 miliardi di dollari per i LMIC, e questo è stato raggiunto entro dicembre 2020. Tuttavia si stima che saranno necessari altri 5 miliardi di dollari per i LMIC nel 2021, esclusi i fondi per i paesi autofinanziati. Al momento permangono dubbi sulla capacità di COVAX di raggiungere il suo obiettivo di fornire 1,8 miliardi di dosi di vaccino nel 2021. Nel complesso si stima che prima della fine del 2023 non si riuscirà a vaccinare le popolazioni di alcune parti del Sud America, Africa e Asia.

23. Il consorzio Gavi COVAX è un programma di *procurement* congiunto che negozia i contratti di fornitura con i produttori per conto dei paesi partecipanti. Il consorzio si finanzia con i contributi dei vari Paesi. I paesi a reddito medio e alto riceveranno vaccini per il 10-50% delle loro popolazioni a seconda dei loro contributi finanziari al meccanismo. Il vaccino verrà fornito anche al 20% delle popolazioni di 92 paesi a basso e medio reddito (LMIC) ammissibili al finanziamento dei donatori.

La competizione globale o il “nazionalismo” dei vaccini possono impedire a un vaccino COVID-19 di raggiungere i più bisognosi. L'assegnazione inefficace di qualsiasi vaccino potrebbe significare che le persone vulnerabili in alcuni paesi ricevono il vaccino dopo individui a basso rischio in altri paesi, portando a morti prevenibili. Investire nello sviluppo di vaccini e in un accesso equo sarebbe economicamente vantaggioso a lungo termine. E chiaro, quindi che occorre aumentare la cooperazione per aumentare l'offerta e la consegna di dosi in tutto il mondo. La realtà dei fatti sembra però dire che si sta limitando il successo di questa operazione con le difficoltà di cooperazione, anche quando ad essere minacciati sono interessi vitali. La pandemia e la sfida più grande del cambiamento climatico mostrano quanto la cooperazione sia importante, ma la realtà resta quella di una profonda divisione e dei sospetti che inevitabilmente ne conseguono. La pandemia non finirà finché non sarà finita ovunque. Fin tanto che solo una persona sarà in giro suscettibile di essere infettata, il mondo intero non sarà al sicuro. E le prove che stanno emergendo in queste settimane sull'efficacia della vaccinazione in Israele e nel Regno Unito - non solo in termini di prevenzione di malattie gravi, ospedalizzazione e morte, ma anche nella riduzione delle infezioni - sono molto incoraggianti.

9.2 Il ruolo dei vaccini nella ripresa dell'economia post COVID-19

Lo sviluppo di vaccini sicuri ed efficaci contro le malattie che causano morbilità e mortalità sostanziali ha rappresentato uno dei principali progressi scientifici del 21° secolo. La vaccinazione, insieme ai servizi igienici e all'acqua potabile, sono interventi di salute pubblica che sono innegabilmente responsabili del miglioramento dei risultati di salute a livello globale. Si stima che i vaccini abbiano prevenuto 6 milioni di morti per malattie prevenibili con il vaccino ogni anno. In generale, la disponibilità e somministrazione di un vaccino consentono alle persone di riprendere attività economiche che erano limitate o impossibili da svolgere: il ritorno al lavoro, la ripresa delle attività ricreative, il rifiorire della vita sociale. Inoltre, le persone potrebbero tornare a cenare al chiuso nei ristoranti, viaggiare e soggiornare in hotel. Tutti gli studenti tornerebbero alla scuola di persona e gli ospedali potrebbero riprendere più procedure elettive legate ad attività di prevenzione e di intervento per garantire maggiori livelli di salute.

Tuttavia, a distanza di oltre un anno dall'inizio dell'epidemia, la disponibilità del vaccino può essere solo considerata una condizione necessaria, ma non sufficiente, per riportare l'economia ai livelli pre-pandemia. Il perdurare della pandemia ha generato una serie non trascurabile di effetti di secondo livello, come la disoccupazione di lungo termine e la sospensione dei mutui, che continueranno a deprimere la crescita anche dopo che i Paesi avranno raggiunto l'immunità di gregge. Ciò è dovuto al fatto che in questo prolungato periodo molte persone possono aver cambiato le loro abitudini per sempre, forse abbassando la domanda di alcuni beni e servizi in modo permanente. Ad esempio, alcune persone potrebbero non riprendere più a cenare fuori, a

viaggiare o a lavorare e andare a scuola di persona. Secondo un sondaggio condotto in diverse grosse aziende da Willis Towers Watson si è stimato che il 19% dei dipendenti continuerà a lavorare da casa dopo la pandemia: un valore che corrisponde al triplo di quello registrato nel 2019, ma in calo rispetto al 44% che lavorava da casa nel 2020 (Willis Towers Watson, 2021). Relativamente al caso degli USA, a partire da dicembre 2020, almeno 4 milioni di persone non riuscivano a trovare lavoro anche dopo aver cercato costantemente per sei mesi. I disoccupati di lunga durata soffrono più di altri nelle relazioni personali, nei piani di carriera e nella fiducia in se stessi. Ciò potrebbe rendere più difficile per loro riprendersi anche dopo che l'economia sia tornata in salute.

Come visto nella sezione precedente, c'è poi il problema che non tutti riceveranno i vaccini immediatamente dopo il lancio. Ancora per diversi mesi non ci saranno dosi sufficienti per i 7,8 miliardi di persone nel mondo, e probabilmente non ci saranno per un po' di tempo. Molto lavoro deve essere fatto per garantire che il mondo possa entrare con successo in un'era post-COVID con l'economia globale che opera ancora una volta a pieno regime. Si stima che vorrà almeno un anno per tornare ai livelli di PIL pre-crisi. Ci vorranno poi un altro anno o due per essere vicini a recuperare la disoccupazione e i livelli di crescita pre-crisi. I vaccini possono, quindi, aiutare a porre fine alla crisi economica, ma nelle giuste circostanze. Un numero sufficiente di persone deve essere disposto a farsi vaccinare per ottenere l'immunità di gregge e, una volta raggiunto quel livello, le imprese e i consumatori devono riportare le loro abitudini di produzione e consumo ai livelli pre-pandemia. Ma prima che si raggiunga quel momento è fondamentale che ci sia una risposta da parte di tutti di legare la riapertura dell'economia al più fermo rispetto delle restrizioni esistenti, diverse in ogni Paese. Occorre evitare di ripetere errori commessi durante il periodo estivo che hanno consentito al virus di tornare a essere presente in modo anche più aggressivo di quanto non abbia fatto nella prima ondata, rimettendo in discussione i risultati fino ad allora ottenuti e vanificando mesi di sacrifici. Fare tesoro di questi errori significa essere consapevoli che per sconfiggere il "rischio" di nuovi contagi ognuno è chiamato a fare la sua parte: la sicurezza collettiva dipende da quella dei singoli. Sebbene nulla di tutto ciò sia certo, la storia delle vaccinazioni indica che la disponibilità di un vaccino anti COVID-19 fornirà un enorme contributo al ripristino della salute economica nel paese.

9.3 Quanto tempo si è perso e quante morti si potevano evitare?

Sin dall'approvazione del suo primo vaccino contro il coronavirus a dicembre, l'Unione europea è stata travolta da problemi di varia natura che se non hanno irrimediabilmente messo a rischio le campagne vaccinali dei vari Paesi, di sicuro hanno creato ritardi. Con modalità e tempistiche diverse, i singoli Paesi hanno poi aggiunto problemi specifici legati alla capacità di essere pronti a effettuare una prioritizzazione dei soggetti più a rischio (fondamentale in un contesto di risorse

scarse), a raggiungerli in modo efficace ed efficiente e, infine, a procedere alla somministrazione. In un recente rapporto l'ECDC ha delineato le sfide chiave che i paesi stanno attualmente affrontando nel cercare di implementare i piani di vaccinazione contro la COVID-19 e le lezioni apprese per mitigare queste sfide (ECDC, 2021). Secondo tale rapporto emerge che il 96% dei paesi che ha risposto all'indagine (26 su 28) ha segnalato problemi legati alla fornitura limitata di vaccini COVID-19, nonché frequenti cambiamenti nei tempi di consegna da parte dei produttori di vaccini, che possono essere imprevedibili e possono influenzare in modo significativo la pianificazione e efficienza del lancio. Inoltre, un altro fattore importante che sta interagendo con la scarsità delle dosi è sicuramente la complessa logistica che c'è dietro ai vaccini, avendo questi caratteristiche diverse in merito alla conservazione, al trasporto e alla somministrazione (ad es. tempistica della seconda dose, gruppi di età indicati, controindicazioni). Per circa la metà dei Paesi tale logistica risulta essere molto complessa ed è responsabile dello spreco di diverse dosi di prodotti inutilizzati (es. spreco di fiale aperte). Non tutti i Paesi si sono attrezzati per somministrare le dosi rimanenti agli operatori sanitari alla fine di ogni sessione di vaccinazione o istituendo elenchi di riserva di persone disposte a essere vaccinate. In alcuni Paesi esiste poi il problema della carenza di personale per somministrare i vaccini: assumere e formare più personale medico e anche non medico sembra essenziale per progredire nella campagna di vaccinazione di massa. Esistono poi problemi legati alla carenza di attrezzature necessarie per la vaccinazione (in particolare con la mancanza di siringhe e aghi nello spazio morto per estrarre più dosi dalle fiale di vaccino); alla difficoltà nel raggiungere determinate popolazioni, in particolare quelle persone che hanno difficoltà a lasciare le proprie case; alla difficoltà di comunicazioni relative a disinformazione e cattiva informazione sui vaccini COVID-19, che possono influire sull'accettazione del vaccino. Infine, esistono problemi legati alla disponibilità di efficaci sistemi informativi capaci di far effettuare la registrazione e garantire la fascia oraria per la vaccinazione.

I problemi sopra segnalati non rappresentano solo un problema di disagio per i cittadini che devono faticare più del dovuto per avere un vaccino. Al contrario, ognuno di questi problemi costituisce un elemento chiave per contribuire alla mortalità evitabile dei pazienti, soprattutto quelli più a rischio. Come recentemente evidenziato da Villa (2021a), le carenze di vaccini da un lato e l'assenza di una chiara strategia a vaccinare per primi i più fragili hanno portato l'Italia a un eccesso di morti evitabili che a inizio gennaio 2021 era di circa 12.000 morti. Questo calcolo emerge considerando che l'Italia, al pari di altre nazioni europee, nelle fasi iniziali della vaccinazione a fine 2020 ha dato la stessa alta priorità di vaccinazione operatori sanitari e a pazienti fragili residenti nelle RSA. Nella pratica ciò che è accaduto è che al 7 gennaio, su 100 somministrazioni di vaccino 94 erano state somministrate a operatori sanitari e sociosanitari, e solo 6 erano andate agli ospiti delle RSA. Parametrato alla popolazione di riferimento di entrambi i gruppi questo significa che, a inizio 2021, era stato vaccinato quasi il 20% degli

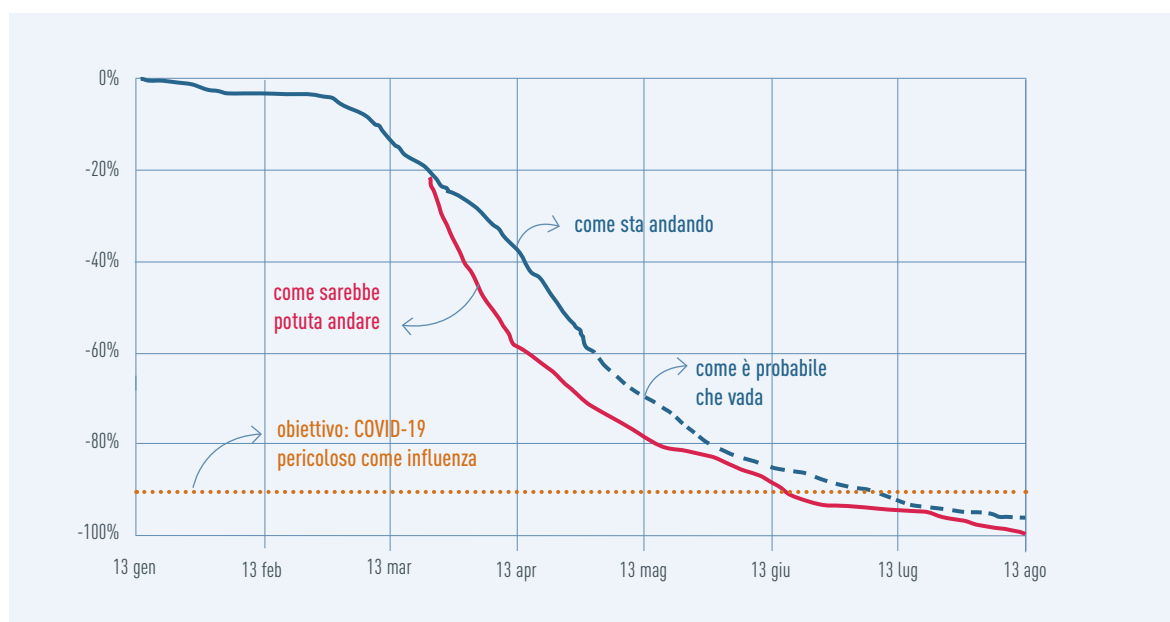
operatori sanitari e socio-sanitari ma solo il 6% degli ospiti delle RSA (Villa, 2021a). Grazie a questa strategia Villa ha calcolato che si sono evitate tra le 1.500 e le 2.400 morti causate dall'infezione da nuovo coronavirus. Se, invece, la vaccinazione fosse stata concentrata solo sulla popolazione ospite delle RSA, le morti evitabili sarebbero state comprese tra le 11.000 e le 17.000: un numero notevolmente superiore. Facendo riferimento ai dati puntuali della stima, la differenza sarebbe stata tra le potenziali 14.000 morti evitabili concentrandosi solo sulle RSA e le 2.000 evitate con la strategia implementata, che dà luogo ad una stima di riduzione di mortalità evitata di 12.000 individui.

Un altro aspetto importante da mettere in evidenza è quanto l'effetto combinato di carenza di dosi vaccinali e strategie non ottimali di assegnazioni delle dosi abbiano potuto incidere sulla riduzioni della letalità.²⁴ Anche in questo caso, partendo dalle stime precedenti, Villa (2021b) ha stimato che la scarsità delle dosi e la vaccinazione inefficiente del personale sanitario ha determinato un ritardo di circa due mesi nella riduzione del livello di letalità rispetto al suo trend ottimale. Per capire meglio il problema è utile fare riferimento a quanto riportato nella Figura 12 dove sono mostrati due profili di evoluzione della letalità da COVID-19 a seconda della scelta di strategia vaccinale utilizzata. Inoltre, nel grafico è riportata anche la linea di letalità causata da una comune influenza, al di sotto della quale il SARS-CoV-2 diventerebbe meno pericoloso di un qualunque altro virus influenzale stagionale.

Secondo Villa (2021b) in base all'andamento delle vaccinazioni, dunque, la riga blu rappresenta una stima di quanto si dovrebbe essere ridotta la letalità di Covid-19 nel nostro Paese. Al contrario, la riga arancione rappresenta la letalità che ci saremmo potuto attendere nel caso in cui fossero arrivate meno dosi del previsto (circa la metà rispetto agli obiettivi del Governo italiano) ma le stesse fossero state indirizzate verso le persone anziane e fragili.

24. Per letalità si intende il rapporto tra persone decedute e persone contagiate, ovvero quante persone rischiano di morire per ogni 100 che si infettano

Figura 11 - Stima della riduzione della letalità da COVID-19 con piani vaccinali alternativi



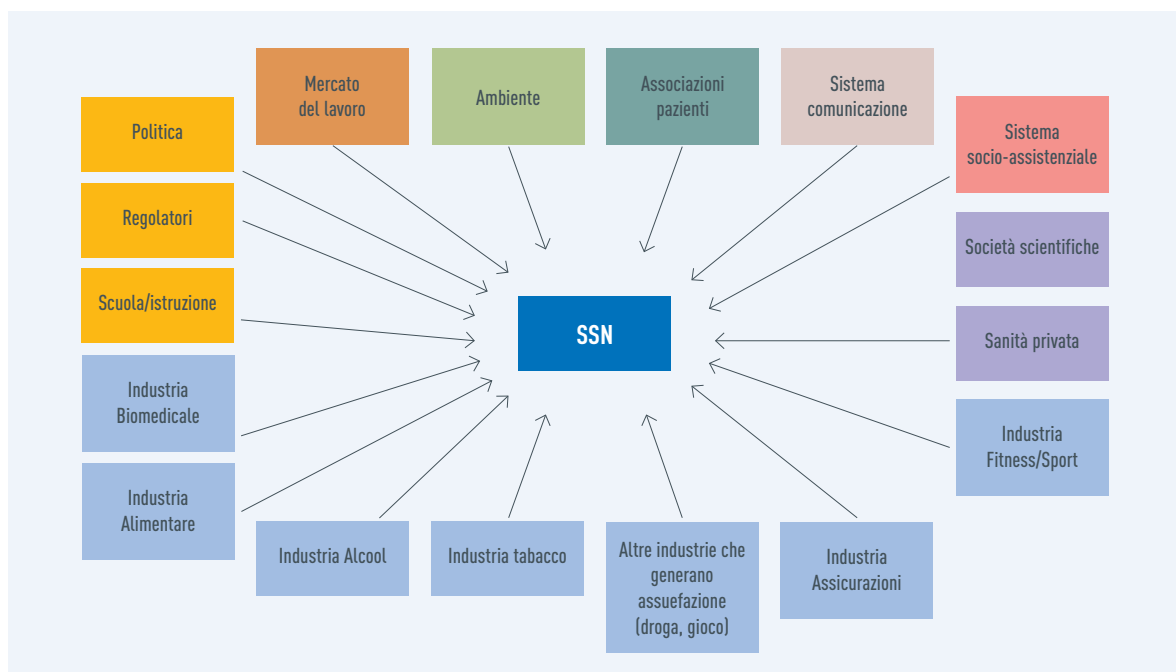
Fonte: ISPI su dati Ministero Salute

Se, ad esempio, guardiamo alla data del 13 aprile si nota come tra i due scenari si sia delineata una differenza di 10 punti percentuali nel tasso di letalità. Moltiplicando i differenziali di letalità giornalieri per il numero di morti registrate in quel giorno e sommando questi ultimi tra di loro sarebbe possibile avere una misura approssimativa di quanti decessi si sarebbero potuti evitare qualora le dosi fossero state indirizzate tutte ai pazienti più fragili. Il problema avrebbe potuto assumere dimensioni molto più gravi qualora la disponibilità delle dosi fosse stata ulteriormente ritardata o se non si fosse provveduto nelle ultime settimane a invertire la rotta destinando la maggior parte delle fiale verso chi ne aveva maggiormente bisogno.

10. L'impatto della pandemia sugli stakeholder della salute

Nel Rapporto Farmafactoring del 2019 il sistema sanitario veniva definito come un sistema adattivo complesso, non statico, che si adatta, modella e modifica in base alle esperienze, alla stimolazione, alla comunicazione, all'informazione e all'ambiente (Fondazione Farmafactoring, 2019). Si metteva quindi in evidenza l'esistenza di un sistema sanitario che è parte di una rete di sistemi complessi tra di loro legati da relazioni di diversa intensità: a tale rete di sistemi complessi veniva dato il nome di "Ecosistema". Contemporaneamente, si faceva osservare come tale ecosistema operasse attraverso "piattaforme", che altro non rappresentano che il sistema di relazioni attraverso cui i vari attori si legano e contribuiscono in modo diretto e indiretto all'erogazione dei vari prodotti e servizi del sistema sanitario. In un contesto così delineato si proponeva che per comprendere in pieno il funzionamento del sistema complesso della sanità è necessario conoscere sia la struttura dell'Ecosistema (ovvero gli attori/*stakeholder* che vi partecipano), sia le modalità attraverso le quali le varie piattaforme di servizi offerti dal sistema sanitario integrano i vari attori dell'Ecosistema. Questo perché diverse piattaforme di erogazione dei servizi sanitari coinvolgono diversi attori dell'Ecosistema.

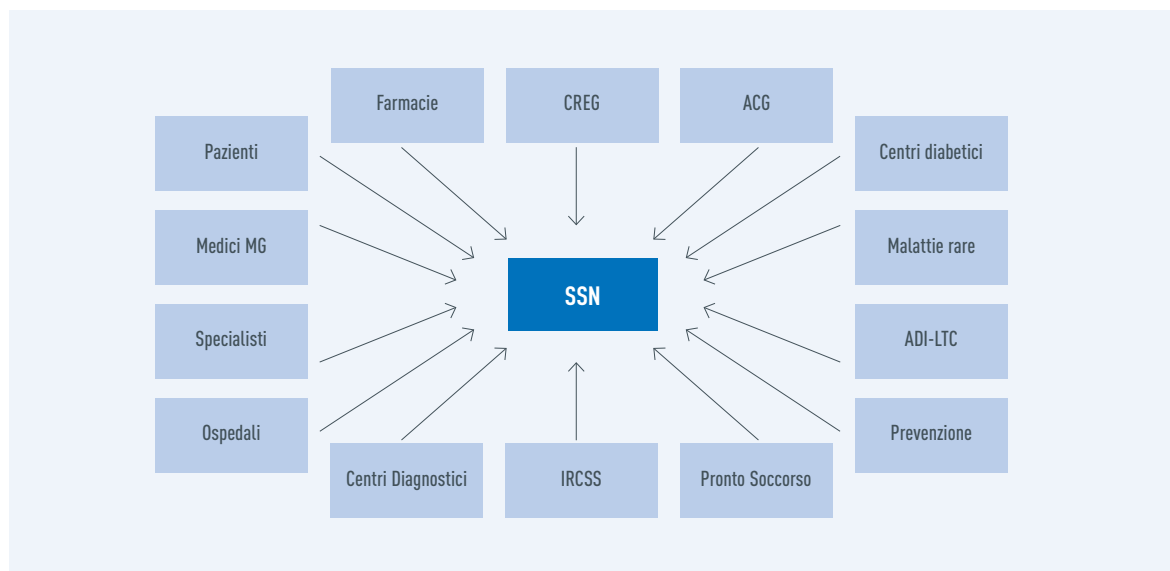
Figura 12 - L'Ecosistema del sistema sanitario



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

Graficamente il sistema veniva rappresentato come nella Figura 12, dove sono riportati gli attori/*stakeholder* che a diverso titolo hanno rapporti con il SSN, definendo così i confini dell'Ecosistema della sanità. Gli agenti che operano in questi sistemi complessi sono i cittadini, i pazienti, i medici, gli amministratori, gli educatori, gli imprenditori, i politici. Come è possibile vedere, i vari attori possono essere raccolti all'interno di una serie più ampia di "famiglie". Tra queste un'importanza rilevante è ricoperta dall'industria in varie declinazioni. Una seconda importante famiglia è quella dello Stato al di fuori del sistema sanitario, che coinvolge la politica, le agenzie di regolamentazione e la scuola. Esistono poi una serie di altri attori che a varia natura si interfacciano con il mondo della sanità pubblica.

Figura 13 - Le piattaforme del sistema sanitario



Fonte: Elaborazioni Fondazione Farmafactoring

Questi attori/*stakeholder* sono messi in comunicazione tra loro e tra i sistemi complessi attraverso le piattaforme su cui operano e interagiscono. Nella Figura 13 sono rappresentate alcune delle più importanti piattaforme attraverso cui il SSN interagisce con il resto dell'Ecosistema ed eroga e produce beni e servizi. Per ognuna di queste piattaforme esiste una

struttura di relazioni con i vari attori/*stakeholder* riportati nella Figura 12, che la rende unica in termini di azioni e di risposte che il SSN deve dare per migliorare la qualità dei servizi offerti. Non avere chiaro in che modo queste piattaforme si interfacciano con i vari attori e come siano eventualmente soggette a pressioni determinate da conflitti di interesse (positivi o negativi) vuol dire non riuscire a mettere in atto politiche efficaci.

Nelle pagine che seguono dopo aver rappresentato i principali cambiamenti nel quadro macroeconomico a livello nazionale ed internazionale a seguito della pandemia vengono messi in rilievo quali sono i settori che maggiormente sono stati impattati e in che modo tali settori hanno inciso sulle relazioni con il sistema sanitario nazionale.

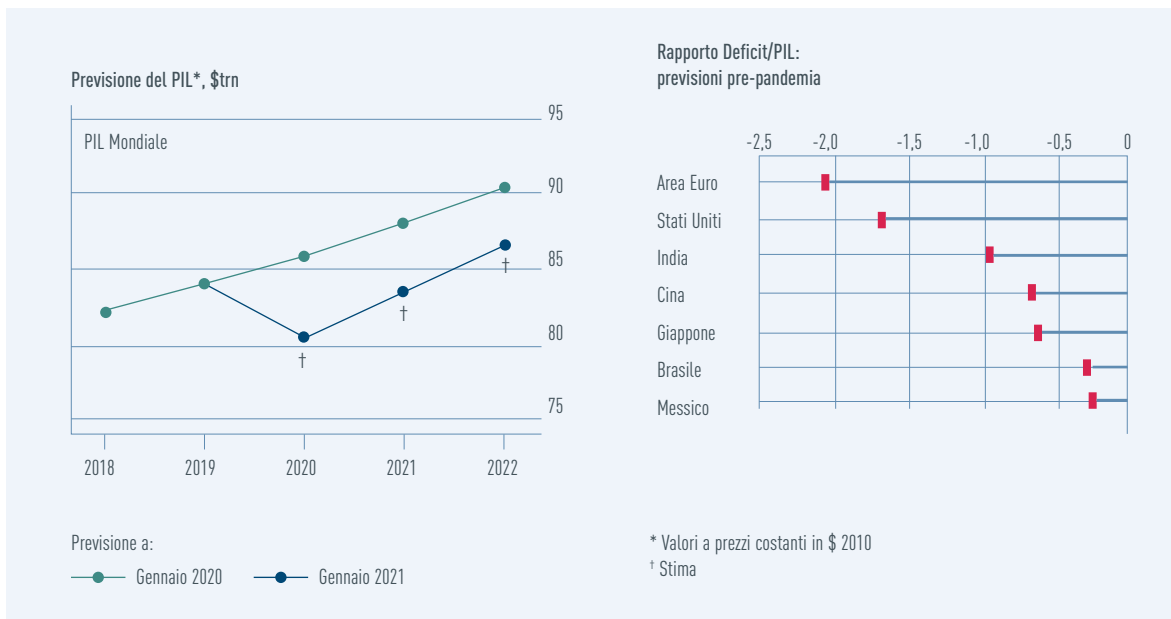
10.1 Il quadro macro-economico. Cosa è accaduto in questi mesi?

Come recentemente scritto anche in un articolo sull'*Economist*, il bilancio economico della pandemia da COVID-19 è incalcolabile. Secondo rapporto semestrale *Global Economic Prospects* pubblicato a inizio 2021 dalla Banca Mondiale (World Bank, 2021). L'economia mondiale si è probabilmente ridotta del 4,3% nel 2020, una battuta d'arresto pari solo a quelle causate dalla Grande Depressione del 1929 e dalle due guerre mondiali. Ma questa cifra, seppur drammatica, non rappresenta il reale costo della pandemia in quanto è ottenuta partendo da dove si trovava l'economia mondiale prima della pandemia, non da dove sarebbe stata se il virus non si fosse diffuso (Figura 14). Utilizzando le proiezioni della Banca Mondiale pubblicate a gennaio del 2020, quando nulla si sapeva della pandemia, si prevedeva che il PIL globale aumentasse del 2,5% nel 2020 a un valore prossimo agli 86 trilioni di dollari. Rispetto a questa cifra, il calo del PIL globale lo scorso anno è stato probabilmente più del 6,6%. Ciò equivale a circa 5,6 trilioni di dollari, calcolati ai tassi di cambio di mercato e ai prezzi prevalenti nel 2010 (quindi valori reali). Per il 2021 l'economia mondiale dovrebbe crescere in modo insolitamente vivace, secondo i progetti della banca, aiutata dall'introduzione dei vaccini. Ma anche se questa aspettativa viene soddisfatta e non si intromettono ulteriori calamità, il livello di produzione nel 2021 rimarrà del 5,3% al di sotto delle proiezioni pre-pandemiche della banca: un ulteriore deficit di quasi 4,7 trilioni di dollari (Figura 14). Sommando questi due valori si vede che il costo complessivo della pandemia ammonterà a circa 10,3 trilioni di dollari di produzione mancata. Convertiti nei valori correnti tale somma sarebbe sufficiente per acquistare le dieci più grandi società quotate al mondo, tra cui Amazon, Apple e Saudi Aramco o, in alternativa, nove volte l'intera proprietà immobiliare di New York.

Da un punto di vista geografico oltre il 20% di tali costi (oltre 2 trilioni di dollari) saranno sostenuti dall'area dell'euro. L'America supporterà circa 1,7 trilioni di dollari. Tra i paesi in via di sviluppo, l'India dovrebbe subire la più grande perdita in termini di dollari: circa 950 miliardi (anche se le previsioni della banca per la crescita dell'India nel 2021 sembrano eccessivamente

pessimistiche). Sebbene l'economia cinese sia molto più grande di quella indiana, subirà un minore deficit del PIL di circa 680 miliardi.

Figura 14 - I costi economici della COVID-19



Fonte: *The Economist*, 2021

Secondo l' Economist, anche questi numeri colossali sottovalutano il reale costo: “Il danno economico, dopotutto, non si limiterà a quest'anno e allo scorso. La Banca Mondiale prevede che il PIL globale nel 2022 rimarrà del 4,4% al di sotto delle sue previsioni pre-pandemiche. Teme danni duraturi agli investimenti, al capitale umano e, quindi, al potenziale di crescita dell'economia mondiale. Preoccupa anche che il debito che i governi e le aziende hanno emesso per aiutarli a resistere alla pandemia possa danneggiare la crescita in futuro” (The Economist, 2021).

Un'epidemia come quella del COVID-19 può influenzare il sistema produttivo attraverso diversi canali:

1. influenzando direttamente la produzione;
2. creando perturbazioni nelle catene di approvvigionamento e nei mercati;
3. influenzando la domanda;
4. avendo un impatto finanziario sulle imprese e sui mercati finanziari.

Ciò rende questa crisi unica. Negli anni passati si sono succedute crisi causate da *shock* che colpivano singolarmente i canali citati. Si pensi all'evento dell'11 settembre che causò uno *shock* della domanda, oppure alle due crisi petrolifere del '71 e '74 che causarono uno *shock* di offerta o ai più recenti eventi del 2008 che costituiscono uno *shock* finanziario. L'attuale situazione promette di consegnare quanto sopra tutto in un unico pacchetto.

Come chiaramente scritto da Ed Yong su The Atlantic, la combinazione di questi tre *shock* è evidente.²⁵ Lo *shock* della domanda si determina quando si arrestano i consumi poiché intere popolazioni entrano in quarantena. Negli USA le stime parlano di un forte calo del 4,3% del PIL (IMF_2020). Ovviamente, ci sono settori maggiormente colpiti quali turismo, ospitalità e viaggi (i prezzi delle azioni delle compagnie aeree si sono già ridotti del 50 per cento). Quella stessa popolazione che entra in quarantena e che non consuma è anche la stessa che non si presenta sui posti di lavoro generando così lo *shock* di offerta. Inoltre, mentre è noto che le catene di approvvigionamento sono lunghe e complesse (si pensi che Toyota ha oltre 2.000 fornitori a vari livelli), non risultano altrettanto chiari i potenziali punti di strozzamento nella mappatura di tali catene. Infine, basta vedere tutti gli interventi delle principali banche centrali per capire che già ci sono segni di una crisi di liquidità. Le piccole e medie imprese non sono o non saranno in grado di sopravvivere alla compressione dei flussi di cassa per troppo tempo prima di essere inadempienti o dover riprogrammare i prestiti bancari. Per l'Italia questo aspetto è stato affrontato da Romano e Schivardi in due articoli su Lavoce.info.²⁶

Inoltre, è importante cogliere la rapidità incredibile con cui questi *shock* agiscono sul sistema economico, con effetti visibili a distanza di poche settimane. Bisogna anche considerare i *trade-off* tra costi sanitari e costi economici, dove le misure di *lockdown* non sono neutrali rispetto alla "magnitudo" degli *shock* e, soprattutto, la loro durata è inversamente proporzionale alla dimensione dei costi sociali. È chiaro che quanto più severe sono le misure di contenimento sociale tanto minore potrà essere il numero di contagiati e morti, ma tanto

25. L'articolo completo è consultabile al seguente link <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/03/how-will-coronavirus-end/608719/>

26. I due articoli sono consultabili ai seguenti link <https://www.lavoce.info/archives/64545/come-evitare-il-contagio-finanziario/> e <https://www.lavoce.info/archives/65428/decreto-liquidita-tutto-dipende-dalla-velocita-di-attuazione/>

più importante diventa lo *shock* in termini di domanda e offerta. È anche vero, però, che se non si interviene con misure di contenimento nei momenti dell'espansione del virus il numero di contagiati e morti potrebbe essere così elevato da creare cambiamenti strutturali importanti nel sistema economico (con *shock* sia di domanda che di offerta). Non vanno poi dimenticati i costi indiretti (o sociali) che devono essere valutati e che dipendono dalla lunghezza delle misure di contenimento. Probabilmente, molti di questi costi non si vedranno nell'immediato come quelli puramente economici, ma saranno comunque aggiunti al conto finale.

L'esistenza di situazioni di *trade-off* è stata una delle difficoltà maggiori con cui i *policy maker* hanno dovuto confrontarsi e continueranno a confrontarsi fin tanto che la pandemia non sarà terminata. Più a lungo sarà mantenuto il distanziamento sociale, più efficace sarà il contenimento dell'epidemia; al contempo, alcuni esercizi produttivi e commerciali quali hotel, agenzie di viaggio, ristoranti e bar, compagnie aeree e tante piccole imprese legate, ad esempio, ai servizi alle persone o alla cultura e al divertimento rischiano di fallire. In molti casi le diseguaglianze aumentano e continueranno ad aumentare: le persone a basso reddito e con contratti poco tutelati saranno le più colpite da misure di distanziamento sociale e potrebbero vedere le proprie condizioni di salute peggiorare. Ma c'è un altro importante aspetto da non sottovalutare: la salute mentale. Le persone che hanno attraversato lunghi periodi di quarantena porteranno le cicatrici della loro esperienza. In un momento di profonda paura e incertezza, gli individui vengono tagliati fuori dal contatto umano rilassante. I pazienti con ansia o disturbo ossessivo-compulsivo vivono momenti difficili (insieme a chi sta loro vicino). Alle persone anziane, già escluse da gran parte della vita pubblica, viene chiesto di allontanarsi ulteriormente, aumentando confinamento e solitudine. Gli episodi di violenza domestica e di abusi sui minori sono aumentati in quanto le persone sono state costrette a rimanere confinate in case non sicure. I bambini, per lo più risparmiati dal virus, possono subire un trauma mentale che potrebbe incidere anche nell'età adulta. Infine, non va dimenticato il problema legato a maggiori probabilità di sperimentare esaurimenti e stress post-traumatici (*burnout*), specialmente nella categoria dei professionisti sanitari.

Nei prossimi mesi con alta probabilità potrà ripetersi quello che è già accaduto nella prima fase del *lockdown*: il costo reale della pandemia è stato sostenuto principalmente dai più poveri, dai più deboli o da coloro i quali hanno più difficoltà ad accedere alle cure sanitarie o che vivono in aree più soggette a malattie (ciò ancor più vero in Paesi senza sistemi sanitari universalistici). Molti dei lavoratori autonomi (le partite IVA) vedono il loro lavoro diventare più precario. Infine, gli immigrati, i rifugiati, le persone prive di documenti e gli ex detenuti devono affrontare un ostacolo ulteriore per riuscire ad ottenere un punto d'appoggio nella società. Tutti questi individui, inoltre, sono anche più frequentemente esclusi da luoghi e opportunità aperte invece a tutti gli altri.

Queste considerazioni dovrebbero far capire che il primo e il secondo episodio della quarantena universale hanno imposto costi elevatissimi all'economia, alle comunità e alla salute mentale e fisica degli individui. Esiste un chiaro *trade-off* tra i benefici di breve periodo e i costi di lungo periodo, e nel mezzo ci sono le decisioni dei *policy makers* per gestire in modo ottimale le successive fasi della pandemia. Compiere la scelta migliore non sarà semplice, soprattutto perché mancano ancora molte informazioni.

10.2 La situazione in Italia

Quella del PIL italiano è, ad oggi, una realtà molto dura. Agli inizi di settembre 2020, il Governatore della Banca d'Italia Ignazio Visco ha annunciato che il reddito nazionale è tornato a livelli osservati all'inizio del 1993, un salto indietro che garantisce all'Italia un triste primato tra le economie avanzate. In termini pro capite, il PIL è sceso ai valori registrati alla fine degli anni '80. Il risultato così grave è dovuto non solo alla pandemia ma anche al fatto che dagli anni Novanta la crescita dell'Italia è stata debole. Infatti, se la riduzione del 13% rispetto al trimestre precedente è un risultato raggiunto anche da altri Paesi (17% rispetto allo stesso trimestre dell'anno precedente), la situazione pre-COVID registrata altrove era significativamente più robusta. Da più di due decenni la crescita italiana è la più bassa dei Paesi UE a causa di vecchi problemi strutturali che da tempo frenano il Paese, tra cui la pressione fiscale, gli squilibri generazionali nelle garanzie statali, la complessità burocratica dell'amministrazione pubblica, i mancati investimenti nell'istruzione e ricerca. Inoltre, l'arrivo della pandemia è stato particolarmente pesante per l'Italia, sia in termini di tempistica, sia per la mortalità registrata. La combinazione di entrambi i fattori ha reso il *lockdown* relativamente più duraturo nel caso italiano, appesantendo ulteriormente l'economia.

La risposta politica alla crisi, considerando tutte le attenuanti, è stata molto lenta. L'attuazione delle misure introdotte, specialmente nelle prime fasi della pandemia, è stata eccessivamente macchinosa, spesso causando pesanti ritardi nell'arrivo della liquidità ai lavoratori e alle imprese. La cassa integrazione in deroga, le indennità, le garanzie dello Stato per le aziende intermedie dalle banche, hanno tutte tardato ad arrivare, mettendo in grande difficoltà economica svariate fasce della popolazione italiana. La sintesi e l'analisi delle misure economiche introdotte in Italia e raccolte da Oxford Economics, evidenzia come le risorse movimentate nel Paese siano particolarmente ampie rispetto a Germania, Francia o Spagna, sia in termini di liquidità concessa alle imprese, che di cancellazione delle imposte e di stimolo fiscale addizionale. La differenza in negativo riguarda invece la lentezza nella erogazione, dove rispetto ai 7, 11 e 9 giorni passati tra l'annuncio del primo provvedimento e i primi 100 casi di coronavirus in Germania, Francia e Spagna, in Italia ne sono trascorsi 22.

Nel Rapporto Annuale 2020 di ISTAT è possibile leggere che durante la fase del *lockdown* il 45% delle imprese ha sospeso l'attività e oltre il 70% ha dichiarato una riduzione del fatturato rispetto allo stesso periodo del 2019. L'indice di produzione industriale è sceso di oltre il 42% rispetto a un anno prima mentre per quello delle costruzioni il calo tendenziale è stato pari a circa il 68%. L'ISTAT riporta anche una sostanziale riduzione delle esportazioni del 30% nel secondo bimestre del 2020 rispetto allo stesso periodo nel 2019.

Nel tentativo di superare l'emergenza del coronavirus, sono state approvate diverse misure di sostegno volte al:

1. rafforzamento del sistema sanitario nazionale, della Protezione Civile e delle forze di sicurezza;
2. sostegno ai lavoratori e garanzie contro la perdita del posto di lavoro;
3. garanzie e potenziamento della liquidità delle imprese (ad esempio, attraverso una maggiore accessibilità al Fondo di garanzia per le PMI e il sostegno alla liquidità per le imprese, comprese le società a media capitalizzazione, colpite dall'emergenza epidemiologica);
4. approvazione delle misure fiscali a sostegno diretto delle imprese (ad esempio, risconti fiscali e crediti d'imposta).

Nella prima fase, il sostegno si è concentrato su misure volte a rafforzare i settori della sanità pubblica e alla sospensione dei pagamenti delle tasse e dei contributi nelle aree del Paese soggette a *lockdown* totale. Nella seconda fase sono state introdotte ulteriori misure, volte ad affrontare le conseguenze economiche e sociali dell'emergenza sostenendo l'economia, preservando livelli occupazionali e redditi e rafforzando le imprese.

10.3 L'impatto sugli *stakeholder* della salute

Una crisi così intensa e lunga, con effetti così vasti e importanti ha necessariamente avuto ripercussioni sull'intera struttura delle relazioni che coinvolgono il sistema sanitario. In alcuni casi gli effetti hanno inciso direttamente nei rapporti con gli *stakeholder*, mentre in altri casi hanno inciso nel determinare cambiamenti e riorganizzazioni nelle "piattaforme".

Relativamente al rapporto con gli *stakeholder*, il primo effetto importante generato dalla pandemia è stato quello dell'interruzione di molte catene globali del valore che hanno per la prima volta messo in evidenza il potenziale ruolo devastante della specializzazione delle produzioni, che se da un lato incidono positivamente sulla produttività, dall'altro creano dipendenze importanti che mettono a rischio il corretto funzionamento del settore. Ciò è quanto accaduto nei primissimi giorni della pandemia quando i sistemi sanitari sono stati sovraccaricati

dall'impennata della domanda di diagnostica e cura. In quei mesi i sistemi sanitari hanno dovuto confrontarsi con la gestione del *procurement* per garantire a tutti i cittadini, materiali e cure appropriate. I rapporti con l'industria dei dispositivi sanitari ha assunto contorni sconosciuti fino a solo poche settimane prima. In molti paesi gli operatori sanitari sono stati lasciati senza adeguati supporti di prevenzione delle infezioni, cosa che ha causato l'aumento dei contagi e dei decessi tra gli operatori sanitari e, in molti casi, ha dato luogo alla strage di anziani nelle RSA.

Tra i principali beni necessari che sono venuti a mancare ci sono state le attrezzature protettive come maschere, schermi per il viso e disinfettanti per le mani, ma anche dispositivi chiave come ventilatori per il trattamento di pazienti con gravi sintomi respiratori e farmaci essenziali. A fronte di queste carenze sono state messe in piedi diverse azioni che hanno riguardato anche il sistema della regolamentazione e quello degli incentivi di Stato. I paesi hanno intrapreso azioni legali per prevenire il contrabbando delle attrezzature necessarie in modo che le scorte potessero rimanere disponibili per gli operatori sanitari. In Francia il governo ha stabilito controlli sui prezzi dei disinfettanti per le mani e ha requisito tutte le scorte di maschere per il viso e la produzione nei prossimi mesi. In Giappone è stata vietata la rivendita di maschere per garantirne la disponibilità nelle strutture sanitarie e di assistenza a lungo termine e sono stati forniti sussidi alle aziende per produrre più maschere. Alcuni produttori di automobili hanno annunciato un intenso sforzo per produrre un nuovo ventilatore medicale per soddisfare la domanda in aumento. Nel caso dei medicinali, la produzione di principi attivi (le materie prime chimiche necessarie per produrre medicinali) è fortemente concentrata in Cina e, in misura minore, in India. Una delle principali lezioni su questo fronte è sicuramente stata che questa crisi può anche essere considerata come un'opportunità per i governi di riconsiderare la loro dipendenza da determinati paesi per la loro fornitura di farmaci e decidere di rendere più sostenibile la produzione nazionale/regionale di farmaci.

Altri *stakeholder* fortemente colpiti nelle relazioni con SSN sono stati quello della politica, quello del mercato del lavoro e quello della regolamentazione. Tralasciando di parlare del sistema della politica, di cui si è detto molto nel capitolo sulle responsabilità della catena di comando, qui di seguito ci si concentra sui rimanenti due.

Uno dei fattori per i quali a distanza di oltre un anno è necessario ancora confrontarsi è quello della carenza di personale sanitario specializzato. I sistemi sanitari di tutto il mondo hanno cercato vari modi per aumentare il numero di personale disponibile e per utilizzare nel modo migliore il loro lavoro. Questo fenomeno è stato più avvertito in quei Paesi in cui, a causa di politiche di contenimento dei costi, il personale sanitario era già al limite per mantenere un adeguato livello qualitativo del servizio. Paesi che spendono molto per la salute, come Norvegia, Svizzera e Germania, hanno un numero relativamente elevato di medici e infermieri e hanno

risentito meno del fenomeno, potendo fornire una maggiore capacità di rispondere all'epidemia di COVID-19. Nei Paesi in cui la spesa per la salute è più bassa (in media) questo problema è stato maggiormente avvertito. La forza lavoro esistente in questi paesi è stata sovra-utilizzata nel tentativo di affrontare la domanda aggiuntiva di assistenza derivante dall'epidemia. Indipendentemente dal livello di forza lavoro disponibile, in tutti i Paesi c'è stata una corsa a rinforzare la forza lavoro esistente. Diversi paesi hanno cercato di mobilitare professionisti sanitari inattivi e in pensione, suscitando non poche preoccupazioni visto il rischio di maggiori livelli di mortalità data l'età. L'altro serbatoio da cui si è attinto molto è quello degli studenti in programmi di istruzione medica, infermieristica e altri programmi di istruzione sanitaria prossimi alla fine dei loro studi per fornire servizi ai pazienti o per aiutare a rispondere alle preoccupazioni del pubblico attraverso linee telefoniche. Questi eventi hanno sicuramente modificato la modalità con la quale il SSN si interfacerà d'ora in avanti con quel particolare settore del mercato del lavoro. In particolare, ciò che dovrà essere valutato in futuro è che nella pianificazione della forza lavoro sanitaria deve essere considerata la probabilità e la fattibilità di prepararsi per scenari oltre il picco di domanda annuale attuale o previsto. La pianificazione di un "esercito di riserva" di operatori sanitari, che è stata introdotta in diversi paesi dopo epidemie precedenti, si sono dimostrate molto utili per fornire ulteriore supporto alla forza lavoro regolare e consente una gestione più flessibile delle risorse umane nelle regioni. Altro aspetto importante da valutare è che in condizioni simili deve essere valutata meglio la possibilità di cambiare i ruoli tradizionali di diversi fornitori di assistenza sanitaria ed espandere i ruoli di alcuni fornitori come infermieri e farmacisti, in modo che possano assumere alcuni dei compiti dei medici e quindi consentire loro di dedicare il loro tempo in modo più efficace ai casi più complessi.

Sul fronte della regolamentazione la pandemia ha portato non poche innovazioni. Basti pensare alle procedure di regolazione per la produzione e la distribuzione dei prodotti sanitari utilizzati durante l'epidemia e alle procedure di autorizzazione di cure farmacologiche e dei vaccini. Molti di questi cambiamenti sono avvenuti soprattutto a livello europeo, con i singoli Paesi che hanno poi recepito tali cambiamenti nella legislazione nazionale. Tra gli esempi più importanti vale la pena di ricordare la risposta a favore del settore bio-medicale grazie all'allentamento di alcuni oneri normativi sulle aziende sanitarie e l'accelerazione dell'accesso al mercato per prodotti importanti. Molte di queste agevolazioni normative, come il rinvio del regolamento sui dispositivi medici, sono provvisorie. Tuttavia, a medio termine, è chiaro che potrebbero esserci ulteriori cambiamenti in arrivo. I governi e le autorità di regolamentazione stanno esaminando attentamente la regolamentazione sanitaria, cercando di affrontare le debolezze rivelate dall'attuale pandemia, comprese le dipendenze da paesi terzi e la sicurezza dell'approvvigionamento. In base a queste regole, il sostegno degli Stati membri ai progetti rilevanti per la COVID-19 è privilegiato consentendo l'accesso a finanziamenti pubblici per la ricerca, la sperimentazione e l'*upscaling* delle infrastrutture e della produzione rilevanti per

COVID-19. La collaborazione transfrontaliera è premiata con una maggiore intensità degli aiuti. Inoltre, gli Stati membri possono sostenere progetti specifici e anche istituire programmi di sostegno specifici, ciascuno dei quali deve essere approvato dalla Commissione ai sensi della legislazione sugli aiuti di Stato. Gli aiuti che soddisfano i criteri stabiliti sono generalmente approvati dalla Commissione entro breve tempo. Infine, la Commissione europea e altre autorità di regolamentazione hanno revocato i requisiti normativi al fine di accelerare l'autorizzazione all'immissione in commercio per determinati prodotti. Gli organismi di valutazione della conformità dovrebbero, se possibile, dare la priorità e accelerare i test dei prodotti pertinenti al contrasto della COVID-19 e dei dispositivi di protezione individuale.

Anche sul fronte delle piattaforme sono tanti i cambiamenti che sono intervenuti. Le piattaforme più colpite sono ovviamente quelle degli ospedali, degli specialisti e delle cure del territorio. Il primo settore ad essere colpito è stato quello degli ospedali, che si sono rivelati completamente inadatti a gestire problemi legati alle malattie infettive. La carenza di posti disponibili (acuti e terapia intensiva) e l'isolamento dei percorsi sono stati i problemi principali che si sono dovuti affrontare. Ripensare gli ospedali e ridisegnarli per aumentare gli spazi per diagnosticare le persone in modo sicuro ed efficiente, per isolare i casi sospetti e confermati e per curare i pazienti in ospedale o a casa loro è stata una delle attività più importanti svolte e che segnerà in modo permanente la relazione che il SSN e i vari *stakeholder* hanno attraverso questa piattaforma. *In primis*, cambierà il modo con il quale gli ospedali dovranno imparare a essere resilienti per rispondere a situazioni emergenziali come quella che si sta vivendo in questi mesi. L'assistenza per acuti è una categoria ampia che tipicamente comprende unità che forniscono non solo cure intensive, ma anche specialità chirurgiche e mediche, servizi ginecologici e ostetrici e alcune cure psichiatriche. Mentre alcuni dei letti e altre risorse in queste altre unità ospedaliere possono essere temporaneamente convertiti in unità di terapia intensiva flessibili, non è pensabile che un intero ospedale debba essere dedicato unicamente all'emergenza trascurando il resto delle cure. Date le caratteristiche del trattamento richiesto per i pazienti affetti da COVID-19 più gravi, i colli di bottiglia più importanti nella capacità ospedaliera si sono verificati nei posti letto di terapia intensiva. Le modalità con le quali il SSN riuscirà a collaborare con i suoi *stakeholder* su questa piattaforma decideranno di quanto efficaci saranno le risposte prese dai governi riguardano come aumentare o ottimizzare rapidamente l'uso della capacità esistente e come ridurre la necessità di utilizzare il pronto soccorso o le strutture ospedaliere, e contemporaneamente riuscire a organizzarsi per ridurre al minimo la necessità per l'utilizzo di pronto soccorso o ospedali in genere. A tal fine, l'ECDC ha messo insieme una lista di controllo per aiutare gli ospedali a prepararsi a ricevere e curare i pazienti con coronavirus (ECDC, 2020).

Il cambio di prospettiva sul funzionamento della piattaforma degli ospedali imposto dalla crisi da COVID-19 sta nel fatto che, a lungo termine, la disponibilità di capacità inutilizzate in

ecceso rappresenterebbe sicuramente un fattore positivo e necessario visto il crescente carico di malattie non trasmissibili, l'invecchiamento della popolazione, le maggiori aspettative dei cittadini e i costi associati allo sviluppo tecnologico. Tuttavia, la crisi COVID-19 dimostra la necessità di flessibilità e adattabilità nell'uso delle risorse esistenti, nonché la pianificazione per rispondere all'impennata della domanda. Nel complesso, quindi, l'insegnamento principale della crisi attuale è che, in futuro, la piattaforma degli ospedali dovrà essere in grado di essere maggiormente resiliente riuscendo ad adattare i vari input di produzione - personale, beni intermedi e spazio. Sarà compito dei sistemi sanitari facilitare questo cambiamento interagendo con i suoi principali *stakeholder*.

Un'altra piattaforma che a causa della crisi andrà totalmente rivista nella sua struttura e gestione è quella della medicina del territorio. A livello internazionale il ruolo dei medici di medicina generale è stato fin troppo sottovalutato durante questa crisi e, dove ciò non è avvenuto, la struttura delle relazioni tra le diverse piattaforme (in particolare tra medicina generale e ospedale) non ha permesso di realizzare una serie di importanti esternalità positive. Una delle ragioni principali è da ritrovarsi nella difficoltà di comunicazione con altri servizi locali e nella mancanza di coordinamento tra i vari servizi sanitari. Inoltre, la mancanza di risorse (es. DPI, tamponi) e di linee guida e protocolli specifici ha influito negativamente sull'erogazione delle cure. Dal punto di vista dell'organizzazione della piattaforma, nei mesi passati si è comunque assistito a cambiamenti nella gestione della pratica e nelle strategie di consultazione. Ad esempio, c'è stato un importante passaggio al *triage* telefonico e ai consulti, sia per i problemi legati alla COVID-19 che per quelli non COVID-19. Secondo una ricerca effettuata attraverso interviste su un gruppo di medici italiani da Kurotschka et al. (2021), le tecnologie digitali adottate per le consultazioni a distanza dei pazienti sono state viste come strumenti utili per la pratica quotidiana che aiutano i medici di base a rimanere emotivamente connessi con i loro pazienti. Inoltre, ha avuto un impatto positivo il miglioramento del rapporto MMG-paziente in termini di solidarietà tra pazienti e medici e rispetto delle regole. Infine, molti intervistati hanno affrontato l'importanza della collaborazione professionale e del lavoro di squadra, in termini sia di supporto nelle questioni pratiche (per trovare DPI, diagnostica e linee guida) che di supporto emotivo. Rimane il fatto che la comunicazione e il coordinamento tra i servizi sono essenziali e dovrebbero essere sostanzialmente migliorati, e la ricerca sulle cure primarie dovrebbe essere avviata per raccogliere le evidenze specifiche del contesto necessarie per migliorare la preparazione del sistema alle emergenze di salute pubblica e la qualità dei servizi di assistenza primaria.

Le Aziende Sanitarie e la pandemia: approcci di Crisis Management

Parte

2

“Ciascuno può giocare un ruolo attivo nel promuovere la salute all'interno dell'ambiente lavorativo, nei gruppi professionali, nelle comunità. Istruzione, cultura, lavoro, ambiente, socialità, tutte condizioni che permettono di fare scelte in libertà, dando a ciascuno il diritto del controllo sulla propria vita”

1. Introduzione¹

“La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto”,
M. Marmot, Il Pensiero Scientifico Editore 2016)

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un impegnativo *stress test* per i sistemi sanitari di tutto il mondo. Obiettivo di questa parte del Rapporto è di analizzare in che modo la pandemia abbia influito sul *management* delle aziende sanitarie e di come, attraverso strumenti e processi di *management*, le aziende sanitarie pubbliche abbiano modificato il loro sistema di offerta.

La gestione delle crisi è un argomento relativamente recente nella letteratura di public management, con una crescente attenzione alla gestione disfunzionale di eventi (tipicamente ambientali) catastrofici da parte di enti pubblici (ad esempio, Hart (2013) sulla gestione da parte del Comune di New Orleans dell'uragano Katrina). Come già discusso in precedenza, la capacità delle istituzioni pubbliche di gestire le crisi sembra migliorare con la presenza di: *i*) reti interistituzionali fluide (piuttosto che burocrazie tradizionali o risposte monoistituzionali); *ii*) una “network's working culture” in cui ruoli e comportamenti, sistemi di comunicazione e di coordinamento dei membri siano chiari e regolamentati; *iii*) una forte catena di comando insieme a flessibilità nell'individuazione di risposte specifiche (ad es. Cooper, 2015; Meehan, 2007; Robinson et al. 2013). La letteratura su questo tema dimostra un certo grado di eterogeneità, in particolare per quanto riguarda la concettualizzazione della crisi, gli approcci teorici adottati, i metodi di ricerca e le variabili studiate dagli studiosi. Questa eterogeneità sembra essere influenzata soprattutto dal fatto che l'approccio con cui si sono studiate le crisi che coinvolgono le pubbliche amministrazioni non sia di *public management*. La revisione della letteratura mostra inoltre la necessità di ulteriori ricerche per esplorare aspetti della gestione delle crisi che oggi sono sotto investigati quali la fase di rilevazione dei primi segnali di crisi, la fase di prevenzione e preparazione delle risposte e la fase di apprendimento (si citano, a titolo di esempio, Noordegraaf e Newman, 2011 e Avery et al. 2010, 2016).

Il punto di partenza del contributo del CERGAS deriva dal riconoscimento di tre differenti declinazioni di management in relazione al concetto di crisi.

In primo luogo, l'epidemia da coronavirus è un chiaro esempio di *crisis management*: siamo oggettivamente di fronte a un evento *disruptive*, che ha travolto prepotentemente i sistemi sanitari di tutto il mondo e, nello specifico, il SSN e i suoi portatori di interesse interni (i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari) ed esterni (come i cittadini e i fornitori), con potenziali ricadute in termini di fiducia nei confronti del sistema stesso. Come procedere? Attraverso due strumenti di *crisis management*, uno da attivare in fase pre-crisi (*stakeholder management*) e l'altro quando la crisi si manifesta (*organizational communications*).

Per quanto riguarda il primo, allo stato attuale, le leve utilizzabili sono limitate dalla contingenza, ma possiamo riconoscere che il sistema odierno è il risultato di due tensori differenti: da un lato la costante richiesta di autonomia territoriale da parte delle Regioni più

1. Alla redazione del presente Rapporto hanno contribuito Francesca Lecci (coordinatore), Luigi M. Preti e Alberto Ricci.

ricche, dall'altro la spinta alla centralizzazione (si pensi al commissariamento delle Regioni in deficit sanitario e al referendum del 4 dicembre 2016). In effetti, il nostro Paese si è presentato all'appuntamento con il coronavirus con una vision sul SSN quanto meno "in costruzione" e con un'evidente frattura centro-periferia. In assenza di una chiara gestione degli *stakeholder ex ante, in itinere* si assiste a una complessa ricomposizione delle interdipendenze istituzionali che non facilita di certo la parte di *organizational communications*. Su quest'ultimo punto, su cui si aprono tantissimi spunti di riflessione, vale la pena sottolineare che nel nostro Paese si è scientemente o inconsapevolmente scelto di derogare al principio dello «*speak with one voice*». In realtà, quando le crisi sono particolarmente complesse, e non dubitiamo che quella del COVID-19 lo sia, parlare con una pluralità di voci, che siano in grado di risultare comprensibili ai diversi portatori di interesse, potrebbe essere una strategia vincente, purché il messaggio veicolato sia univoco e non dia adito a interpretazioni contraddittorie. In sintesi, c'è bisogno che chi ascolta percepisca l'esistenza di un unico centro di controllo, che siano state chiaramente identificate e stabilizzate le cause della crisi e che sussista una visione condivisa sul governo delle stesse.

In secondo luogo, la pandemia ha obbligato gli attori del SSN a fare *management during a crisis*, vale a dire capire come farsi carico dei pazienti dando risposte efficaci con le risorse disponibili. Quest'operazione sta passando attraverso la comprensione di quali siano i fattori produttivi scarsi da proteggere e quelli non scarsi che devono essere saturati efficacemente, per catturarne tutto il valore aggiunto possibile. Il nostro SSN nel corso degli ultimi anni ha progressivamente visto ridursi le risorse a sua disposizione. In realtà, il famoso taglio (o mancato aumento) di 37 miliardi di euro nell'ultimo decennio non è semplicemente stato un razionamento finanziario, ma si è tradotto in un progressivo impoverimento delle risorse di capacità (medici, infermieri, altro personale, tecnologie) in ambito sanitario. In media le dotazioni di personale medico e infermieristico si sono ridotte rispettivamente del 6 per cento e del 4 per cento nel corso dell'ultimo decennio a fronte di bisogni crescenti. Inoltre, più del 50 per cento dei medici in carico al SSN ha più di 55 anni e almeno il 45 per cento degli infermieri supera i 50 anni. Analogamente, si sono ridotti i posti letto di tutti i tipi, quelli ordinari e quelli di terapia intensiva, attestandosi a complessivi 3,2 posti letto per 1000 abitanti (mentre la media dell'Unione Europea è vicina ai 5 per 1000 abitanti). Il palesarsi dell'emergenza ha svincolato le risorse finanziarie, ma non le risorse di capacità, che sono difficili da reperire. Attivare nuovi letti richiede una pluralità di professionalità, ma nuove professionalità hanno bisogno di tempo per essere formate (a meno di richiamare, come è stato fatto, il personale in pensione). È chiaro, allora, che oltre alle risorse finanziarie aggiuntive, il sistema deve far affidamento su altri fattori produttivi meno scarsi: la rete territoriale, per esempio, con i suoi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, affiancati dalle strutture di cure intermedie e ambulatoriali e un ricco insieme di soggetti del terzo settore e di realtà produttive e imprenditoriali (dalla

telemedicina al settore alberghiero) in grado di rifocalizzarsi rapidamente per supportare l'emergenza. Chiaramente le risposte di sistema sono tanto più efficaci quanto più riescono a essere immediate (il tempo è, in effetti, il fattore più scarso in questi casi). Ma cosa può aver impedito o rallentato questo processo di presa in carico dei pazienti anche attraverso risorse extra-ospedaliere? La risposta, anche in questo caso, non è univoca e assume connotati differenti a seconda dei vari contesti regionali. C'è però un aspetto che accomuna tutti i Paesi coinvolti nella crisi, così come tutti i contesti territoriali nel nostro Paese: ci siamo presentati alla gestione del coronavirus con un piano di *risk management* largamente migliorabile. Di questo aspetto la diffusa assenza di una seppur minima dotazione di dispositivi di protezione individuale ne è una prova lampante.

Questo ci conduce all'ultima delle tre declinazioni di crisi proposte: la presunta *crisi del management*. Questa terza declinazione apre una riflessione più ampia su dove sia il *management* e cosa voglia dire essere *manager* e fare *management* in un settore come quello sanitario, così ricco di interconnessioni e interdipendenze e in un momento emergenziale come quello attuale. Che cosa può fare concretamente il management in momenti come questo? Il punto di partenza non può che essere la ricostruzione dello spazio manageriale effettivamente disponibile in questo momento. Il COVID-19 ha riportato prepotentemente all'attenzione di tutti la presenza nella sanità di altre logiche di azione oltre a quella manageriale: la prospettiva tecnico-razionale e la prospettiva politica. Se la prima (tipicamente di derivazione sanitaria) è chiamata a inquadrare il fenomeno e a fornire chiavi di lettura, la seconda deve elaborare la visione e costruire il *setting* delle condizioni abilitanti. Il *management* dovrebbe proporre una sintesi delle due prospettive, elaborando soluzioni rapide e rendendole concretamente attuabili. Chiaramente il lavoro dei *manager* sarà tanto più chiaro ed efficace quanto più il fenomeno sarà inquadrato adeguatamente e la visione indicata chiaramente. Questo valeva prima della crisi e vale durante la crisi. Se volgiamo lo sguardo al passato osserviamo che dal punto di vista tecnico-razionale questa emergenza era stata largamente prevista, al punto che già nel 2010 l'OMS aveva invitato i Paesi a predisporre un piano di rischio epidemiologico (da aggiornare a cadenza triennale) e a definire per tempo le linee programmatiche (la visione) e le condizioni abilitanti. Di un piano aggiornato non c'è traccia nel nostro Paese (e neppure negli altri Paesi europei). Gli effetti li osserviamo se spostiamo lo sguardo al presente. La dinamica decisionale, quanto meno quella narrata nel dibattito pubblico, pare, dunque, tutta incentrata sulla dialettica tra dimensione tecnico-razionale e dimensione politica.

2. Metodologia

In letteratura, diversi sono gli studi che indagano il livello di preparazione delle aziende sanitarie a gestire un'emergenza e i risultati mostrano spesso delle situazioni di difficoltà. Nel 2007, una ricerca di Novation, società di consulenza sanitaria, condotta nell'ambito della Veterans Health Administration e della University HealthSystem Consortium, ha raccolto l'opinione dei manager sanitari responsabili dei materiali e dei dispositivi medici necessari durante un'epidemia per determinare il livello di adeguatezza delle risorse. Seppur il 68% di loro ha dichiarato di aver dedicato risorse allo sviluppo di piani di gestione per le catastrofi legate alla pandemia, quasi l'80% afferma che, senza risorse aggiuntive derivanti dall'esterno, non sono in grado di assicurare l'attività aziendale di gestione della crisi per un periodo superiore ad una settimana. Più precisamente, il 25% afferma che il proprio ospedale è in grado di operare solo con le proprie risorse tra i quattro e i sette giorni, mentre il 54% sostiene addirittura che senza risorse esterne le attività aziendali possono essere assicurate per un periodo di tempo ridotto da uno a tre giorni.

Un altro studio del 2006, condotto sugli ospedali dell'area metropolitana di Los Angeles, in California, ha rilevato l'insufficienza di forniture mediche (come ventilatori ed antibiotici), ma anche di stanze e posti letto nell'88% dei casi (Kaji and Lewis, 2006). Questi dati sono poi stati confermati da una successiva ricerca di Rebmanner al. (2007), in cui emerge che gli ospedali statunitensi non dispongono di sufficienti reparti di terapia intensiva, operatori sanitari, apparecchiature e forniture mediche, sottolineando come questo problema sia più rilevante negli ospedali di piccole dimensioni rispetto alle grandi strutture sanitarie.

Ulteriori criticità per le aziende sanitarie in caso di pandemie riguardano: la mancanza di linee guida sull'inclusione dei membri delle famiglie degli operatori sanitari nei piani di prioritizzazione di somministrazione di farmaci e vaccini; le poche opportunità di formazione specifica legata alla gestione delle emergenze per il personale; l'assenza di piani sulle modalità e procedure lavorative durante la quarantena e l'incapacità di aumentare le forniture mediche (Rebmann et al, 2009).

In sintesi, emerge un quadro importante di decisioni e di contributi manageriali che possono essere condizionati (e condizionare) dall'andamento di una crisi pandemica.

In questo contesto, dunque, la ricerca si è posta l'obiettivo di investigare, attraverso un'analisi condotta sulle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche, le scelte operate in termini di *crisis management* e le innovazioni in termini di presa in carico dei pazienti. Quest'operazione passa attraverso la comprensione di quali siano stati i principali processi decisionali attivati e attraverso quali processi di delega organizzativa.

Nello specifico, lo studio ha richiesto l'adozione di differenti approcci metodologici:

- *desk analysis* delle normative nazionali e regionali vigenti con riferimento agli strumenti e alle logiche di *risk management*;

- realizzazione di 3 interviste con 3 direttori generali di aziende sanitarie per chiarire i potenziali strumenti di *crisis management* adottati;
- somministrazione di un questionario elettronico alle aziende sanitarie pubbliche di tutte le regioni italiane con focus specifico su definizione, implementazione e caratteristiche di strumenti di *crisis management* concretamente adottati a livello aziendale durante la prima e la seconda ondata pandemica;
- rivisitazione del questionario a seguito dell'avvento della seconda ondata. Nello specifico, la seconda ondata ha richiesto l'introduzione di quesiti volti ad indagare attraverso quali logiche differenziali le aziende stiano gestendo questa nuovo secondo picco di infetti
- *focus group* con un gruppo di apicali delle aziende sanitarie pubbliche al fine di discutere le implicazioni della terza ondata e le prospettive d'azione nel prossimo futuro.

I principali risultati del rapporto fanno riferimento alle informazioni raccolte a partire da un questionario di rilevazione diffuso online a tutte le aziende sanitarie pubbliche italiane. Alla luce del metodo prescelto, questa fase dello studio si configura come una «survey», in quanto il ricercatore attinge direttamente le informazioni presso le unità che costituiscono il suo campo d'osservazione.² Lo studio di popolazione è apparso come il metodo più adeguato a fotografare nel modo più completo possibile le caratteristiche e l'evoluzione degli strumenti di *crisis management* attivati all'interno delle aziende sanitarie.

2.1 La struttura del questionario

Il questionario è complessivamente composto da trentanove domande suddivise in quattro sezioni. Una prima sezione anagrafica consente di raccogliere, le informazioni del rispondente considerando come oggetto di osservazione l'azienda: la denominazione, la tipologia di azienda (ASL, AO, IRCCS, ecc.), la regione in cui è localizzata, il numero di posti letto ordinari e in reparti di terapia intensiva o rianimazione, il nome e il ruolo del compilatore all'interno dell'azienda. La seconda e la terza sezione sono speculari e raccolgono le informazioni relative alle azioni e agli interventi di *crisis management* messe in campo rispettivamente nella fase di massima manifestazione dell'emergenza pandemica e nella fase coincidente con il periodo di diffusione del questionario. Nello specifico, dato il periodo di diffusione e compilazione del questionario (a partire da ottobre 2020), per "fase di massima manifestazione dell'emergenza" si intendono i mesi iniziali e di più elevata criticità della

2. L'assenza dell'intervistatore consente inoltre di evitare l'interazione di questi nella conduzione dell'intervista ed eventuali errori nel riportare le risposte (Fattore, 2005). Di conseguenza i confronti tra le risposte sono facilitati dal fatto che ciascun interpellato si è trovato di fronte una stessa formulazione delle domande. Questo vantaggio può, tuttavia, essere attenuato dalla mancanza di flessibilità: la presenza di un intervistatore in alcune situazioni può permettere di ottenere una risposta altrimenti non data e di far comprendere meglio una domanda fraintesa. Appare altresì evidente che il questionario elettronico, dovendosi presentare con una chiara e semplice formulazione di domande, non permette di raccogliere alcune informazioni analitiche atte ad indagare con maggiore profondità i fenomeni: tuttavia il livello d'approfondimento ricercato è risultato compatibile con gli obiettivi della «survey».

pandemia di COVID-19 (marzo-aprile 2020). Si riferiscono quindi alla “fase attuale” i mesi che, seppur caratterizzati da una recrudescenza dell’andamento dei contagi, ricoveri e decessi, hanno inciso in modo meno drammatico sull’operatività delle aziende. La minore pervasività del contagio sull’operatività aziendale si è manifestata nonostante le ondate successive alla prima (che aveva avuto la massima e più rilevante manifestazione all’interno del territorio circoscritto di Lombardia e alcune province di Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Marche), abbiano interessato l’intero livello nazionale. Rispetto alla seconda fase, un focus particolare è dedicato alle aziende sanitarie territoriali (ASL e ASST) ed è relativo alla campagna di vaccinazione antinfluenzale.

Il presente rapporto è stato quindi realizzato a partire dalla elaborazione di statistiche descrittive sulle risposte pervenute.

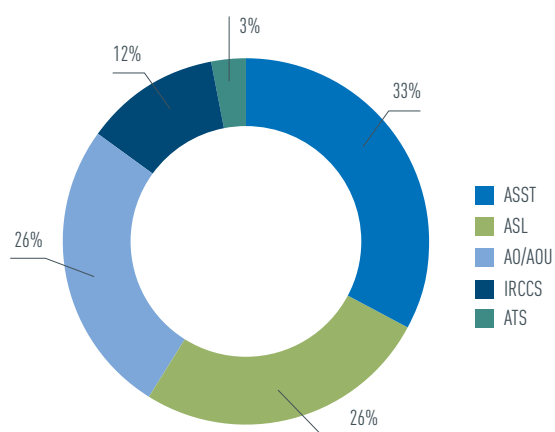
2.2 I risultati relativi alla prima ondata dei contagi

Come si può vedere dalla Tabella 1, il campione è composto da 34 aziende rispondenti (il 20% della popolazione di riferimento), delle quali 17 (50%) sono localizzate nelle regioni del nord ovest (13 soltanto in Lombardia, 3 in Piemonte e una in Valle d’Aosta), 6 (15%) in quelle del nord est (2 in Veneto e 3 in Emilia-Romagna), 5 (15%) in quelle del centro (4 in Lazio e una nelle Marche) e 7 (20%) in quelle del sud (3 in Puglia, 2 in Abruzzo e una ciascuna rispettivamente in Campania e Sicilia). Passando alla tipologia di azienda, dalla Figura 1 si vede che il campione è composto in prevalenza da ASL e ASST (che la riforma del sistema sociosanitario lombardo del 2015 ha trasformato da aziende ospedaliere in aziende sociosanitarie articolate nei due settori aziendali che sono la rete territoriale e il polo ospedaliero), che compongono il 59% del campione (20 aziende tra 9 ASL e 11 ASST lombarde); seguono le 9 Aziende Ospedaliere, Ospedaliere Universitarie e Ospedaliere integrate con l’Università (26%) e infine 4 IRCCS pubblici (12%) e una ATS lombarda (3%). Infine, nella Figura 2 viene descritta la distribuzione delle aziende per numero di posti letto. Da questa si evince che il 35% delle aziende può essere definito di grandi dimensioni, avendo una dotazione superiore a 750 posti letto ospedalieri. La stessa percentuale è di dimensioni medio-grandi (tra i 500 e i 750 posti letto), mentre il 23% è di dimensioni medio-piccole (tra i 250 e i 500 posti letto). La parte rimanente è composta da aziende (IRCCS per la totalità) di piccole dimensioni con meno di 250 posti letto. Il 19% delle aziende rispondenti ha inoltre meno di 10 posti letto in terapia intensiva, il 38% ne ha tra i 10 e i 20, il 15% tra i 20 e i 30 e infine il 27% ha una dotazione superiore ai 30 posti letto in terapia intensiva.

Tabella 1 - Distribuzione delle aziende rispondenti per regione

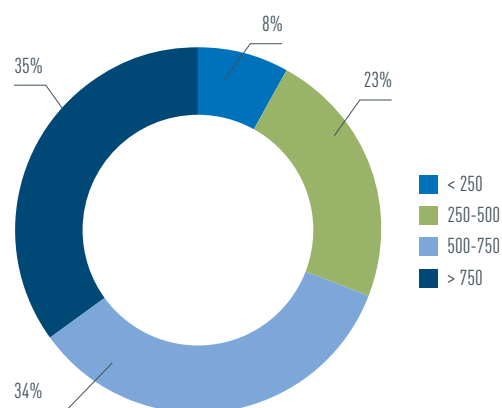
Regioni	Numero	%
Lombardia	13	38%
Lazio	4	12%
Emilia-Romagna	3	9%
Piemonte	3	9%
Puglia	3	9%
Veneto	2	6%
Abruzzo	2	6%
Campania	1	3%
Marche	1	3%
Sicilia	1	3%
Valle d'Aosta	1	3%
Totale	34	100%

Figura 1 - Distribuzione delle aziende rispondenti per tipologia



Stanti le caratteristiche del campione in termini di rappresentatività della distribuzione territoriale e del mix di tipologia di aziende sanitarie pubbliche operanti nell'ambito del SSN, non è possibile generalizzare i dati della rilevazione. Ciò nonostante, il Rapporto fornisce senza dubbio spunti significativi di riflessione e analisi sullo stato di preparazione delle aziende sanitarie, sulle modalità con le quali le direzioni strategiche hanno agito nella gestione della crisi e su quali ambiti del funzionamento aziendale ha impattato maggiormente l'operato delle regioni.

Figura 2 - Distribuzione delle aziende rispondenti per numero di posti letto ordinari



3. La risposta all'emergenza nella «prima ondata»

Come già accennato nella Parte 1, g, con la dichiarazione da parte del WHO datata 31 dicembre 2019³, veniva comunicata al mondo:

- la presenza di un focolaio di polmonite di origine incerta nella città di Wuhan, nella provincia di Hubei, nella Cina centrale;
- la conferma del primo caso riscontrato al di fuori della Cina continentale (13 gennaio) ;
- l'evidenza a supporto di trasmissione umana dell'agente patogeno (22 gennaio).

A partire da questa dichiarazione, le istituzioni deputate alla tutela della salute pubblica a tutti i livelli, da quello internazionale a quello locale, hanno iniziato a rivedere, con diversi gradi di intensità e rapidità di intervento, la capacità di risposta dei sistemi sanitari.

Dopo una serie di atti interlocutori che hanno visto coinvolti principalmente il Ministero della Salute e gli organismi internazionali nella seconda metà del mese di gennaio 2020, il governo italiano decide, tramite una delibera del Consiglio dei Ministri, di dichiarare lo "stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili".

È tuttora oggetto di controversia lo stato di aggiornamento del piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale. Il piano nazionale, realizzato nel 2006 e pensato in particolare per affrontare una pandemia di tipo influenzale come quella aviaria, particolarmente attuale in quegli anni, ha visto un radicale aggiornamento soltanto con la pubblicazione del nuovo "Piano pandemico influenzale 2021-2023" il 25 gennaio 2021, a dodici mesi esatti dall'inizio dell'emergenza. Il vecchio piano, così come il nuovo, prescriveva la realizzazione di piani operativi regionali e di una serie di azioni da mettere in campo a livello di singola ASL. Obiettivo principale di un piano di risposta ad una pandemia è quello di rafforzare la preparazione (*preparedness*) all'emergenza a livello nazionale e locale, e allo stesso scopo rispondono i piani operativi regionali e gli eventuali piani operativi aziendali.

È stato dunque chiesto alle aziende se, in primo luogo, fossero dotate di un apposito piano di contrasto alle epidemie, così come raccomandato dalle linee guida del Piano Nazionale 2016, nel periodo precedente l'inizio della crisi COVID-19 in Cina. Il 32% delle aziende intervistate risultava dotato di un piano operativo per le epidemie ben prima dell'inizio dell'emergenza. Poiché i piani operativi aziendali derivano, quando previsti, da quelli regionali, non sorprende la polarizzazione delle risposte tra regioni. Infatti, ha risposto positivamente la totalità delle aziende localizzate in Emilia-Romagna e Puglia, il 50% di quelle localizzate in Lazio e il 23% di quelle operanti in Lombardia (una ATS e due ASST). Per tutte le aziende di tutte le altre regioni, invece, sono state registrate risposte negative. Hanno dichiarato di essere dotate di

3. Da "Archived: WHO Timeline - COVID-19" - <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---COVID-19>

un piano operativo il 33% delle ASL e, sorprendentemente, il 44% delle AO/AOU, mentre, come era lecito attendersi, soltanto uno dei cinque IRCCS ha dichiarato di avere un piano operativo per le epidemie (Tabella 2). Le aspettative sulla tipologia di aziende più propensa ad essere dotate di piani operativi in risposta all'epidemia derivano dal ruolo che le ASL ricoprono all'interno di un territorio come principale istituzione deputata alla tutela della salute pubblica e dagli assetti organizzativi che attribuiscono per legge alle ASL una intera struttura dedicata, i Dipartimenti di Prevenzione, di cui sono invece sprovvisti le AO/AOU e gli IRCCS. Discorso a parte andrebbe invece fatto per il sistema sociosanitario lombardo, all'interno del quale la funzione di tutela della salute pubblica, e quindi le relative funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, è demandata alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e non alle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST), deputate invece all'erogazione dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale.

Tabella 2 - Distribuzione delle aziende rispondenti per regione

Piano operativo aziendale di risposta alle epidemie	Numero (Si)	%
Abruzzo	0	0%
Campania	0	0%
Emilia-Romagna	3	100%
Lazio	2	50%
Lombardia	3	23%
Marche	0	0%
Piemonte	0	0%
Puglia	3	100%
Sicilia	0	0%
Valle d'Aosta	0	0%
Veneto	0	0%
ASL	3	33%
AO/AOU	4	44%
IRCCS	1	25%
ASST	2	18%
ATS	1	100%
Totale	11	32%

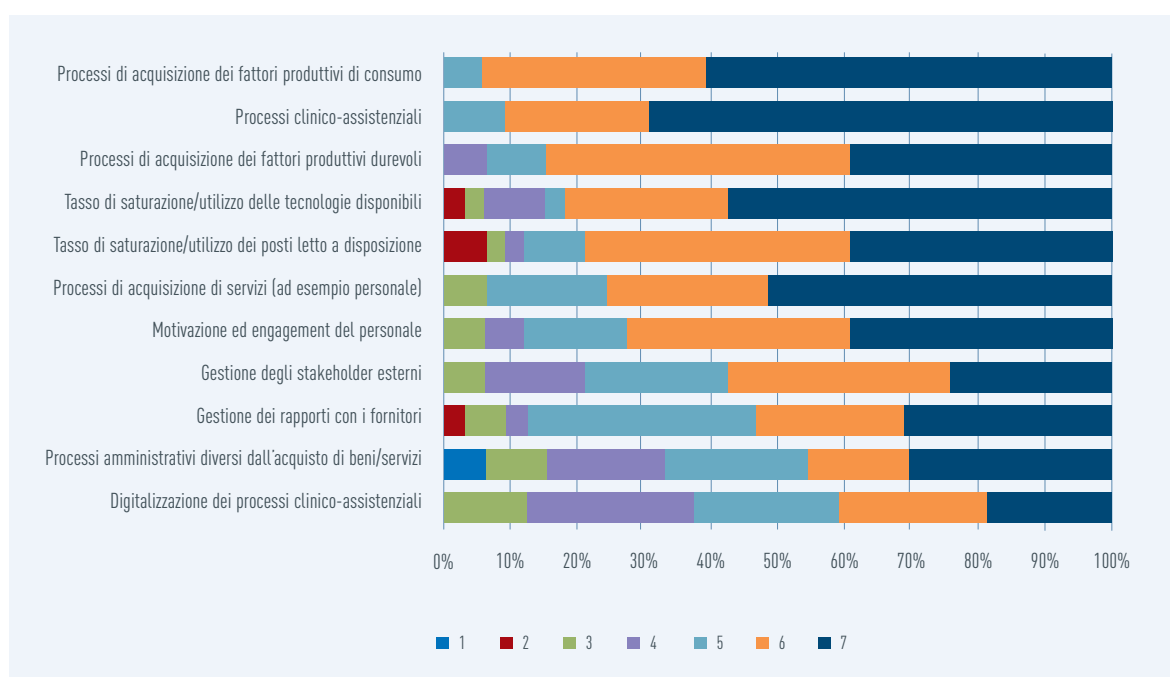
A meno di un mese di distanza dalla dichiarazione dello stato di emergenza, la scoperta dei primi casi "autoctoni" in Lombardia e Veneto ha avviato una generale mobilitazione di istituzioni e aziende per preparare il sistema agli effetti di una diffusione della malattia su larga scala, difficilmente prevedibili inizialmente, ma che in poco tempo si sono palesati. A questo proposito, è stato chiesto alle aziende di indicare, su una scala Likert da 1 (per nulla) a 7 (completamente), su quali ambiti di attività aziendale abbia maggiormente impattato l'emergenza (Figura 3). Come era prevedibile, la percezione di impatto più rilevante da parte delle aziende è stata sull'ambito dell'acquisizione dei fattori produttivi di consumo quali DPI (mascherine, guanti monouso, visiere, ecc.), farmaci e dispositivi (94% delle risposte ≥ 6) e nei processi clinico-assistenziali (91% delle risposte ≥ 6) che per la natura della malattia – l'elevata trasmissibilità e l'elevata intensità e durata dei trattamenti richiesti ai casi più gravi – hanno subito le conseguenze della prima ondata a tutti i livelli, dalle cure primarie a quelle secondarie e terziarie.

Altri ambiti che hanno subito un impatto molto significativo sono stati: *i*) quelli dei fattori produttivi durevoli in generale e delle tecnologie sanitarie in particolare, sia in termini di processi di acquisizione (85%) che di tasso di saturazione delle risorse disponibili (82%); *ii*) il tasso di saturazione dei posti letto disponibili, anche se in modo meno drammatico di quanto ci si poteva attendere (“solo” il 79% delle risposte ≥ 6).

Ulteriore tema è quello del personale, sia in termini delle procedure di acquisizione (76%) che di motivazione ed engagement (73%), non necessariamente e non solo di quello impiegato direttamente e in prima linea nell'emergenza, ma anche, ad esempio, per tutto il personale che, in una fase di sospensione di tutte quelle attività considerate rinviabili, andava ricollocato all'interno di altre unità e coinvolto nella gestione dell'emergenza.

Meno rilevanti, invece, sono stati gli impatti sulla gestione degli *stakeholder* esterni (57%), sui rapporti con i fornitori, sui processi amministrativi diversi dall'acquisizione dei fattori produttivi e, sorprendentemente, sulla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali. Infatti, nonostante l'impatto che la pandemia ha avuto sui comportamenti e le abitudini delle persone, in particolare verso l'utilizzo massiccio di soluzioni digitali per qualsiasi tipologia di servizio all'utente, l'impatto sulla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali risulta quello in assoluto meno rilevante per le aziende rispondenti.

Figura 3 - Percezione dell’impatto generato dall’emergenza sugli ambiti di attività aziendale



Così come già evidenziato nel capitolo sul ruolo della “catena di comando” nella Parte 1, la principale forma di coordinamento delle iniziative di risposta e contrasto all’emergenza è risultata fin da subito quella delle unità di crisi o *task force*. A pochi giorni dalla dichiarazione dello stato di emergenza, viene istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile (DPC) il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) con una funzione di indirizzo a supporto delle attività del Capo del DPC, organo deputato, fin dalle fasi iniziali, al coordinamento di tutti gli interventi necessari a fronteggiare la crisi. Il CTS è composto, in questa fase, da un mix di figure amministrativo-organizzative (il segretario generale del Ministero della Salute, il direttore generale del Dipartimento di prevenzione sanitaria del Ministero) e tecnico-scientifiche (il direttore scientifico dell’INMI Spallanzani, il presidente dell’ISS, in una fase successiva il presidente del CSS) oltre che da un rappresentante della Conferenza Stato-Regioni e da figure interne al DPC.

Similmente, regioni e aziende hanno adottato analoghi organismi, seppure con tempismo eterogeneo. Su 34 aziende rispondenti, 33 (97%) hanno dichiarato di aver attivato formalmente, nella fase di massima manifestazione dell’emergenza, una unità di crisi appositamente disegnata

per coordinare risposte e interventi. Soltanto una ASL dell'Emilia-Romagna, rientrante tra le aziende dotate di un piano operativo di risposta alle epidemie, ha dichiarato di non aver istituito una unità di crisi nella fase più critica di manifestazione dell'emergenza (Tabella 3).

Tabella 3 - Aziende che hanno dichiarato di avere formalmente istituito una unità di crisi nella fase di massima manifestazione dell'emergenza

Unità di crisi aziendale	Numero (Si)	%
Abruzzo	2	100%
Campania	1	100%
Emilia-Romagna	2	67%
Lazio	4	100%
Lombardia	13	100%
Marche	1	100%
Piemonte	3	100%
Puglia	3	100%
Sicilia	1	100%
Valle d'Aosta	1	100%
Veneto	2	100%
ASL	8	89%
AO/AOU	9	100%
IRCCS	4	80%
ASST	11	100%
ATS	1	100%
Piano operativo per le epidemie (Si)	10	91%
Piano operativo per le epidemie (No)	23	100%
Totale	33	97%

Sebbene lo strumento delle unità di crisi sia stato utilizzato in modo ampiamente diffuso dalle aziende su tutto il territorio nazionale esistono delle differenze circa il loro funzionamento, la composizione e le tematiche di cui si sono principalmente occupate. La prima informazione rilevata relativa al funzionamento delle unità di crisi è quella sulla cadenza delle riunioni. Nella fase di massima manifestazione dell'emergenza, il 67% delle aziende ha dichiarato per le riunioni dell'unità di crisi una cadenza giornaliera o addirittura superiore (nello specifico il 47% ha dichiarato di riunirsi una volta al giorno e il 21% più volte nell'arco della giornata). Il 21%

ha dichiarato invece di riunirsi una o più volte la settimana, mentre il 12% ha dichiarato che le riunioni dell'unità di crisi avvenivano soltanto al bisogno. Esistono delle significative differenze a livello regionale, che riflettono in parte la gravità con cui l'emergenza si è abbattuta in modo diverso sui territori. La totalità di aziende di Piemonte, Puglia e il 92% di quelle della Lombardia ha dichiarato che le riunioni avvenivano con cadenza almeno giornaliera. Nel versante opposto, le due aziende provenienti da Marche e Campania hanno dichiarato di riunirsi soltanto all'emergere di particolari criticità o situazioni da fronteggiare. Le aziende provenienti da Sicilia e Valle d'Aosta hanno dichiarato invece riunioni settimanali. Si osserva invece una variabilità per le altre regioni (Tabella 4).

Tabella 4 - Cadenza delle riunioni delle unità di crisi aziendali

Unità di crisi aziendale Cadenza riunioni	Una o più volte al giorno	Una o più volte a settimana	Al bisogno
Abruzzo	0%	100%	0%
Campania	0%	0%	100%
Emilia-Romagna	50%	50%	0%
Lazio	50%	25%	25%
Lombardia	92%	8%	0%
Marche	0%	0%	100%
Piemonte	100%	0%	0%
Puglia	100%	0%	0%
Sicilia	0%	100%	0%
Valle d'Aosta	0%	100%	0%
Veneto	50%	0%	50%
Totale	67%	21%	12%

Una discreta variabilità si osserva anche per la composizione delle unità di crisi, in termini di numero di componenti, figura a cui è affidato il ruolo di presidenza/coordinatione e tipologia di professionisti e competenze coinvolte. La maggioranza relativa delle unità di crisi (40%) è composta da un numero tra i 5 e 10 componenti. Seguono per frequenza le unità composte dagli 11 ai 20 componenti (33%). Risultano minoritarie invece le unità limitate a 4 componenti (17%) e quelle molto grandi che contano fino a oltre 20 componenti (10%). In media si registrano a livello nazionale 10 componenti per unità di crisi, con un minimo di 4 e un massimo di 25. Nello specifico, l'indicazione sul numero di componenti fornita dalle aziende si riferisce a un'indicazione minima,

in quanto le rispondenti hanno, in un numero rilevante di casi, indicato l'area aziendale ammessa a partecipare alle riunioni e non necessariamente il numero effettivo di componenti appartenenti a ogni area. Le regioni con il numero di componenti in media più elevato sono risultate essere la Lombardia e il Piemonte, con 12 componenti in media. Le stesse regioni si distinguono però in termini di variabilità, con la Lombardia che registra una maggiore dispersione tra valore minimo (6) e valore massimo (25) nel numero di componenti dichiarati. Le aziende con il minor numero di componenti sono invece quelle di Campania, Sicilia e Valle d'Aosta, tutte con 4 componenti. Non si registrano particolari differenze nella composizione media rispetto alla tipologia di azienda.

La differenza all'apparenza rilevante tra le medie di ASL (9) e ASST (13) è resa meno significativa dall'elevata variabilità di queste ultime, con un valore minimo pari a 7 e un valore massimo pari a 25. La maggiore variabilità si registra quindi a livello regionale, con le regioni maggiormente colpite (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna) che coincidono con quelle in cui le aziende hanno istituito unità di crisi di maggiori dimensioni in numero di componenti.

Figura 4 - Distribuzione delle unità di crisi aziendali per numero di componenti

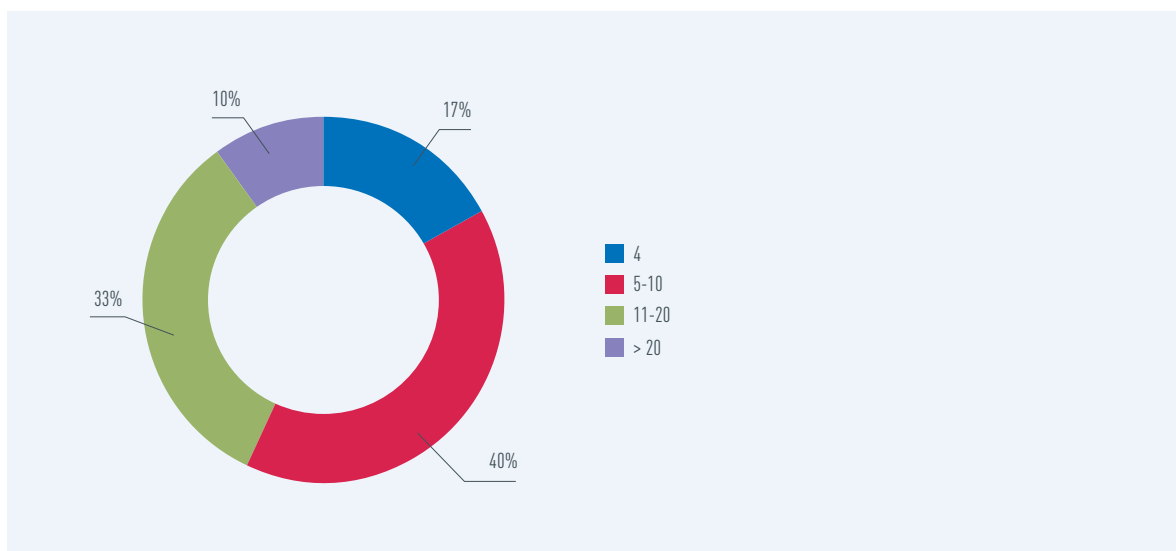
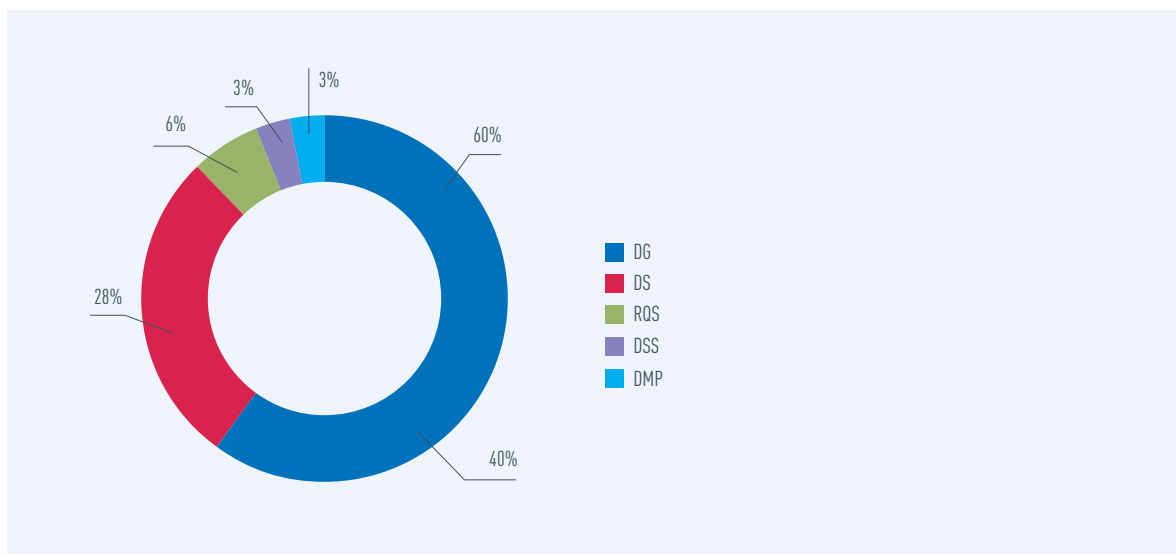


Tabella 5 - Media dei componenti per unità di crisi aziendale

Numero di componenti (minimo)	Media	Min.	Max
Abruzzo	8	8	8
Campania	4	-	-
Emilia-Romagna	11	10	13
Lazio	10	5	16
Lombardia	12	6	25
Marche	6	-	-
Piemonte	12	8	14
Puglia	10	7	17
Sicilia	4	-	-
Valle d'Aosta	4	-	-
Veneto	8	8	8
ASL	9	4	14
AO/AOU	10	6	17
IRCCS	7	5	12
ASST	13	7	25
ATS	13	-	-
Totale	10	4	25

In termini di ruoli e componenti delle unità di crisi, alcune figure risultano, come è lecito attendersi, significativamente più ricorrenti rispetto ad altre. In primo luogo, nel 60% delle aziende il ruolo di coordinamento è stato assunto direttamente dal Direttore Generale (DG), nel 28% dal Direttore Sanitario (DS) e nel 3% dal Direttore Sociosanitario (DSS). Complessivamente, quindi, i componenti della direzione strategica hanno assunto la figura di presidente/coordinatore nel 91% dei casi. Solo in tre casi la scelta è caduta al di fuori della direzione strategica e si è preferito affidare l'incarico al Responsabile qualità e rischio clinico (RQS) o al Direttore Medico di Presidio (DMP).

Figura 5 - Distribuzione delle unità di crisi aziendali per figura del presidente/coordinatore



A differenza che nel ruolo di coordinamento, la composizione delle unità di crisi risulta eterogenea, sebbene si osservi una più elevata presenza di figure dell'area sanitaria (Tabella 6). Il DS è presente in tutte le unità di crisi, seguito da DG e dirigente dei servizi infermieristici (91%). Meno presente, invece, il DA (78%), al pari del Responsabile qualità/rischio clinico (78%). La Direzione medica di presidio è presente in tre casi su quattro. Tra le figure non sanitarie presenti, il responsabile della comunicazione è tra i componenti dell'unità di crisi nel 69% dei casi. Assumono un ruolo rilevante, ma minoritario, le discipline maggiormente interessate dalla gestione dell'emergenza: pneumologia (31%), malattie infettive (25%), anestesia e rianimazione (22%), meno l'emergenza-urgenza (16%). Poco presenti, infine, competenze non cliniche come controllo di gestione (13%), ingegneria clinica (13%) e gestione operativa (6%).

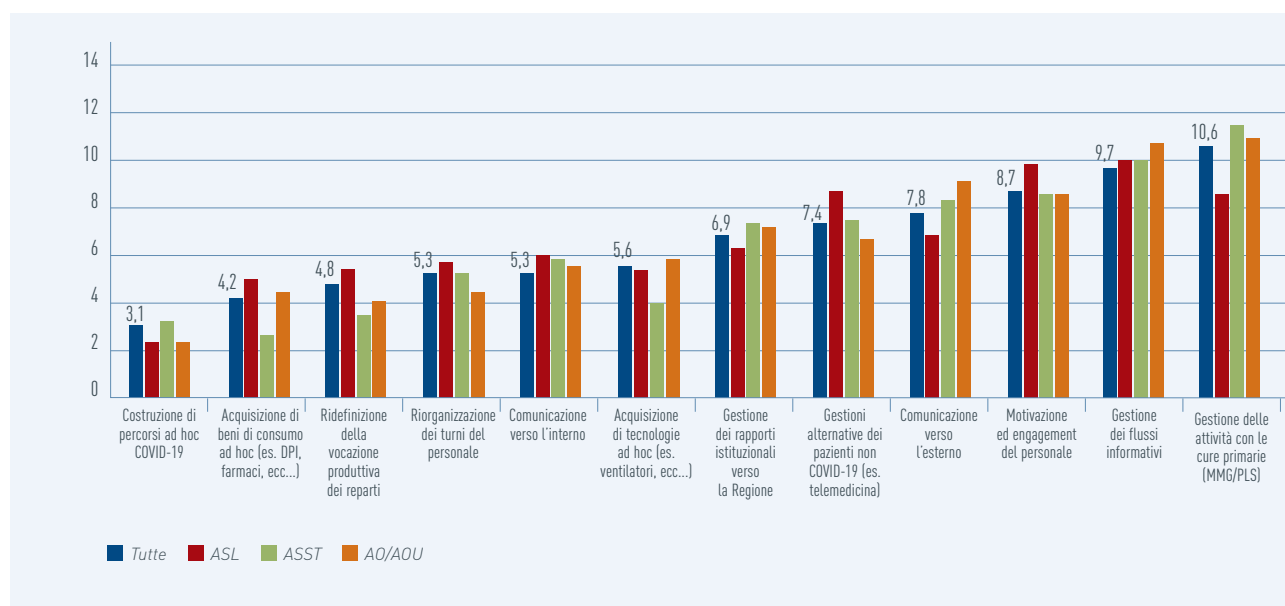
Tabella 6 - Presenza di professionisti all'interno dell'unità di crisi aziendale

Unità di crisi aziendale	%
Direttore Sanitario	100%
Direttore Generale	91%
Dirigente servizi infermieristici	91%
Direttore Amministrativo	78%
Responsabile qualità/rischio	78%
Direttore Medico di Presidio	75%
Responsabile comunicazione	69%
Pneumologia	31%
Malattie infettive	25%
Anestesia e Rianimazione/Terapia Intensiva	22%
Emergenza-Urgenza/Pronto Soccorso	16%
Direttore Socio Sanitario	13%
Programmazione e controllo/Controllo di gestione	13%
Ingegneria Clinica	13%
Laboratorio Analisi	9%
Gestione operativa	6%

Per fornire una misura della tipologia di attività e dei temi presidiati dalle unità di crisi, è stato chiesto alle aziende interpellate di indicare, in ordine di priorità, le attività svolte all'interno dell'unità di crisi, tra dodici possibili alternative, riprese in parte dagli ambiti di attività aziendali già analizzati in precedenza: la comunicazione verso l'ambiente esterno e interno, la costruzione dei percorsi *ad hoc* per i pazienti infetti o potenzialmente tali, la realizzazione e gestione di percorsi di assistenza alternativi per i pazienti non COVID-19, la ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti, la riorganizzazione dei turni del personale sanitario, la gestione delle attività di cure primarie, l'acquisizione di beni di consumo *ad hoc* come DPI e farmaci, l'acquisizione di tecnologie *ad hoc* come ventilatori, maschere e caschi, la gestione dei rapporti istituzionali verso la regione, la gestione delle attività di raccolta e invio dei flussi informativi, la gestione del personale in termini di motivazione ed engagement. Si è proceduto quindi, in primo luogo, a misurare un posizionamento medio, con un valore più basso corrispondente a un posizionamento più elevato, e viceversa. Tra tutte le aziende intervistate, il tema della costruzione dei percorsi *ad hoc* per l'accesso e il trattamento dei pazienti COVID-19 risulta in assoluto il più presidiato durante la fase di massima manifestazione dell'emergenza (3,1).

Seguono l'acquisizione dei prodotti di consumo come DPI e farmaci (4,2), la ridefinizione produttiva dei reparti (5,3), le iniziative di comunicazione verso l'ambiente interno (5,3) e l'acquisizione di tecnologie (5,6). Tra le attività meno presidiate dalle unità di crisi spiccano invece la gestione dei flussi informativi (9,7) e, soprattutto, la gestione delle attività di cure primarie (10,6). Sorprende, in particolare, quest'ultimo dato, considerata la consapevolezza, assunta sempre più nel tempo, dei risvolti positivi nella capacità di risposta del sistema, in particolare dell'ambito ospedaliero, derivante da una efficiente ed efficace gestione domiciliare dei casi positivi. Osservando il dato disaggregato per tipologia di azienda, si nota però come per le ASL il tema delle cure primarie assume una maggiore rilevanza (8,6) rispetto alla media e alle altre tipologie di azienda (ASST, AO/AOU e IRCCS). È utile sottolineare come, mentre non sorprende la scarsa rilevanza data al tema delle cure primarie dalle unità di crisi di AO/AOU e IRCCS, data la loro vocazione prettamente ospedaliera e scientifica, il dato sulle ASST fa riflettere alla luce soprattutto degli assetti istituzionali e organizzativi del sistema socio-sanitario lombardo, che attribuisce la competenza relativa ai rapporti istituzionali con le cure primarie (MMG e PLS) alle ATS, attraverso appositi dipartimenti, e non alle ASST. Rimane invece, per tutte le tipologie di azienda, fortemente presidiato il tema della costruzione dei percorsi *ad hoc* per pazienti COVID-19. Due ulteriori aree in cui le ASL si differenziano significativamente dalle altre tipologie sono la gestione dei percorsi alternativi per pazienti non COVID-19 (8,7) e la motivazione del personale (9,9), che risultano tematiche in generale meno presidiate dalle aziende sanitarie locali. Le ASST, invece, hanno dato una maggiore rilevanza, rispetto alla media e alle altre tipologie di aziende, ai temi di acquisizione di prodotti di consumo (2,7) e tecnologie (4,0), sicuramente tra quelli di più complessa gestione in Lombardia nella fase di massima criticità, e alla ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti (3,5).

Figura 6 - Attività svolte dalle unità di crisi durante la fase di massima manifestazione dell'emergenza



È stato chiesto, in particolare, se per ogni area di intervento, oltre alle unità di crisi, fosse prevista esplicitamente una unità o funzione aziendale incaricata di occuparsene. Come si evince dalla Tabella 7, la Direzione Sanitaria (DS) risulta quella che ha assunto maggiori prerogative nella gestione dell'emergenza. Risulta infatti l'unità aziendale principalmente incaricata in ambiti quali la gestione alternativa dei pazienti non COVID-19 (28%), la ridefinizione della vocazione dei reparti (34%) e la gestione dei rapporti con le cure primarie (35%). Per le prime due assume inoltre un ruolo rilevante la Direzione Medica di Presidio (DMP) con il 28 e il 25% delle risposte, rispettivamente, così come nella definizione dei percorsi (18%), presidiata però principalmente dalla funzione qualità e rischio clinico/*risk management* (33%), mentre la Direzione di Distretto assume un ruolo significativo nei rapporti con le cure primarie (20%). Assume un importante ruolo la funzione di comunicazione e ufficio stampa nell'ambito appunto della comunicazione, in particolar modo quella verso l'ambiente esterno (57%), seguita in entrambi i casi da DG e DS. Il DG assume inoltre un ruolo rilevante nei rapporti istituzionali (53%). Al provveditorato/ufficio acquisti è affidata nel 58% dei casi la funzione di acquisizione dei fattori produttivi di consumo e nel 26% l'acquisizione di tecnologie, attività svolta in prevalenza dalla funzione di ingegneria clinica (60%). Infine, si registra un ruolo marginale della funzione risorse umane, che non appare tra quelle più rilevanti nella gestione dei turni del personale e nella comunicazione interna, e solo al terzo posto in tema di motivazione ed engagement (17%).

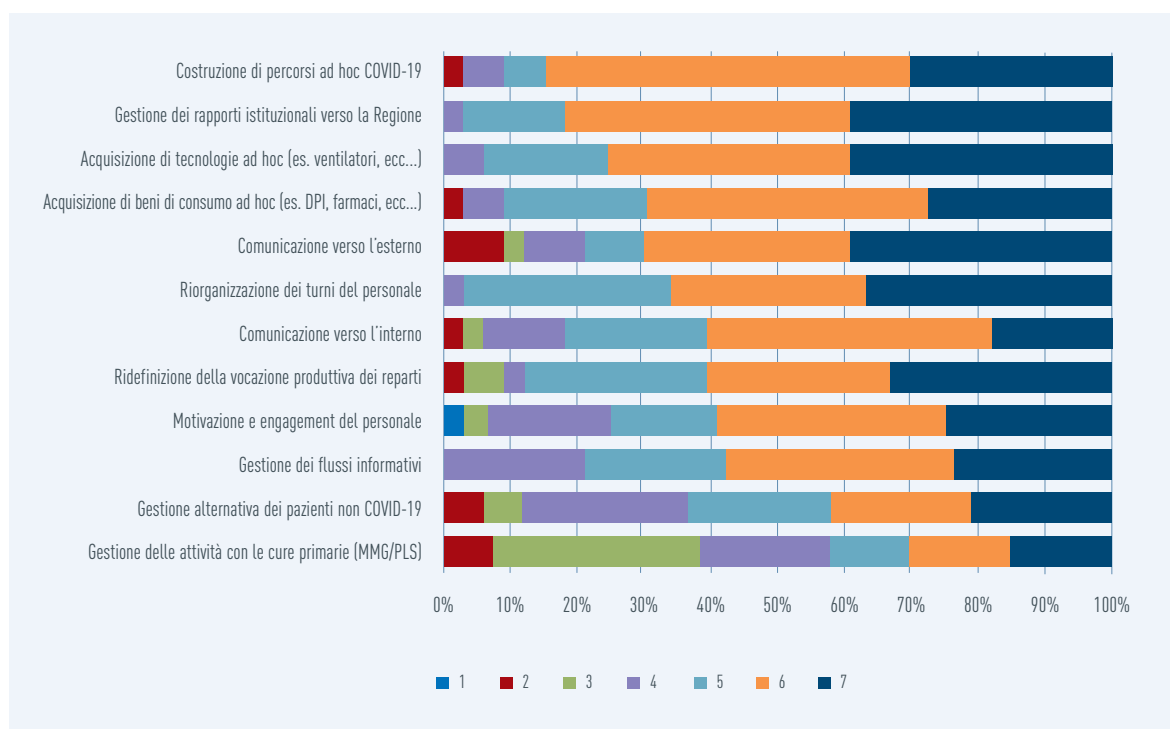
Tabella 7 - Principali unità e funzioni aziendali incaricate di occuparsi di un'area di intervento

	Principale funzione incaricata	Seconda funzione incaricata	Terza funzione incaricata
Comunicazione verso l'interno	Comunicazione e stampa (27%)	DG (24%)	DS (18%)
Comunicazione verso l'esterno	Comunicazione e stampa (57%)	DG (17%)	DS (12%)
Costruzione di percorsi/protocolli ad hoc COVID-19	Qualità e rischio/Risk management (33%)	DMP (18%)	Unità di crisi (15%)
Gestioni alternative dei pazienti non COVID-19 (ad esempio telemedicina)	DS (28%)	DMP (28%)	Sistemi informativi (8%)
Ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti	DS (34%)	DMP (27%)	Controllo di gestione (10%)
Riorganizzazione dei turni del personale	DMP (36%)	Servizi infermieristici (33%)	DS (17%)
Gestione delle attività con le cure primarie (MMG/PLS)	DS (35%)	Direttore di Distretto (20%)	DSS (10%)
Acquisizione di beni di consumo ad hoc (es. DPI, ecc...)	Provveditorato (58%)	Farmacia (23%)	Patrimonio (7%)
Acquisizione di tecnologie ad hoc (es. respiratori, ecc...)	Ingegneria clinica (60%)	Provveditorato (26%)	Farmacia (5%)
Gestione dei rapporti istituzionali verso la regione	DG (53%)	Direzione Strategica (25%)	DS (16%)
Gestione dei flussi informativi	Controllo di gestione (30%)	DS (18%)	Sistemi informativi (15%)
Motivazione ed engagement del personale	Direzione Strategica (26%)	DG (17%)	Risorse Umane (17%)

L'ordine dei temi prioritari è, parzialmente, rappresentato anche dalla percezione dei rispondenti della qualità dei contributi generati dal lavoro delle unità di crisi nella gestione dell'emergenza. La qualità percepita dei contributi è stata misurata, per ogni *item*, tramite una scala Likert con valori da 1 (per niente soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto). Ordinando le risposte rispetto alla percentuale di opinioni espresse con valori superiori al 6, si ottiene che il contributo in assoluto più significativo e di qualità è stato percepito nell'area relativa alla costruzione di percorsi *ad hoc* per i pazienti COVID-19 (85%), seguita dalla gestione dei rapporti istituzionali verso la regione (82%) e l'acquisizione di tecnologie (76%) e beni di consumo (70%). In generale, però, si osserva

come tutte le aree, con soltanto due eccezioni, registrano valori di soddisfazione (6-7) superiori al 50% delle risposte. Le uniche due aree in cui invece la maggioranza dei rispondenti ha indicato valori inferiori a 6 sulla scala sono state quella della gestione alternativa dei pazienti non COVID-19 (42% di risposte superiori al 6) e, ancora una volta, la gestione dei rapporti con le cure primarie (solo 30% di risposte superiori al 6).

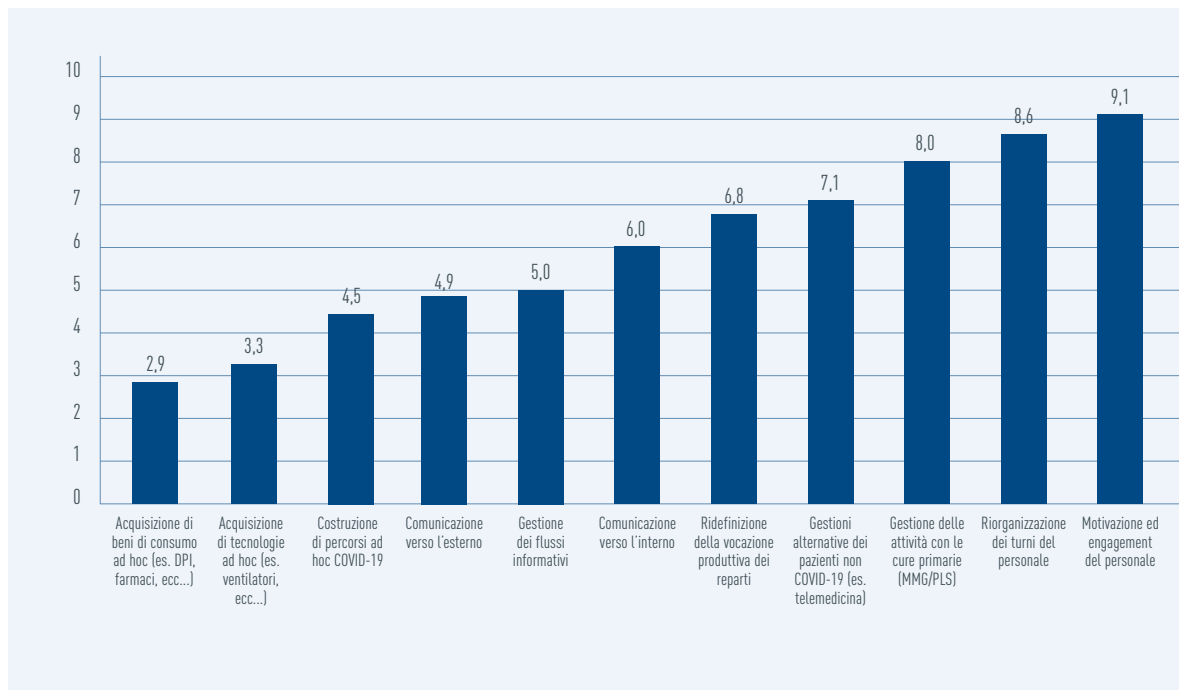
Figura 7 - Opinioni espresse sulla qualità dei contributi generati dalle unità di crisi



All'interno di un contesto di servizi sanitari regionali in cui la regione, nella sua veste di capogruppo, non solo esercita funzioni di governo ma soprattutto influenza scelte e decisioni delle aziende del gruppo, è utile misurare l'impatto percepito dalle aziende del contributo regionale alla gestione dell'emergenza. Anche in questo caso, è stato chiesto di ordinare, da quella più importante a quella meno importante, le aree in cui la regione ha fornito il suo contributo (Figura 8). Spicca tra tutte le aree di intervento il ruolo della regione nell'ambito dell'acquisizione di beni di consumo (2,9) e tecnologie (3,3). Non sorprende in questo caso

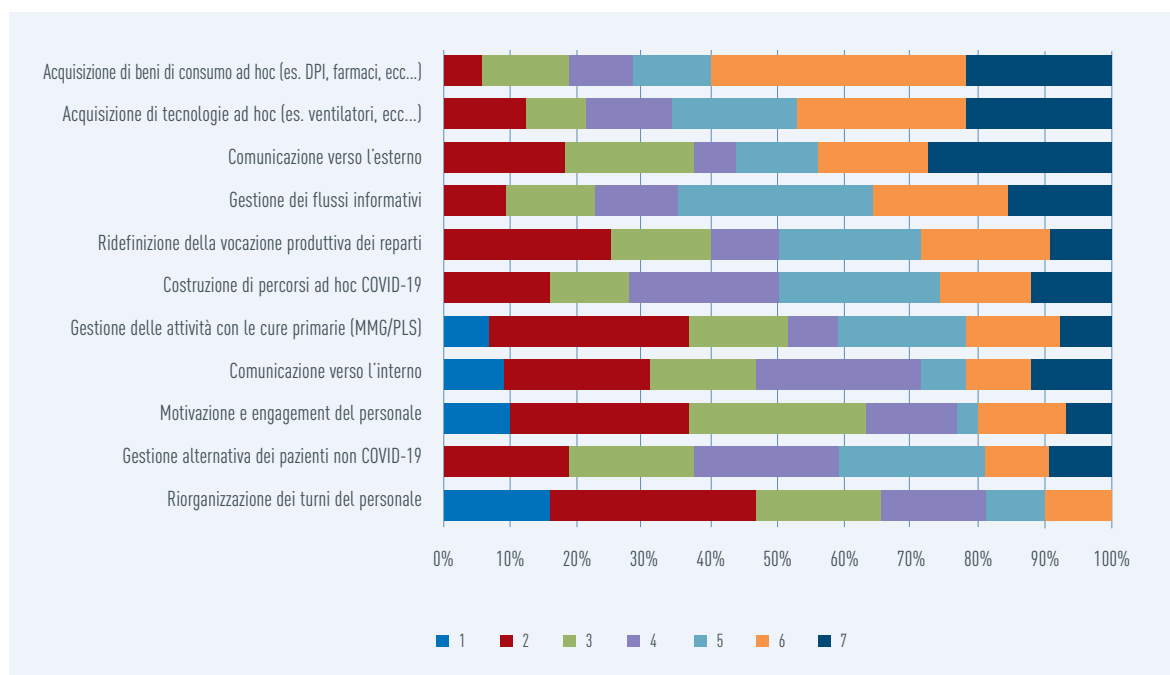
il risultato data la forte spinta verso l'accentramento del processo di acquisizione dei fattori produttivi, percorso già avviato negli anni precedenti e poi fortemente perseguito per la gestione dell'emergenza, al fine di far fronte contemporaneamente alla crescita esponenziale della domanda mondiale di prodotti e all'incapacità dell'offerta di reagire prontamente. Rispetto al contributo fornito dalle unità di crisi, assume un ruolo maggiormente rilevante il contributo regionale alla comunicazione diretta all'ambiente esterno. Anche in questo caso si tratta di un risultato prevedibile data l'attenzione dedicata da media e opinione pubblica alla risposta delle regioni nel complesso, più che delle singole aziende. Poco rilevante invece il tema della gestione del personale, sia in termini di riorganizzazione dei turni (8,6) che di motivazione ed engagement (9,1), così come quello dei rapporti con le cure primarie (8,0).

Figura 8 - Contributo regionale alla gestione dell'emergenza nella fase di massima manifestazione



Parallelamente all'importanza del contributo regionale, è stato chiesto alle aziende di fornire una valutazione sulla qualità del contributo generato dal lavoro delle regioni, utilizzando anche in questo caso, per ogni item, una scala Likert con valori da 1 (poco soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto). La Figura 9 mostra, in ordine decrescente in base alla percentuale di opinioni espresse ≥ 6 , le aree di intervento regionale in base alla qualità dei contributi percepiti dalle aziende. C'è una piena corrispondenza tra importanza (figura precedente) e qualità del contributo nel caso delle acquisizioni di beni di consumo (59%) e tecnologie (47%). Si osserva, in generale, una maggiore "diffidenza" nei confronti dei contributi forniti dalla regione: con l'unica eccezione dell'acquisizione di prodotti di consumo, per tutte le altre aree le opinioni molto favorevoli (superiori al 6) rappresentano sempre una percentuale inferiore al 50%. L'opposto si era osservato rispetto alla percezione sulla qualità dei contributi generati dalle unità di crisi aziendali, per le quali in soltanto due delle aree (pazienti non COVID-19 e cure primarie) si osservava un valore mediano inferiore al 6.

Figura 9 - Opinioni espresse sulla qualità dei contributi generati dalle regioni



Rispetto al contributo regionale è interessante osservare anche la variabilità inter-regionale per ogni ambito, mettendo a confronto l'opinione media espressa dalle aziende per ogni regione che abbiano almeno due aziende rispondenti (escluse quindi le Marche, la Campania e la Sicilia, mentre viene considerata la Valle d'Aosta in quanto dotata di un'unica azienda sanitaria locale). Si registrano valori in tutti gli ambiti inferiori rispetto alla media in Abruzzo e, in particolare, Lombardia; al contrario, invece, si posizionano Emilia-Romagna e Puglia, particolarmente virtuose in ambiti come la comunicazione verso l'esterno (entrambe), la gestione alternativa dei pazienti non COVID-19 e la ridefinizione produttiva dei reparti (l'Emilia-Romagna in particolare).

Tabella 8 - Media delle opinioni espresse sulla qualità dei contributi generati dalle regioni, per regione

	AB	ER	LA	LO	PU	PY	VA	VE	Tot
Acquisizione di beni di consumo ad hoc (es. DPI, farmaci, ecc...)	2,5	6,3	6,8	4,9	6,0	7,0	4,0	5,0	5,3
Acquisizione di tecnologie ad hoc (es. ventilatori, ecc...)	2,0	6,3	6,8	4,5	5,7	7,0	4,0	6,0	5,0
Gestione dei flussi informativi	2,0	6,3	6,0	4,5	5,0	6,7	4,0	5,0	4,8
Comunicazione verso l'esterno	2,5	6,7	6,5	3,8	4,7	6,7	4,0	5,0	4,7
Costruzione di percorsi ad hoc COVID-19	2,5	6,7	5,8	3,8	4,3	5,7	5,0	4,0	4,4
Ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti	2,5	6,7	4,5	3,8	4,0	5,7	5,0	5,0	4,2
Gestioni alternative dei pazienti non COVID-19 (ad esempio telemedicina)	2,5	6,0	5,5	3,4	3,3	5,7	5,0	5,0	4,1
Comunicazione verso l'interno	3,0	4,3	5,8	3,3	4,3	5,0	4,0	1,0	3,8
Gestione delle attività con le cure primarie (MMG/PLS)	2,0	4,5	4,3	3,0	5,0	5,7	4,0	6,0	3,7
Motivazione ed engagement del personale	2,5	4,0	5,3	3,1	4,3	4,0	3,0	2,0	3,4
Riorganizzazione dei turni del personale	2,5	3,0	3,3	2,7	3,0	4,3	3,0	4,0	3,0

In conclusione, alcuni spunti possono essere ripresi per sintetizzare quanto finora emerso:

- le aziende erano in generale impreparate all'arrivo di un'emergenza di tale portata, visto che solo una su tre era dotata di un piano operativo per le emergenze e tra i punti più critici si registrano i processi di acquisizione di fattori produttivi di consumo come i DPI, di cui le aziende si sono trovate ampiamente sprovviste;
- la risposta in termini di istituzione di unità di crisi e aree da presidiare è risultata omogenea, nonostante la prima ondata abbia colpito in modo violento solo alcune regioni e in modo blando il resto del paese, in particolar modo nel centro e sud Italia;
- la composizione delle unità di crisi nella prima risulta eterogenea in termini di dimensioni e figure professionali inserite e può essere correlata alla gravità della situazione e alla tipologia di azienda;

-
- d) non sempre le aree di intervento sono state esplicitamente attribuite a un'area aziendale specifica e generalmente, eccetto alcune aree molto specifiche (comunicazione esterna, acquisti, rapporti istituzionali con la regione), l'assegnazione di compiti e ruoli alle aree aziendali risulta eterogenea;
 - e) il ruolo delle regioni si è particolarmente concentrato in ambito di acquisizione dei fattori produttivi, comunicazione e flussi informativi, con gradi di soddisfazione contrastanti per le aziende rispondenti;
 - f) sia a livello aziendale che regionale, l'ambito delle cure primarie e dei rapporti con la medicina di base è risultato ampiamente sottovalutato.

4. La risposta all'emergenza dalla «Fase 2» alle ondate successive

105

Come anticipato nella sezione di metodo, il questionario ha raccolto dati sulla risposta al COVID-19 anche relativamente alla fase che ha seguito la prima ondata di marzo-aprile 2020. Il numero di aziende che ha attivato un'unità di crisi non è cambiato (Tabella 9). La frequenza delle riunioni (Tabella 10), comprensibilmente, diminuisce rispetto alla prima ondata: il 27% delle aziende mantiene le convocazioni giornaliere (erano il 67% nei mesi di marzo/aprile, cfr. Tabella 4), mentre il 47% riunisce l'unità una o più volte a settimana (21% durante la prima ondata). Il restante 27% ha optato per riunioni al bisogno (12% nella prima ondata).

Tabella 9 - Aziende che hanno attivato una unità di crisi aziendale nella prima (pre) e nella fase/ondate successive (post)

Unità di crisi aziendale (Si)	Pre	%	Post	%
Abruzzo	2	100%	2	100%
Campania	1	100%	1	100%
Emilia-Romagna	2	67%	3	100%
Lazio	4	100%	4	100%
Lombardia	13	100%	12	92%
Marche	1	100%	1	100%
Piemonte	3	100%	3	100%
Puglia	3	100%	3	100%
Sicilia	1	100%	1	100%
Valle d'Aosta	1	100%	1	100%
Veneto	1	33%	1	33%
ASL	7	78%	8	89%
AO/AOU	7	78%	9	100%
IRCCS	4	80%	4	80%
ASST	11	100%	10	91%
ATS	1	100%	1	100%
Totale	32	94%	32	94%

Tabella 10 - Cadenza riunioni delle unità di crisi aziendali nella fase/ondate successive (post)

Unità di crisi aziendale Cadenza riunioni	Una o più volte al giorno	Una o più volte a settimana	Al bisogno
Abruzzo	50%	0%	50%
Campania	100%	0%	0%
Emilia-Romagna	0%	100%	0%
Lazio	0%	25%	75%
Lombardia	18%	64%	18%
Marche	0%	0%	100%
Piemonte	67%	0%	33%
Puglia	33%	67%	0%
Sicilia	0%	100%	0%
Valle d'Aosta	100%	0%	0%
Veneto	0%	100%	0%
Totale	27%	47%	27%

La composizione delle unità di crisi tendenzialmente si amplia (Figura 10): durante la seconda fase epidemica, oltre la metà delle aziende (56%) include tra gli 11 e i 20 componenti, a fronte del 33% durante la prima fase. La dinamica si chiarisce con l'analisi dei dati regionali (Tabella 11): mentre le grandi regioni del Nord presentano composizioni piuttosto stabili, tra gli 8 e i 12 membri, Campania e Sicilia registrano un aumento significativo (rispettivamente da 4 a 8 e da 4 a 7).

Figura 10 - Numero di componenti delle unità di crisi aziendali nella prima (pre) e nella fase/ondate successive (post)

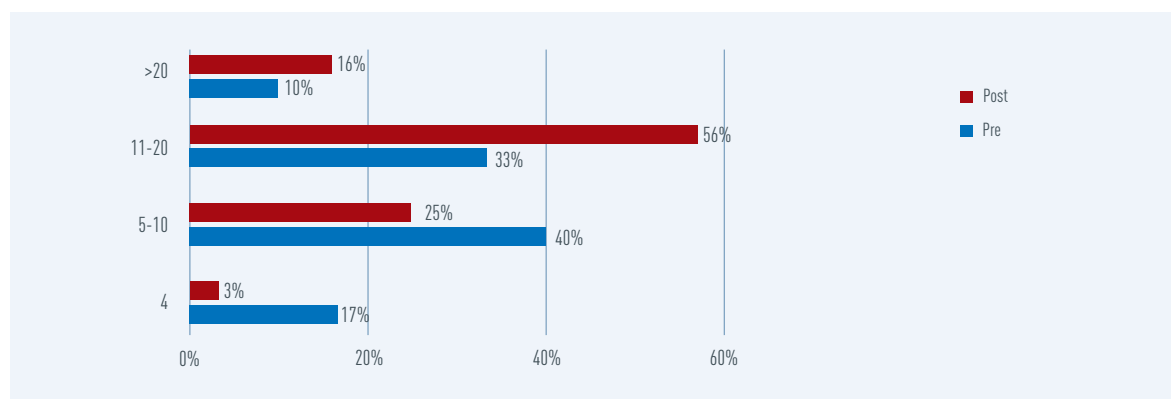


Tabella 11 - Media del numero di componenti (minimo indicato) delle unità di crisi aziendali per regione prima (pre) e nella fase/ondate successive (post)

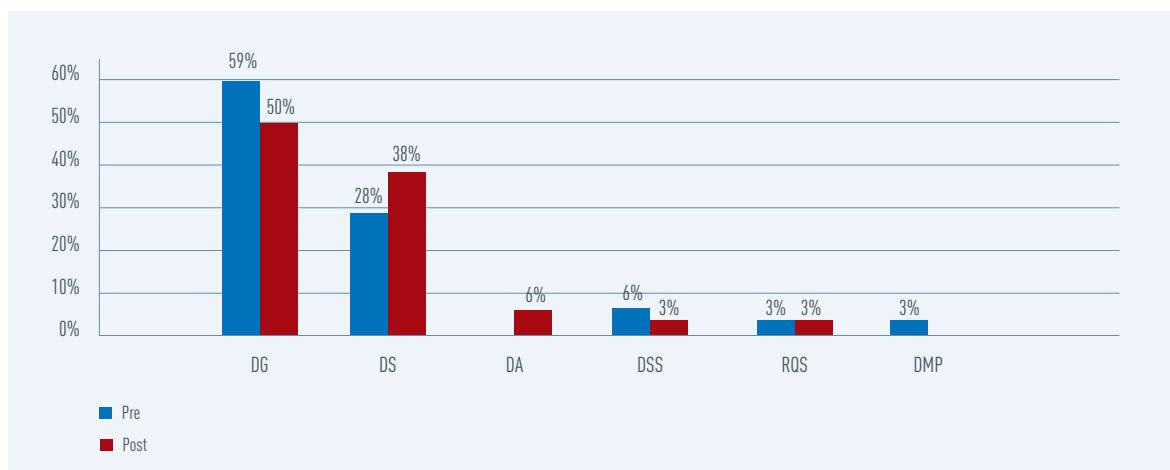
Numero componenti	Media (min)	
	Pre	Post
Abruzzo	8	8
Campania	4	8
Emilia-Romagna	11	11
Lazio	10	12
Lombardia	12	12
Marche	6	6
Piemonte	12	12
Puglia	10	11
Sicilia	4	7
Valle d'Aosta	4	4
Veneto	8	8
ASL	9	9
AO/AOU	10	11
IRCCS	7	8
ASST	13	13
ATS	13	11
Totale	10	11

In termini di figure professionali presenti (Tabella 12), rimane stabile e pressoché generalizzata la partecipazione della Direzione strategica, della direzione infermieristica e in misura leggermente minore del responsabile qualità/rischio; aumenta la partecipazione dei direttori medici di presidio, dei responsabili comunicazione e dei responsabili dei PS, mentre cala quella dei direttori delle UO pneumologia e malattie infettive. In termini di leadership, nel 50% delle aziende rispondenti la presidenza è stata assegnata al DG, in lieve calo rispetto alla prima fase (57%). In crescita le unità di crisi presiedute dal DS: costituiscono il 38% a fronte del 28% durante la prima ondata.

Tabella 12 - Componenti per figure professionali (%) nelle unità di crisi aziendali per regione prima (pre) e nella fase/ondate successive (post)

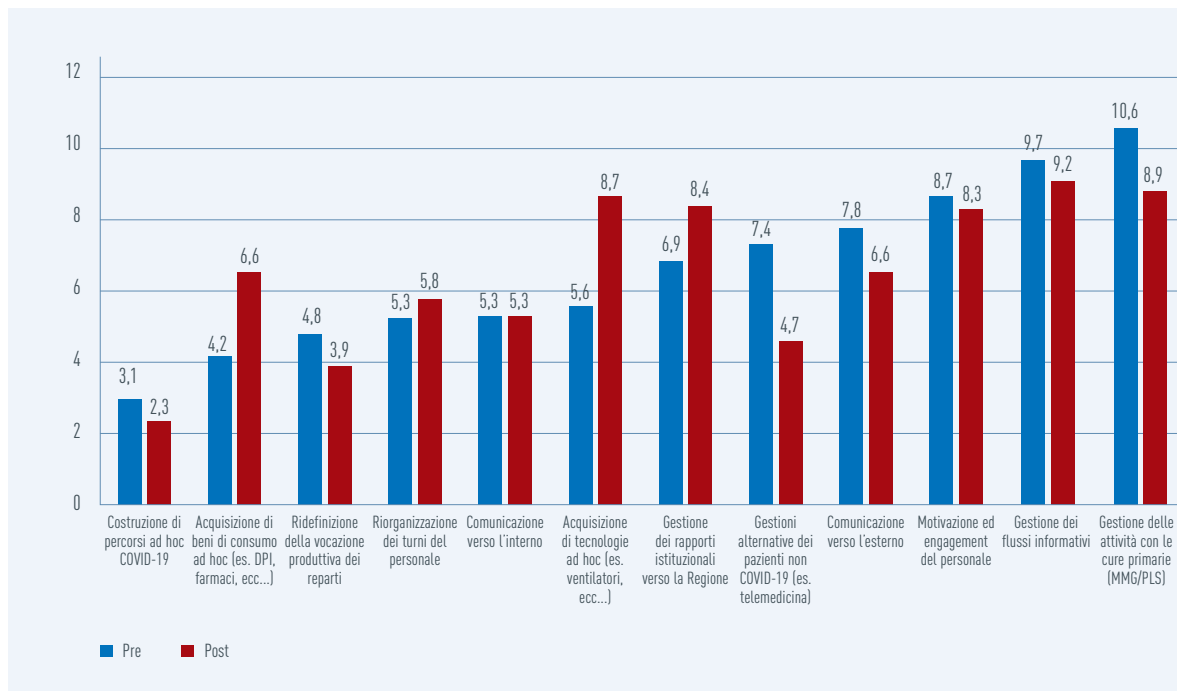
Componenti	Pre (%)	Post (%)
Direttore Sanitario	100%	100%
Direttore Generale	91%	88%
Dirigente servizi infermieristici	91%	94%
Direttore Amministrativo	78%	78%
Responsabile qualità/rischio	78%	78%
Direttore Medico di Presidio	75%	84%
Responsabile comunicazione	69%	81%
Pneumologia	31%	13%
Malattie infettive	25%	19%
Anestesia e Rianimazione/Terapia Intensiva	22%	25%
Emergenza-Urgenza/Pronto Soccorso	16%	34%
Direttore Socio Sanitario	13%	3%
Programmazione e controllo/Controllo di gestione	13%	9%
Ingegneria Clinica	13%	3%
Laboratorio Analisi	9%	9%
Gestione operativa	6%	3%

Figura 11 - Presidenza delle unità di crisi aziendali nella prima (pre) e nella/e fase/ondate successive (post)



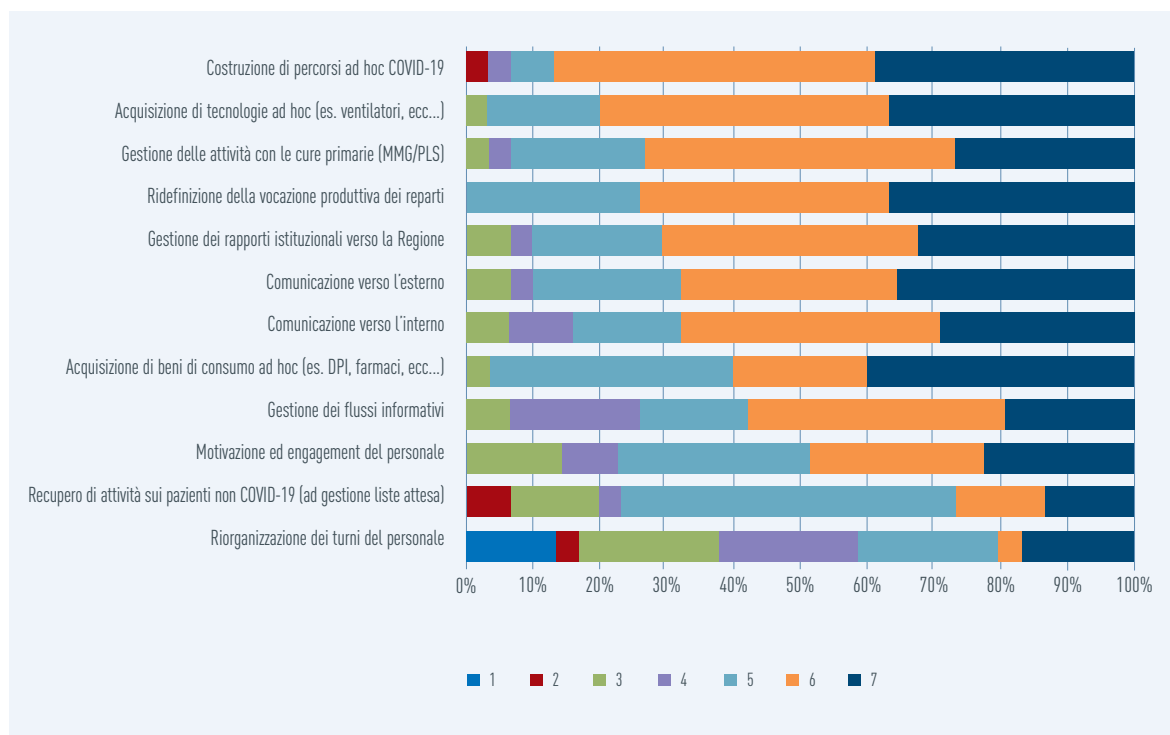
Con riferimento alle attività svolte dalle unità di crisi (Figura 12), il più marcato aumento di attenzione rispetto alla prima ondata riguarda l'assistenza dei pazienti non-COVID-19 con modalità innovative (+2,7 punti). Anche la gestione dei rapporti con le cure primarie registra un relativo aumento (+1,7 punti), pur rimanendo tra le attività meno presidiate. Le attività di comunicazione verso l'esterno, poco rilevanti nella prima fase, registrano un moderato aumento di attenzione. Al contrario, restano poco presidiate dall'unità di crisi i temi della motivazione del personale e della gestione dei flussi informativi. Resta molto elevata, e anzi si rafforza ulteriormente, l'attenzione verso la costruzione di percorsi *ad hoc* per i pazienti COVID-19 e verso il ri-orientamento dei reparti. Intuitivamente, diminuiscono le attività finalizzate all'acquisizione di beni e tecnologie (rispettivamente -2,4 e -3,1 punti), particolarmente urgenti nella fase di scoppio dell'epidemia. Il calo delle attività di interfaccia con la regione (-1,5 punti) potrebbe essere ricondotto proprio alla minore criticità degli approvvigionamenti.

Figura 12 - Attività delle unità di crisi aziendali (i punteggi più bassi indicano un posizionamento più elevato) nella prima [pre] e nelle fasi/ondate successive [post]



La Figura 13 riporta la percezione relativa agli impatti generati dalle unità di crisi nelle fasi successive alla prima ondata. Con riferimento a quasi tutte le attività indagate, gli impatti dichiarati sono mediamente soddisfacenti: il punteggio è pari o superiore a 6/7 in oltre il 50% delle aziende.

Figura 13 - Contributi generati dall'unità di crisi aziendale nelle fasi/ondate successive



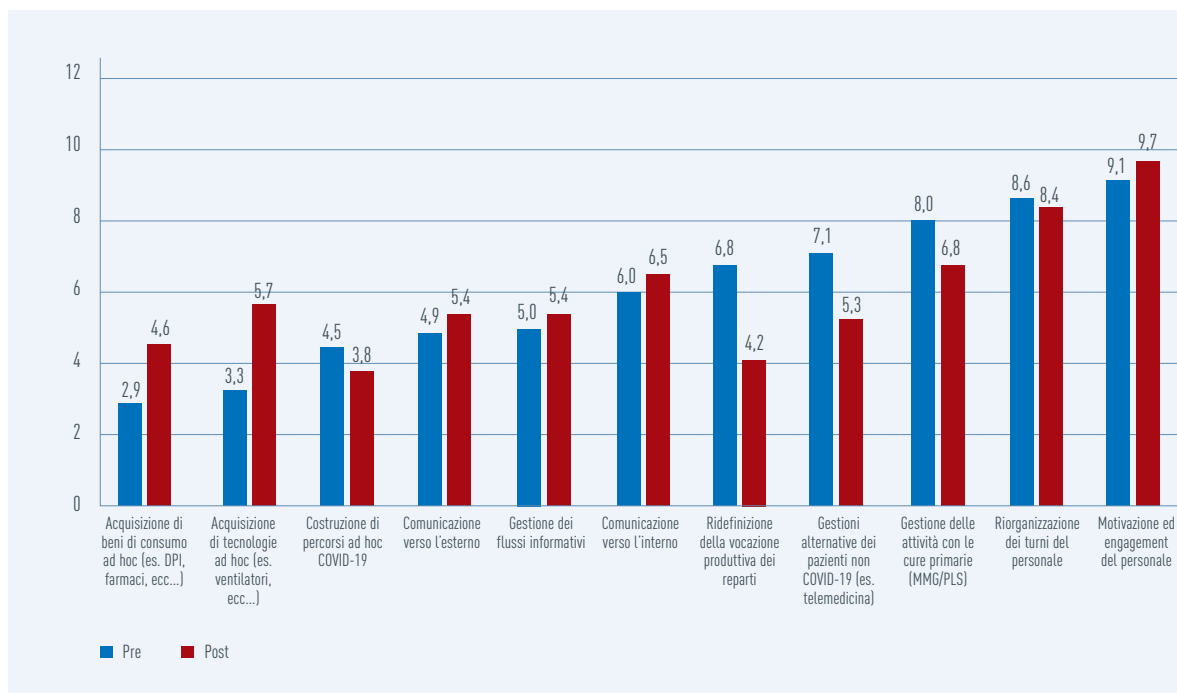
Risultano più problematiche, da un lato, la motivazione del personale, coerentemente con la bassa focalizzazione delle unità di crisi; dall'altro, il recupero delle liste d'attesa per i pazienti non-COVID-19 e soprattutto la riorganizzazione dei turni del personale, nonostante l'attenzione dedicata (Figura 12).

Restano particolarmente elevati gli impatti in termini di costruzione dei percorsi per i pazienti COVID-19. Colpiscono gli impatti relativamente soddisfacenti dichiarati con riferimento alla relazione con le cure primarie: oltre il 70% delle aziende rispondenti indica un punteggio pari o

superiore a 6/7. Si tratta di un dato in netto miglioramento rispetto alla prima fase e in almeno apparente contraddizione con il livello di attenzione dichiarato (Figura 12).

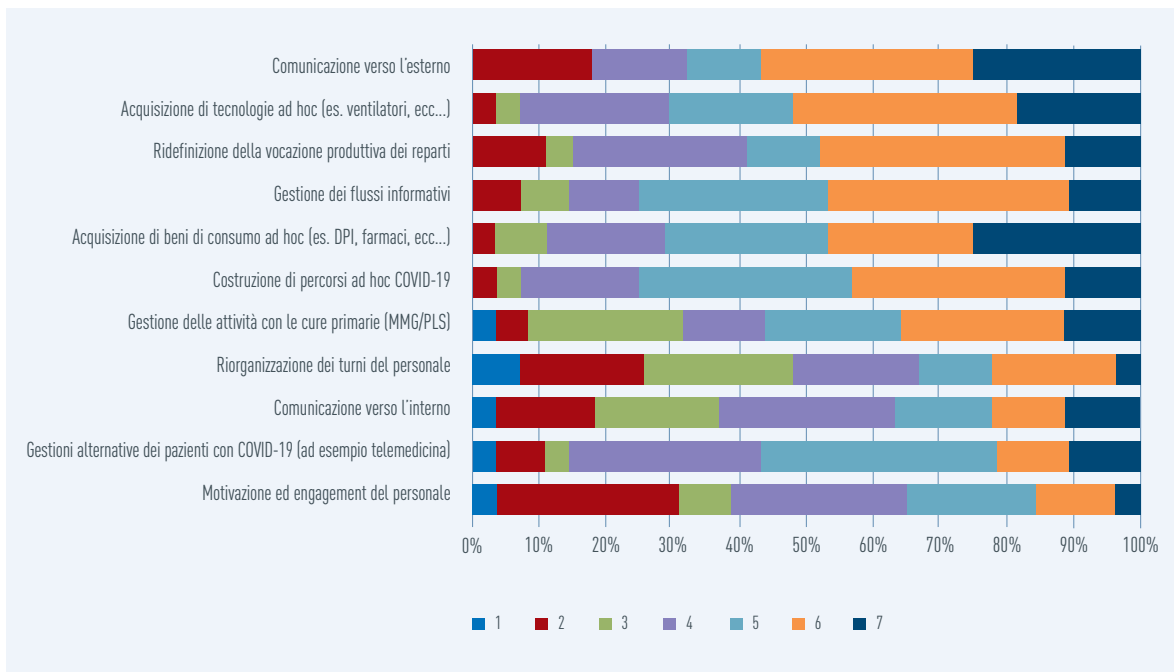
La Figura 14 riporta la percezione relativa ai contributi del livello regionale nelle fasi successive alla prima ondata. Il supporto regionale aumenta considerevolmente rispetto al ri-orientamento produttivo dei reparti (+2,6 punti) e alla gestione dei pazienti non-COVID-19 con modalità innovative (+1,8). Come atteso, si riduce il contributo regionale nel reperimento di beni e tecnologie, e restano limitati i supporti in termini di gestione dei turni e motivazione del personale.

Figura 14 - Contributi generati (i punteggi più bassi indicano un posizionamento più elevato) dalla regione nella prima ondata (pre) e nelle fasi/ondate successive (post)



La Figura 15 riporta la percezione relativa agli impatti generati dagli interventi regionali nella seconda fase della pandemia. Il panorama complessivo è di un'efficacia percepita più limitata rispetto al livello aziendale. In maniera ancora più netta, emerge un indebolimento del contributo regionale, che a marzo-aprile 2020 era ritenuto molto impattante: oltre il 50% delle aziende indicavano punteggi pari o superiori a 6/7 in tutti gli ambiti indagati, ad eccezione della gestione dei pazienti non COVID-19 e dell'integrazione con le cure primarie (Figura 8). La ritirata del livello regionale è evidente, e piuttosto fisiologica, rispetto agli ambiti più prettamente organizzativi: le turnistiche, la motivazione del personale, la comunicazione interna. In tutte queste aree, una percentuale tra il 35% e il 45% delle aziende dichiara un contributo disceso al di sotto di 4/7. Piuttosto critica anche l'integrazione con le cure primarie, ambito nel quale la regione è invece più direttamente coinvolta: la quota di risposte sotto 4/7 è del 30%. Nella gestione del paziente non-COVID-19 con modalità innovative, il contributo regionale è invece percepito come intermedio (4/7 o 5/7) da circa due terzi delle aziende rispondenti. Riguardo alla elaborazione dei percorsi COVID-19, alla gestione dei flussi informativi e alla ridefinizione delle vocazioni produttive, un'ampia maggioranza di aziende percepisce contributi regionali ancora importanti o quantomeno discreti: il 75%-80% delle risposte si assesta su valori compresi tra 4/7 e 6/7. In alcuni ambiti, il contributo regionale è invece ritenuto molto rilevante anche nella seconda fase, registrando valori pari o superiore a 6/7 in oltre il 50% delle aziende: si tratta dell'acquisizione delle tecnologie e della comunicazione esterna. In relazione a quest'ultimo punto, da segnalare che quasi il 20% delle risposte indica un punteggio pari a 2/7, a segnalare una certa polarizzazione.

Figura 15 - Impatti generati dal contributo regionale nelle fasi/ondate successive



La Tabella 13 riporta gli impatti generati dal contributo regionale nelle fasi/ondate successive alla prima, con riferimento alle regioni con più di un'azienda rispondente. Abruzzo e Lombardia presentano valori medi sistematicamente più bassi delle altre regioni. Si tratta di una valutazione da interpretare con molta cautela, data la ristrettezza del campione (Tabella 1). Si tenga presente che l'Abruzzo è rappresentato nella survey da due aziende sul totale delle quattro operanti in regione, mentre la Lombardia è rappresentata da 13 aziende su un totale di 39 (33%).

Tabella 13 - Impatti generati dal contributo regionale nelle fasi/ondate successive alla prima (variabilità inter-regionale)

	Comunicazione verso l'interno	Comunicazione verso l'esterno	Costruzione di percorsi ad hoc COVID-19	Gestioni alternative dei pazienti con COVID-19 (ad esempio telemedicina)	Ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti	Gestione delle attività con le cure primarie (MMG/PLS)	Riorganizzazione dei turni del personale	Acquisizione di beni di consumo ad hoc (es. DPI, farmaci, ecc...)	Acquisizione di tecnologie ad hoc (es. ventilatori, ecc...)	Gestione dei flussi informativi	Motivazione ed engagement del personale
Abruzzo	2.0	2.0	4.0	2.0	3.0	2.0	2.0	4.0	4.0	3.0	2.0
Emilia-Romagna	5.3	6.3	6.0	6.0	6.3	4.5	4.7	6.3	6.3	6.0	4.7
Lazio	4.3	6.3	5.7	5.7	6.3	6.3	5.3	6.3	6.3	5.7	5.0
Lombardia	3.7	5.0	4.7	4.2	3.9	4.2	3.1	4.8	4.7	4.7	3.4
Piemonte	4.7	5.0	4.7	4.3	4.7	5.5	3.7	6.0	6.0	6.0	3.7
Puglia	5.3	6.7	5.7	5.0	6.0	6.0	5.3	6.3	6.3	6.3	5.5
Totale	4.1	5.1	5.2	4.6	4.9	4.6	3.8	5.3	5.3	5.1	3.8

4.1 Focus Lombardia

Le aziende lombarde (ATS escluse) segnalano un contributo regionale tendenzialmente crescente con il passaggio dalla prima alla seconda fase della pandemia (Tabella 14, Tabella 15). I miglioramenti più marcati (superiori a 1 punto) emergono con riferimento alla comunicazione esterna (da 3,8 a 5/7), all'integrazione con le cure primarie, che resta su livelli più contenuti (da 3 a 4,2/7). Durante sia la prima ondata che la seconda, il contributo regionale appare limitato (sotto 4/7) sul versante delle turnistiche, della comunicazione interna, della motivazione del personale e della riorganizzazione dei reparti. Da notare che i maggiori *gap* della Lombardia rispetto alla media complessiva (-0,7 punti - Tabella 13) si registrano, nella prima ondata, con riferimento all'integrazione con le cure primarie e all'assistenza dei pazienti non-COVID-19; nella seconda ondata, riguardo alla turnistica. Il reperimento di beni e tecnologie e la gestione dei flussi evidenziano invece valori di supporto percepito discreti (da 4,5/7) fin dalla prima ondata.

Sul piano della eterogeneità intra-regionale, il coefficiente di variazione è più elevato, nella prima ondata, con riferimento alla comunicazione esterna (0,9), mentre, nella seconda, rispetto all'integrazione con le cure primarie (0,7).

Tabella 14 - Impatti generati dal contributo regionale nella prima ondata - Lombardia

	Comunicazione verso l'interno	Comunicazione verso l'esterno	Costruzione di percorsi ad hoc COVID-19	Gestioni alternative dei pazienti con COVID-19 (ad esempio telemedicina)	Ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti	Gestione delle attività con le cure primarie (MMG/PLS)	Riorganizzazione dei turni del personale	Acquisizione di beni di consumo ad hoc (es. DPI, farmaci, ecc...)	Acquisizione di tecnologie ad hoc (es. ventilatori, ecc...)	Gestione dei flussi informativi	Motivazione ed engagement del personale
ASST 1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2
ASST 2	3	3	4	4	5	2	2	4	4	5	2
ASST 3	4	7	5	3	5	3	2	6	6	6	3
ASST 4	3	3	3	3	3	3	3	6	3	5	-
ASST 5	3	3	4	4	3	5	3	6	5	4	3
ASST 6	6	2	5	4	5	2	3	5	5	5	3
ASST 7	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2
ASST 8	2	7	3	2	6	1	1	6	5	3	3
ASST 9	4	4	5	5	4	3	4	5	5	5	3
ASST 10	6	6	5	5	6	5	6	5	6	6	6
IRCCS 1	1	3	4	3	2	-	1	4	4	4	4
ASST 11	3	3	4	4	3	5	3	6	5	-	3
Totale Lombardia	3.3	3.8	3.8	3.4	3.8	3.0	2.7	4.9	4.5	4.5	3.1
Coef. Var	0.7	0.9	0.3	0.3	0.6	0.7	0.7	0.3	0.3	0.3	0.4

Tabella 15 - Impatti generati dal contributo regionale nelle fasi/ successive – Lombardia

	Comunicazione verso l'interno	Comunicazione verso l'esterno	Costruzione di percorsi ad hoc COVID-19	Gestioni alternative dei pazienti con COVID-19 (ad esempio telemedicina)	Ridefinizione della vocazione produttiva dei reparti	Gestione delle attività con le cure primarie (MMG/PLS)	Riorganizzazione dei turni del personale	Acquisizione di beni di consumo ad hoc (es. DPI, farmaci, ecc...)	Acquisizione di tecnologie ad hoc (es. ventilatori, ecc...)	Gestione dei flussi informativi	Motivazione e engagement del personale
ASST 1	4	5	4	4	4	4	2	4	4	2	2
ASST 2	3	4	5	4	4	3	3	5	5	6	3
ASST 3	3	6	4	5	5	3	2	5	6	5	2
ASST 5	4	4	5	5	4	6	4	7	6	5	4
ASST 6	3	6	5	4	4	5	3	5	5	5	4
ASST 7	4	5	4	4	4	4	2	4	4	2	2
ASST 8	4	7	4	3	2	1	1	3	3	3	4
ASST 9	4	4	5	4	4	3	4	5	5	5	4
ASST 10	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6
IRCCS 1	1	2	3	1	2	-	3	2	2	7	2
ASST 11	4	4	5	5	4	6	4	7	6	5	4
Totale Lombardia	3.7	5.0	4.7	4.2	3.9	4.2	3.1	4.8	4.7	4.7	3.4
Coef. Var	0.5	0.5	0.1	0.4	0.3	0.7	0.6	0.5	0.4	0.6	0.5

4.2 Le lezioni apprese

Quali insegnamenti ricavare dall'analisi della risposta alla pandemia fin qui riportata? Per proporre una sintesi, possiamo ricondurre gli elementi determinanti la tenuta o il cedimento delle aziende a quattro categorie.

- I. **Approvvigionamenti:** la possibilità di acquisire le tecnologie e i beni di consumo necessari.
- II. **Riorganizzazione:** la capacità di riorientare i reparti, riorganizzare i turni, disegnare percorsi appropriati per i pazienti COVID-19 e non COVID-19 e infine, comunicare internamente in maniera efficace
- III. **Relazioni esterne:** gestione dei rapporti con la regione, con le cure primarie, con l'opinione pubblica in generale.
- IV. **Motivazione:** mantenimento di un alto livello di motivazione dei professionisti.

Nella prima fase, le cabine di regia aziendali hanno comprensibilmente dato netta priorità agli approvvigionamenti e agli aspetti di riorganizzazione. Del resto, da questionario è emerso che

solo il 32% delle aziende disponeva di un piano pandemico già predisposto. Nella seconda fase, all'allentarsi della pressione dei contagi e all'aumentare della disponibilità di *device* e strumentazioni, i punti I e II sono rimasti prioritari, ma è emerso maggiormente l'aspetto organizzativo, soprattutto nell'ottica di perfezionare i percorsi COVID-19 e recuperare l'attività "congelata" per i pazienti non-COVID-19. Soprattutto sul versante acquisti, e in maniera particolare nella prima fase dell'emergenza, la regione è stato un interlocutore importante per quasi tutte le realtà aziendali. La composizione della cabina di regia, tipicamente formata da direzione strategica, direzione infermieristica, direzione medica di presidio e responsabile rischio clinico, appare coerente con l'impostazione sopra descritta.

Le relazioni esterne, fatta salva l'interlocuzione "naturale" con la Regione, sono scivolte ampiamente in terzo piano. In piccola parte, questa dimensione è stata recuperata nella seconda fase, quando la presenza del responsabile comunicazione nella cabina di regia è divenuta più frequente. L'integrazione con il mondo delle cure primarie è stata ancora più marginale. Del resto, nessun rappresentante della medicina convenzionata è stato cooptato nelle cabine di regia delle aziende rispondenti. In generale, il territorio è stato il grande assente dalle cabine di regia della prima e della seconda fase: anche l'episodica partecipazione del direttore socio-sanitario nella prima fase (13% delle aziende) si è ridotta con la seconda fase (3%). Tra l'estate e l'autunno 2020 la percezione emersa dal questionario è stata quella di un funzionamento soddisfacente dei servizi di filtro territoriali (Figura 13), ma il ridotto investimento in meccanismi di programmazione congiunta da parte di tutti i soggetti del sistema (regione, Aziende, medicina convenzionata – cfr. Figura 12 e Figura 14) ha creato i presupposti per le carenze sperimentate durante la seconda e la terza ondata in termini di *tracing*, cure domiciliari, somministrazioni vaccinali.

Infine, l'essenziale aspetto della motivazione non è stato particolarmente presidiato né durante la prima né durante la seconda fase, né dalla cabina di regia aziendale, né dai livelli regionali. Eppure, la risposta alla pandemia osservata nel 2020 non sarebbe stata possibile senza un imponente e diffuso *commitment* dei professionisti. Probabilmente, la fonte della motivazione va ricercata altrove: riscoperta dei valori professionali e istituzionali, senso di appartenenza alla comunità e al SSN, esempio dei vertici clinici e manageriali, come hanno rilevato altri studi di taglio qualitativo (Bobini, Longo e Ricci, 2020).

5. Priorità strategiche e i passi successivi

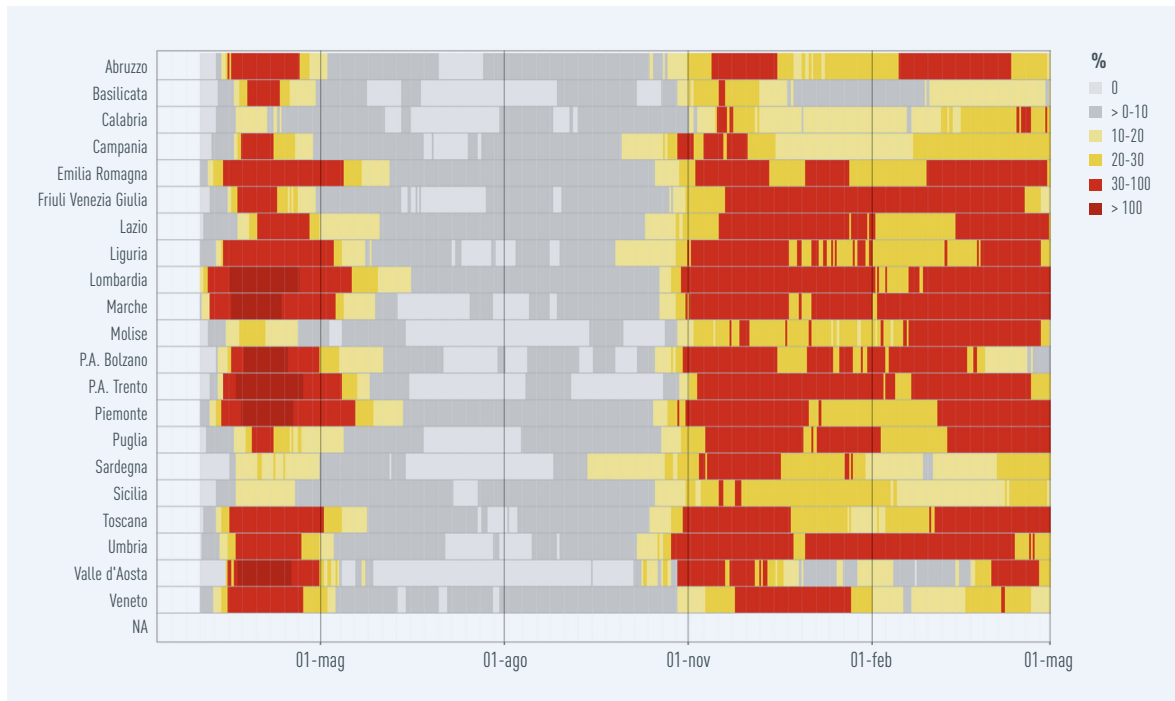
Le aziende sanitarie italiane sono da sempre impegnate nel difficile compito di perseguire in parallelo priorità e progettualità complesse e articolate. In questi mesi, anche a causa della pandemia, le urgenze si sono sovrapposte e concentrate portando gli ospedali e le aziende sanitarie costantemente sotto la luce dei riflettori, con un carico di lavoro senza precedenti per i professionisti e gli operatori del settore.

5.1 I quattro “cantieri” aperti per le aziende sanitarie italiane

Si possono individuare almeno quattro “cantieri” su cui oggi il *management* delle aziende sanitarie è chiamato a dare risposte.

Il primo cantiere attiene alla gestione (su tutti i fronti) dell'emergenza COVID-19, le ormai note “3 T”: dalla cura dei pazienti che hanno contratto la malattia (*treating*), alle attività di diagnosi (*testing*) e di tracciamento dei contatti (*tracing*) per contenere la diffusione del virus. Sebbene alla data di redazione del presente rapporto il pressing sulle aziende sanitarie possa dirsi in relativa discesa, la Figura 16 mostra, a titolo esemplificativo e non esaustivo, come il sovraccarico di utilizzo di terapie intensive durante la cosiddetta terza ondata abbia interessato tutte le regioni italiane.

Figura 16 - Percentuale di occupazione dei posti letto di terapia intensiva nelle regioni italiane nel periodo 1° marzo-14 aprile 2021



Fonte: AGENAS
<https://www.agenas.gov.it/COVID19/web/index.php?r=site%2Fheatmap>

Un secondo cantiere riguarda l'organizzazione del piano vaccinale che nelle prossime settimane e nei prossimi mesi riguarderà porzioni sempre più ampie della popolazione. Non solo, si tratta infatti di un piano che le aziende stanno affrontando con la consapevolezza che la campagna vaccinale dovrà essere riproposta con tutta probabilità anche negli anni a venire, aggiungendo una nuova attività stabile ai servizi già erogati.

La Tabella 16 mostra il potenziale impatto in termini di risorse umane assorbite per garantire i tassi di copertura vaccinali desiderati.

Tabella 16 - Le stime di assorbimento di personale per garantire la prima copertura COVID

	Abitanti al 1° gennaio 2020	Target della vaccinazione (70% della popolazione residente)	Obiettivo del 70% da raggiungere in 120 giorni (4 mesi)			Obiettivo del 70% da raggiungere in 180 giorni (6 mesi)			Obiettivo del 70% da raggiungere in 240 giorni (8 mesi)		
			N. vaccinazioni giornaliere necessarie	N. minimo dipendenti dedicati	% dipendenti dedicati su dipendenti SSN	N. vaccinazioni giornaliere necessarie	N. minimo dipendenti dedicati	% dipendenti dedicati su dipendenti SSN	N. vaccinazioni giornaliere necessarie	N. minimo dipendenti dedicati	% dipendenti dedicati su dipendenti SSN
Abruzzo	1.293.941	905.759	7.548	283	2,9%	5.032	189	1,9%	3.774	142	1,4%
Basilicata	553.254	387.278	3.227	121	2,5%	2.152	81	1,7%	1.614	61	1,3%
Calabria	1.894.110	1.325.877	11.049	414	3,1%	7.366	276	2,1%	5.524	207	1,6%
Campania	5.712.143	3.998.500	33.321	1.250	3,9%	22.214	833	2,6%	16.660	625	1,9%
Emilia Romagna	4.464.119	3.124.883	26.041	977	2,5%	17.360	651	1,6%	13.020	488	1,2%
Friuli Venezia Giulia	1.206.216	844.351	7.036	264	2,1%	4.691	176	1,4%	3.518	132	1,1%
Lazio	5.755.700	4.028.990	33.575	1.259	3,9%	22.383	839	2,6%	16.787	630	1,9%
Liguria	1.524.826	1.067.378	8.895	334	2,1%	5.930	222	1,4%	4.447	167	1,0%
Lombardia	10.027.602	7.019.321	58.494	2.194	3,3%	38.996	1.462	2,2%	29.247	1.097	1,7%
Marche	1.512.672	1.058.870	8.824	331	2,5%	5.883	221	1,7%	4.412	165	1,3%
Molise	300.516	210.361	1.753	66	3,4%	1.169	44	2,3%	877	33	1,7%
Piemonte	4.311.217	3.017.852	25.149	943	2,5%	16.766	629	1,7%	12.574	472	1,3%
P.A. Bolzano	532.644	372.851	3.107	117	2,2%	2.071	78	1,5%	1.554	58	1,1%
P.A. Trento	545.425	381.798	3.182	119	2,3%	2.121	80	1,5%	1.591	60	1,2%
Puglia	3.953.305	2.767.314	23.061	865	3,3%	15.374	577	2,2%	11.530	432	1,6%
Sardegna	1.611.621	1.128.135	9.401	353	2,4%	6.267	235	1,6%	4.701	176	1,2%
Sicilia	4.875.290	3.412.703	28.439	1.066	3,3%	18.959	711	2,2%	14.220	533	1,7%
Toscana	3.692.555	2.584.789	21.540	808	2,3%	14.360	538	1,6%	10.770	404	1,2%
Umbria	870.165	609.116	5.076	190	2,4%	3.384	127	1,6%	2.538	95	1,2%
Valle d'Aosta	125.034	87.524	729	27	2,0%	486	18	1,3%	365	14	1,0%
Veneto	4.879.133	3.415.393	28.462	1.067	2,7%	18.974	712	1,8%	14.231	534	1,4%
ITALIA	59.641.488	41.749.042	347.909	13.047	2,9%	231.939	8.698	2,0%	173.954	6.523	1,5%

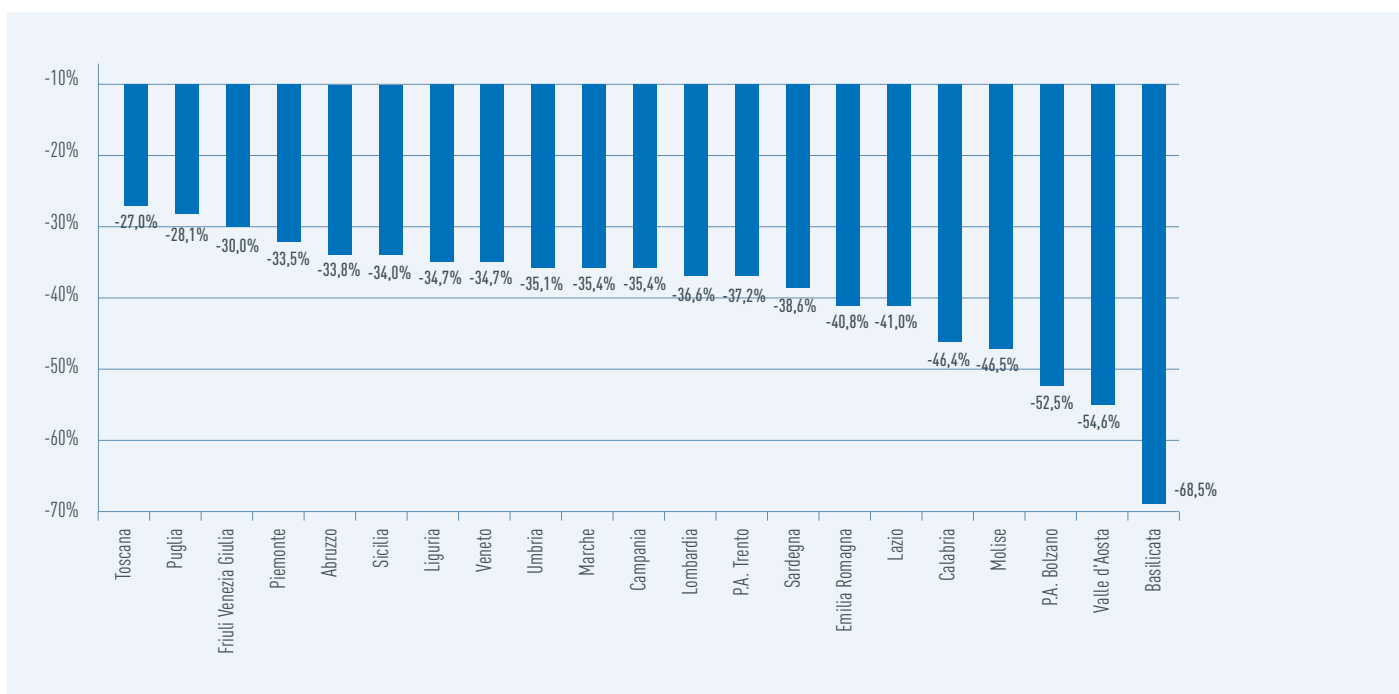
Il terzo cantiere attiene alla gestione degli altri problemi di salute dei cittadini. Da un lato ci sono infatti le prestazioni urgenti e non rinviabili (la sfida manageriale è organizzare la capacità produttiva per far fronte a questo ambito di attività), dall'altro ci sono invece tutte le prestazioni che sono state sospese (Tabella 17, Figura 18, Figura 19 e Figura 20) o rinviate, in alcuni casi perché la stessa domanda da parte degli utenti è diminuita, come ad esempio nel caso degli *screening* (in questo caso la sfida per i *manager* è preparare le aziende ad affrontare l'impatto che il recupero di queste prestazioni comporterà per le aziende nel medio periodo).

Tabella 17 - La presa in carico dei pazienti non COVID: il confronto 2019-2020 in termini di ricoveri

Regione	Gennaio-Giugno			
	Volumi SDO 2019	Volumi SDO 2020	Delta	Delta (%)
010 Piemonte	317.557	235.643	-81.914	-25,8%
020 Valle d'Aosta	10.528	7.253	-3.275	-31,1%
030 Lombardia	757.622	546.975	-210.647	-27,8%
041 P.A. Bolzano	43.638	33.907	-9.731	-22,3%
042 P.A. Trento	40.125	30.765	-9.360	-23,3%
050 Veneto	342.284	272.037	-70.247	-20,5%
060 Friuli Venezia Giulia	91.946	70.386	-21.560	-23,4%
070 Liguria	123.337	88.813	-34.524	-28,0%
080 Emilia Romagna	387.606	291.707	-95.899	-24,7%
090 Toscana	280.407	180.120	-100.287	-35,8%
100 Umbria	70.198	51.071	-19.127	-27,2%
110 Marche	114.513	65.435	-29.078	-42,9%
120 Lazio	432.604	346.963	-85.641	-19,8%
130 Abruzzo	89.085	63.650	-25.435	-28,6%
140 Molise	23.282	11.830	-11.452	-49,2%
150 Campania	391.117	247.645	-143.472	-36,7%
160 Puglia	245.369	159.676	-85.693	-34,9%
170 Basilicata	35.277	22.671	-12.606	-35,7%
180 Calabria	105.237	69.439	-35.798	-34,0%
190 Sicilia	293.699	215.261	-78.438	-26,7%
200 Sardegna	118.415	80.312	-38.103	-32,2%
ITALIA	4.313.846	3.091.559	-1.222.287	-28,3%

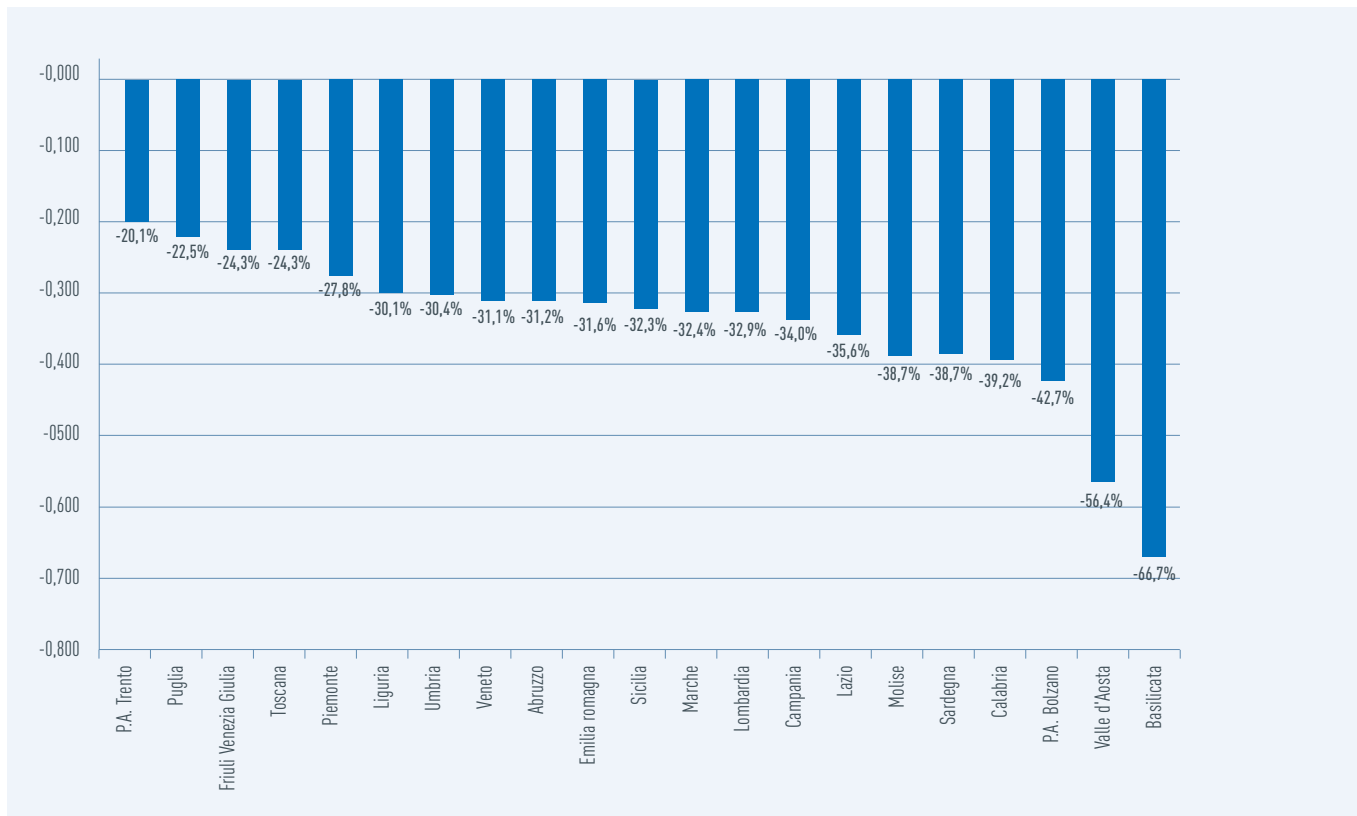
Fonte: Dati MES S. Anna
<https://www.agenas.gov.it/COVID19/web/file/Sintesi%20Italia%20Ricoveri.pdf>

Figura 18 - La presa in carico dei pazienti non COVID: il confronto 2019-2020 in termini di prestazione di specialistica ambulatoriale per pazienti cronici



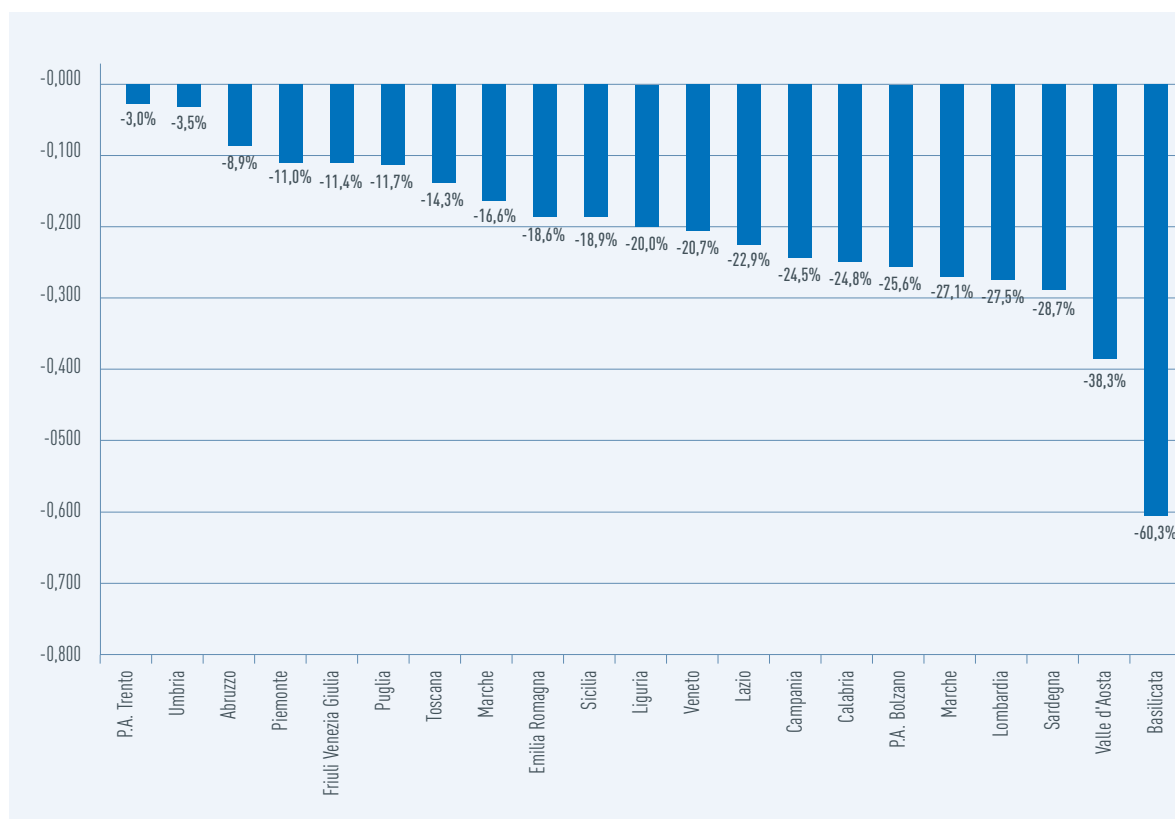
Fonte: AGENAS

Figura 19 - La presa in carico dei pazienti non COVID: il confronto 2019-2020 in termini di prestazione di visite di controllo



Fonte: AGENAS

Figura 20 - La presa in carico dei pazienti non COVID: il confronto 2019-2020 in termini di prestazione di visite di controllo Neoplasie



Fonte: AGENAS

Il quarto cantiere riguarda il disegno delle priorità future, avendo sullo sfondo le nuove risorse che saranno a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Gli ambiti di intervento per migliorare il sistema non mancano (investimenti infrastrutturali, in tecnologie, in competenze, riorganizzazione della rete dei servizi, solo per citarne alcuni), ma le Direzioni delle aziende sanitarie italiane sanno che bisogna farsi trovare pronti con progettualità concrete, in modo da riuscire a sfruttare un'opportunità probabilmente irripetibile

nel breve periodo. In questo senso, appaiono prioritari gli interventi in termini non solo di rinnovo tecnologico e infrastrutturale, ma anche e soprattutto quelli in ambito digitale, al fine di presidiare con maggior efficacia il patrimonio informativo connesso alla presa in carico di ciascun individuo.

Nessuno di questi “cantieri” può essere davvero considerato più prioritario rispetto ad altri, perché altrimenti si perderebbe il difficile equilibrio che le aziende stanno mantenendo in questa delicata fase della loro storia. È quindi inevitabile portare avanti in parallelo la riflessione su tutti gli ambiti senza tralasciarne nessuno, per quattro motivazioni di fondo:

1. nei fatti si tratta di aree di lavoro già avviate e parimenti strategiche: questo pone al management un notevole problema di *time management* e di equilibrata allocazione delle risorse direzionali e di erogazione dei servizi;
2. dietro alla gestione dei quattro cantieri c'è inoltre un processo elaborativo e comunicativo che connette e riunifica tutta l'organizzazione, le cui componenti sono spesso impegnate in modo esclusivo in ciascuno dei diversi cantieri;
3. tornando al tema dell'equilibrio, la gestione in parallelo consente di creare una narrazione che connette (ed eventualmente celebra) il passato (gli “eroi” della sanità e la “tenuta” del nostro SSN) e il futuro (le possibilità di innovazione e di valorizzazione delle risorse del “Next Generation EU”), nonché valorizza l'esperienza accumulata in questi mesi;
4. si crea un “*meta-cantiere*” che permette l'elaborazione dei vissuti, aiutando a costruire orizzonti di significato. Per le aziende sanitarie significa definire e rafforzare le nuove identità professionali, le appartenenze aggregative e la cultura aziendale.

Un elemento di complessità ulteriore che le Direzioni aziendali si trovano di fronte è lo scenario volatile del contesto in cui operano: cambiano i numeri, le conoscenze e le dinamiche della pandemia; cambiano e maturano gli indirizzi di *policy* (le risorse destinate alla sanità provenienti dal Next Generation EU erano prima 68 miliardi di euro, poi 9, ora 19,7); si trasforma la narrazione e la resilienza collettiva (lavoratori del SSN sono eroi come durante la prima ondata oppure vessatori come nelle successive fasi?); il clima organizzativo interno alle aziende è sotto *stress*, con forti oscillazioni motivazionali e di senso.

Ecco perché la gestione aziendale nel settore sanitario è oggi al tempo stesso un tema di *time management*, di *project management* e di *innovation management*.

5.2 Gestire i cantieri in parallelo: organizzazione, formalizzazione e comunicazione

Diversi modelli di organizzazione del lavoro possono supportare questa sfida dalla prospettiva del management sanitario: l'approccio funzionale, l'approccio a matrice e l'approccio progettuale. Scegliere una struttura funzionale, basata quindi sulla suddivisione per "funzioni" coerenti con l'oggetto di lavoro, significa puntare da un lato sulla velocità di allestimento del cantiere e sulla specializzazione, ma al tempo stesso correre il rischio di avere un'eccessiva parcellizzazione e una conseguente difficoltà di ricomposizione della visione complessiva. Per contro, optare per una struttura a matrice consente di valorizzare l'interdisciplinarietà e l'innovatività, ma si rischia così di allungare i processi decisionali e aumentare i costi di transizione. La terza alternativa, quella dell'approccio progettuale, consente di sfruttare efficacia e rapidità di cambiamento, di fatto attraverso una «soppressione» del modello organizzativo «normale» e quindi la necessità di ricomposizione *ex-post* degli equilibri interni.

Al di là del modello organizzativo prescelto, ci sono alcuni ulteriori elementi che influenzano l'efficacia nella gestione. Un primo tema è il grado di formalizzazione che si vuole dare ai cantieri di lavoro, con un *trade off* tra la responsabilizzazione che può derivare da un maggior livello di formalizzazione e la flessibilità che si può invece ottenere dalla scelta opposta. Infine, ogni Direzione aziendale sa che deve presidiare anche alcuni assi che rappresentano le diverse intensità dell'attività di comunicazione e di *stakeholder management*. Gestire i portatori di interesse, a cominciare da quelli più strategici, è un elemento che impone di guardare sia all'interno dell'azienda sanitaria (al fine di massimizzare il coinvolgimento di tutta l'organizzazione e minimizzare i *gap* informativi, ma anche per allineare conoscenze e comportamenti, offrire orizzonti di senso e motivare il personale), sia all'esterno (evitando però di generare rumore cacofonico e confusivo e proponendo "certezze istituzionali"), senza trascurare la rilevanza dell'interlocutore regionale (evitando decisioni scarsamente attuabili e giocando in attacco nel processo di formulazione di policy, valorizzando e portando le esperienze locali all'attenzione del *policy maker*).

5.3 Il delicato ruolo delle Direzioni aziendali

In questo difficile gioco di equilibri, quali dovrebbero essere il ruolo e la postura del *top management* sanitario? La risposta, come spesso accade, non è univoca e si potrebbe sintetizzare con un "dipende".

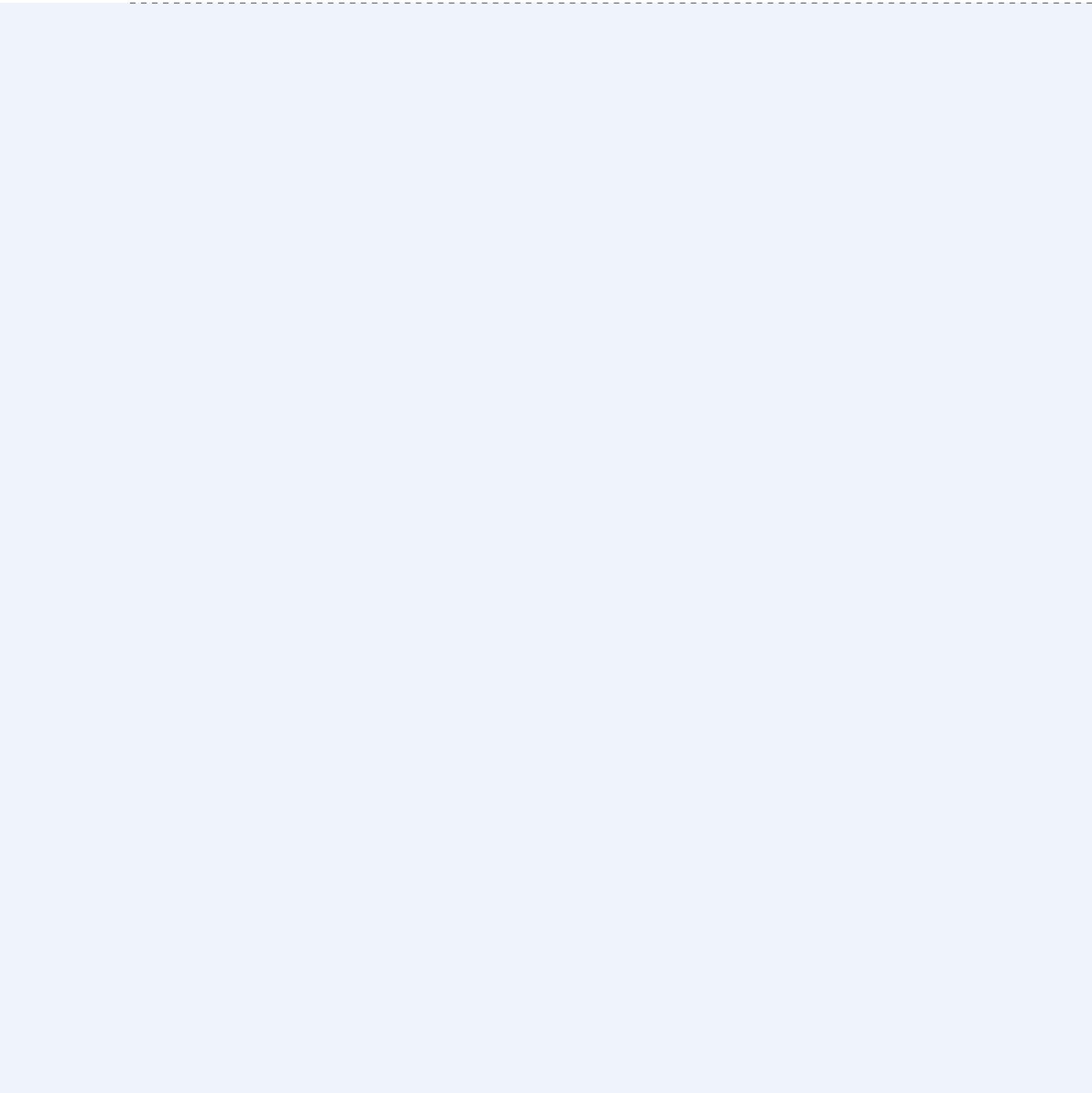
La scelta dovrebbe considerare diverse variabili, a cominciare dal grado di delega e il ruolo che la Direzione vuol avere nel singolo cantiere. Bisogna poi valutare se e come adottare un meccanismo

di coordinamento complessivo a ombrello su tutti cantieri e, al tempo stesso, quale meccanismo mettere in atto per il coordinamento della comunicazione nelle tre direttrici indicate (interna, esterna, verso il *policy maker regionale*).

Focalizzandoci sul ruolo della Direzione strategica, ne deriva un modello a “matrice” sulla base del quale decidere come e quanto impiegare il tempo limitato a disposizione dei *manager*. Le valutazioni dovrebbero essere fatte considerando due variabili: la fiducia nelle risorse aziendali impiegate sul cantiere e la rilevanza della tematica.

Laddove il cantiere rappresenta un tema chiave per la Direzione, il coinvolgimento può essere approfondito (“*deep dive*”) soprattutto se la fiducia nelle risorse è limitata, viceversa il coinvolgimento può essere meno intenso, ma dovrebbe prevedere un ruolo di supervisione informata e attenta (“*be careful*”). Nel caso in cui il cantiere rivestisse invece una minore rilevanza, il ruolo delle Direzioni Aziendali può essere più defilato, un “*light touch*” quando la fiducia nelle risorse aziendali impegnate su quel tavolo di lavoro è limitata, un approccio più da visione ampia (“*helicopter*”).

È evidente che le soluzioni alla sfida posta oggi alle aziende sanitarie e al loro *management* siano molto più facili da scrivere che da mettere in pratica.



Il Servizio Sanitario e la gestione della complessità: perché ci vuole una cultura da ecosistema

Parte

3

1. Ragionare alto, oltre il quotidiano per pensare alla sanità del prossimo futuro

1.1 Il perimetro del ragionamento

È possibile, ad oltre un anno dall'inizio ufficiale della emergenza sanitaria, enucleare una serie di lezioni su cui *ragionare alto insieme*, per il futuro del Servizio sanitario?

È possibile, senza andare fuori tema, staccarsi dall'urgenza del quotidiano, dall'oscillare di notizie ed emozioni per concentrarsi su alcune dinamiche più strutturali destinate a restare e sulle indicazioni relative a quel che dovrebbe essere fatto nel prossimo futuro per una sanità migliore?

Ragionare alto, oltre il quotidiano incedere incessante degli eventi, è possibile e necessario perché, mentre la paura del contagio persiste e condiziona scelte e comportamenti, si vanno delineando le tante diverse opzioni sul profilo della nuova sanità, che dovrebbe finalmente contare su dotazioni finanziarie non centellinate e sulla memoria indelebile delle lezioni apprese in questi drammatici mesi.

La sanità è in cima all'agenda delle priorità degli italiani: lo era già prima del Covid-19 e lo è ora senza rivali. Troppo forte è stato lo *choc* del ritrovarsi con un sistema sanitario traballante di fronte alla sorpresa di un coronavirus inatteso e sconosciuto, capace di entrare negli ambiti più minuti della nostra vita, bloccandola.

Troppo forte è la memoria dei giorni di Bergamo e di Alzano Lombardo e di altre comunità diventate emblema della sanità che non ce la fa più, che cede progressivamente di fronte all'onda d'urto di pazienti a rischio vita o terrorizzati da sintomi a cui non si riesce a dare origine, nome, risposta.

Non basta aver rimosso il vincolo di bilancio che, per troppi anni, ha azzerato ogni idea di evoluzione del Servizio sanitario dietro i *niet* del *non ci sono soldi*, del bisogna riportare sotto controllo la spesa con piani di rientro che non sono stati altro che tagli e ristrutturazioni.

La narrazione della sanità sprecona da mettere a guinzaglio ha lasciato il posto a quella di una sanità impreparata, fragile, dalla organizzazione e dalla composizione di offerta arretrate, salvata dalla volontà e dall'abnegazione degli operatori.

Ma, come noto, la gloria riconosciuta degli eroi non sempre è duratura: oggi, di fronte alle rinnovate difficoltà della sanità al prolungarsi dell'emergenza, anche gli operatori sanitari, che mai hanno mollato il campo, rischiano di subire gli effetti di un potenziale cambio del *mood* della *public opinion*.

Allora è bene mettersi a ragionare sulla sanità che andrà presto attrezzata. Ecco il senso del contributo del Censis al Rapporto della Fondazione Farmafactoring nell'anno del Covid-19: utilizzare gli esiti del monitoraggio dell'evoluzione del rapporto degli italiani con salute e sanità effettuato per tutto il 2020 sino al marzo 2021, raccontando e interpretando quel che è accaduto a beneficio di una riflessione collettiva di alto profilo, anche con responsabili e operatori della sanità, per la costruzione di un pensiero alto e riconoscibile su quel che sarebbe opportuno e auspicabile fare.

Operativamente, il Censis ha proceduto ad una analisi *desk* di dati di fonte varia, ad una metanalisi di materiale documentario di fonte istituzionale e di altre fonti ed all'analisi puntuale e comparata di dati originali rilevati con ben tre *survey*, realizzate in momenti diversi del periodo preso in considerazione: settembre 2020, novembre 2020 e febbraio 2021.

Un arco di tempo che copre gli effetti delle tre ondate (con la terza in pieno decollo) e delle relative drammatiche conseguenze nella vita economica e sociale degli italiani.

Un'analisi dal punto di vista dei cittadini che rileva e interpreta opinioni, comportamenti e aspettative, incastonandoli dentro la più ampia interpretazione della società italiana, come tradizione ormai più che sessantennale del Censis.

Di seguito sono delineate cose certe emerse dal lato dell'offerta e da quello dei cittadini, da cui sono enucleate indicazioni su cui costruire riflessione collettiva.

1.2 Cose certe

1.2.1 Dal lato dell'offerta

Ci sono verità elementari emerse in questo periodo che è utile elencare, affinché siano una sorta di matrice delle cose certe da cui ripartire per ragionare:

- *la sanità è un ecosistema*. Il Servizio sanitario ha dovuto fronteggiare nella prima fase l'attacco improvviso del Covid-19, anche se non disponeva delle risorse per rispondere al volo. Gli afflussi incontenibili a Pronto Soccorso ed ospedali, soprattutto in alcune comunità, sono stati almeno in un primo momento amplificati dall'impossibilità di adottare distanziamento sociale per l'indisponibilità di mascherine e, nei reparti ospedalieri, si è registrata la carenza di apparecchi e strumentistica, anche a causa della difficoltà a reperirli sul mercato o da industrie nostrane. La sanità ha sofferto perché altri ambiti con cui è in relazione non erano preparati e stentavano a reagire. Se poteva esserci qualche dubbio, il periodo trascorso l'ha fugato: la sanità è un ecosistema in relazione con altri ecosistemi, e solo una buona relazionalità ecosistemica consentirà di affrontare le sfide future.

-
- *L'emergenza ha amplificato default noti, a cominciare dal razionamento sanitario.* Già da prima del Covid-19 il Servizio sanitario razionava la domanda di servizi e di prestazioni sanitarie, per tramite la lunghezza delle liste di attesa. Un fenomeno raccontato da tempo, che da troppi era negato o minimizzato ed è emerso clamorosamente durante l'emergenza, per cui il razionamento è avvenuto dapprima tra i pazienti considerati meno gravi, poi tra quelli non Covid-19 e ma mano che in alcune aree la situazione diventava drammatica, anche tra i pazienti colpiti dal virus. È inevitabile quando la sanità finisce sotto la pressione di una domanda altamente elastica verso l'alto come accaduto nell'emergenza attuale, ma lo è stato anche nelle condizioni ordinarie in cui, ad esempio, la lunghezza delle liste di attesa ha operato da modalità di razionamento occulto per tante patologie o anche per analisi e accertamenti di prevenzione o nel caso di sintomi da verificare. In fondo, da tempo si rileva che tanti italiani dopo aver tentato di avere prestazioni di vario tipo nel pubblico, preso atto dei tempi di attesa, optano per recarsi nel privato a pagamento intero.
 - *Troppe difformità tra regioni, troppe ambiguità tra centro e regioni.* La *devolution* sanitaria è stata la prima forma di federalismo spinta nel nostro Paese. Nel lungo periodo il suo obiettivo doveva essere responsabilizzare le autorità regionali per migliorare le *performance* di ciascuna regione dentro una virtuosa competizione verso l'alto. In realtà, si è assistito ad una proliferazione di modelli organizzativi, di *governance*, di gestione, e poi anche ad una proliferazione normativa localistica: il tutto dentro una gabbia d'acciaio di bilanci pubblici ristretti. I piani di rientro hanno fatto il resto, contribuendo ad ampliare il divario tra le sanità regionali. Covid-19 ha fatto saltare antiche e consolidate graduatorie, mostrando che anche le sanità regionali migliori erano molto fragili di fronte ad una sfida possente ed epocale come il virus. In questi mesi l'eccesso di frammentazione del Servizio sanitario nazionale è emerso, come esito di una pluralità di poteri che stenta a trovare l'equilibrio necessario per ben operare e più ancora per operare in modo unitario. D'altro canto, ha colpito la dicotomia centro-periferie, con una pericolosa polifonia di voci che stenta a produrre una musica appena gradevole.
 - *Territori vuoti, svuotati o mal riempiti.* Per anni la retorica ha associato la transizione epidemiologica con la proliferazione delle cronicità e la necessità di allentare la centralità ospedaliera: tutto beneficio di una ridefinizione sui territori. Sanità territoriale, continuità assistenziale, strutture e servizi intermedi, e poi integrazione sociosanitaria e socioassistenziale ecc.: sono le molteplici definizioni, progettualità, idee che alla fin fine alla prova del virus hanno mostrato la corda. Pochi casi positivi non sono riusciti a compensare l'evidente vuoto del territorio e la solitudine dei cittadini di fronte alle problematiche del Covid-19 sin dai primi momenti. A chi rivolgersi, per fare cosa e, dall'altro lato, chi sono i pazienti sul territorio, chi i fragili, gli anziani, i non autosufficienti: domande a cui non sono state risposte, come

esito di un vuoto totale di conoscenza e relativa incapacità operativa. Pertanto, il territorio è un contenitore da riempire di senso, con una matrice di servizi, prestazioni, attività, modelli organizzativi e cooperativi tra professionalità diverse, cosa da fare con tempestività. In fondo, da tempo cronici e non autosufficienti erano lasciati al *care* di familiari e badanti, con accessi difficoltosi e per intero a carico dei *caregiver*. Ora il tempo è propizio per uscire finalmente dalla pura retorica inconcludente e per fare progettualità operativa della sanità sul territorio. Medici di medicina generale, infermieri di comunità, strutture leggere, a bassa intensità, ambulatori e laboratori, insomma tutto quel che serve va inanellato dentro un modello organizzato e trasparente a cui il cittadino, se e quando ne ha bisogno, può rivolgersi senza cadere in confusione.

- *L'attualità degli ospedali, o almeno di quelli che servono.* In troppi hanno cantato la fine dell'ospedale aprendo la strada, non tanto ad una più precisa definizione del suo ruolo nel Servizio sanitario piuttosto ai tagli prolungati e indiscriminati, con logiche neutrali, ingegneristiche ed economicistiche uniformi e lineari. Così i territori si sono ritrovati non senza piccoli ospedali, ma senza posti letto, con pronti soccorso sguarniti, fragili, pronti per essere subissati alla prima ondata di richieste. Ora l'offerta ospedaliera va ripensata dentro il quadro del Servizio sanitario, cioè in una logica ecosistemica di offerta. Non tagli lineari su indicatori di comparto, ma una definizione dell'offerta ospedaliera modulata sulla specificità di un determinato territorio. A bisogni complessi occorre dare risposte complesse, non semplificazioni che indeboliscono le risposte assistenziali proprio nel momento in cui è più alta la necessità.
- *Il gap tra universalismo dichiarato e funzionamento reale del sistema crea disillusione.* Oltre 20 milioni di prestazioni sanitarie in meno erogate nel 2020 rispetto all'anno precedente, con riferimento a patologie anche gravi, ad esempio oncologiche. Una mancata assistenza i cui effetti sono destinati a protrarsi nel tempo, sia per le rinviate cure sia per le mancate analisi e accertamenti e relativi probabili diagnosi precoci. C'è una sanità rinviata perché è stata razionata e che è destinata a pesare sul Servizio sanitario non appena la pressione dell'emergenza allenterà e che non sarà facile smaltire. In fondo, le liste di attesa erano troppo lunghe già prima del Covid-19 e si sono allungate di molto, nel mentre si è bloccato il meccanismo regolatore della mobilità ospedaliera e non solo interregionale. Un blocco della fisiologia del Servizio sanitario che in questi anni è stata il grande correttore delle patologie sistemiche: dalle differenti *performance* tra regioni e anche a livello intra-regionale, sino alla possibilità dei cittadini di valutare il proprio Servizio sanitario regionale, semplicemente spostandosi e diventando utente di quello di un'altra regione. L'universalità formale del Servizio sanitario, emblema della riforma del 1978 e valore costitutivo del nostro welfare, si è trasformata in una forma molto concreta di universalismo in cui all'incapacità del sistema

di garantire uguali accessi ovunque e per chiunque, si è ovviato con la possibilità di recarsi altrove per curarsi o di integrare il pubblico col privato a pagamento. Perché l'indisponibilità di strutture e servizi basic, addirittura parte dei Livelli essenziali di assistenza, non si tramuti in una pericolosa disillusione o si fa un salto di qualità nel garantire in tutti i territori realmente quel che viene annunciato oppure si prenda atto di quel che il sistema è concretamente in grado di garantire, magari riconoscendo il valore di talune soluzioni che sono adottate spontaneamente dai cittadini (ad esempio, il ricorso al privato a pagamento quando nel pubblico non si trova spazio).

- *Rispondere a cronicità, acuzie ed emergenze.* Per molti anni la retorica prevalente di esperti e responsabili delle sanità è stata di dover produrre una traslazione di risorse dalle risposte alle acuzie negli ospedali a quelle alle cronicità sui territori. Così si sono avuti tagli agli uni senza decollo degli altri e, nel frattempo, prevenzione e risposte a possibili emergenze languivano con piani ben scritti diventati polverosi e inutilizzati volumi. Ora le cose sono cambiate perché è evidente che la sanità del futuro dovrà agire su tre leve: acuzie, cronicità e gestione delle emergenze. Questo significa che l'offerta ordinaria modulata su acuzie e cronicità dovrà essere in grado di espandersi con grande rapidità all'insorgere di una emergenza tipo Covid-19. Il modello organizzativo dovrà introiettare i costi e le capacità per essere altamente elastico come lo è la domanda di prestazioni sanitarie, anche di altissima complessità, quando arriva una emergenza nella forma della pandemia. Così all'attivazione dei dispositivi di monitoraggio e prevenzione si dovrà affiancare un modello molto ben oliato, condiviso, efficiente e da mantenere nel tempo, anche se si spera che non dovrà essere utilizzato, in grado di fronte a qualsiasi emergenza di ampliare in tempi ristrettissimi l'offerta di strutture e servizi sanitari di vario tipo.
- *Ora che i soldi ci sono, meglio usarli bene.* Come rilevato, per molti anni il claim prevalente è stato "non ci sono soldi", ed ogni idea di ridefinizione del Servizio sanitario cozzava contro tagli o comunque incrementi inadeguati rispetto ai fabbisogni e all'evoluzione dei costi di produzione delle prestazioni sanitarie. Oggi d'improvviso sembra che i soldi pubblici non siano più un problema, che la moneta sia infinitamente elastica e che la sanità benefici di una disponibilità di risorse pubbliche inattesa. Eppure tornerà il momento in cui la parola debito recupererà il significato tradizionale e i cordoni della borsa pubblica torneranno ad essere più stretti. Ecco perché è il momento di promuovere una ridefinizione del Servizio sanitario che, certamente dovrà utilizzare più risorse, ma non dovrà rinunciare ad utilizzarle bene con una attenzione estrema al *value for money*. I soldi pubblici rinviano a tasse e debiti, evidente che non durerà a lungo la facilità di espansione delle risorse pubbliche. Conquistata la sua fetta, più ampia di quella attuale, la sanità dovrà dare prova di saper utilizzare i soldi per dare le risposte che i cittadini si attendono. Guai a far propria una logica della integrazione a piè di lista.

1.2.2 Dal lato dei cittadini

La pericolosa deriva della parabola della fiducia dei cittadini nel Servizio sanitario. Il monitoraggio del Censis dall'inizio della pandemia ad oggi, per tramite le attività progettuali che sono state realizzate per il presente Rapporto, hanno consentito di seguire l'evoluzione del rapporto tra cittadini e Servizio sanitario. All'avvio della pandemia la sanità è entrata con una dote di elevata fiducia dei cittadini, fieri dell'istituzione sanità, un po' meno del funzionamento, anche se con rilevanti differenze territoriali. L'affanno del Servizio sanitario di fronte alla prima ondata in alcune regioni è diventato rischio reale di essere travolto e in altre si è materializzato in numerose e diverse difficoltà, come quella di trovare interlocutori a cui rivolgersi o di far riferimento ad un protocollo preciso delle cose da fare in caso di presunto contagio o di patologia conclamata ecc.. Se in alcuni momenti è sembrato emergere, soprattutto in alcuni territori, una pericolosa onda di sfiducia verso la sanità, tuttavia i dati delle indagini realizzate nel 2020 confermano che la fiducia degli italiani nel Servizio sanitario regionale ha complessivamente tenuto. Laddove si sono avuti tentennamenti hanno supplito coraggio, abnegazione e capacità degli operatori sanitari, dai medici agli infermieri e anche gli ausiliari, che hanno catalizzato fiducia e gratitudine dei cittadini, colmando le carenze sistemiche. In generale, quindi si è avuto una sorta di meccanismo di compensazione della fiducia, con la perdita di fiducia da parte della sanità come sistema che è stata colmata, almeno in parte, da quello per i suoi operatori ai vari livelli. E se nell'indagine più recente trova conferma la fiducia nella sanità, guai a sottovalutare che in questa fase storica vince una emotività che rende i legami fiduciari più fragili, labili, reversibili, oscillanti: la società cova nel profondo un rancore inespresso per molti degli episodi accaduti nell'anno trascorso che, se la vaccinazione non sarà gestita in modo adeguato, potrebbe condensarsi fino ad esplodere, facendo della sanità e dei suoi operatori, pur acclamati come eroi, dei novelli capri espiatori. La madre di tutte le battaglie è oggi la vaccinazione, tuttavia è indispensabile un percorso di ricostruzione, potenziamento della fiducia degli italiani nella sanità. Non si deve dare per scontata, né pensare che l'apprezzamento dell'istituzione Servizio sanitario, garante dell'universalità delle cure, faccia premio su una reale capacità operativa di rispondere ai fabbisogni dei cittadini.

Le difficoltà di accesso. A chi mi devo rivolgere? Chi mi prende in carico? Nelle indagini è emersa una sensazione di smarrimento, la difficoltà sostanziale di trovare la porta d'accesso alla sanità. Anche questa è stata l'espressione eclatante in emergenza di una disfunzione ordinaria della sanità che, laddove non si sa bene a chi rivolgersi, viene risolta correndo al Pronto Soccorso. L'intasamento dei Pronto soccorso nella fase acuta delle ondate pandemiche è stato il portato eccezionale di una dinamica ordinaria: la corsa alla porta d'accesso che più facilmente si riesce ad individuare e che si spera si apra prima e meglio delle altre. Peraltro, in condizione di difficoltà, che nell'emergenza sono state molte e condivise da tante persone, ma che nell'ordinarietà coinvolgono le persone quando temono o scoprono di avere una patologia grave,

prevale un senso di solitudine, la percezione di essere traditi e lasciati soli proprio nel momento del bisogno. Ecco un punto decisivo per i cittadini, diventato stringente in questo anno: sapere a chi rivolgersi, avere la certezza che è la porta d'accesso al percorso diagnostico-terapeutico di cui si ha bisogno. Dai cittadini viene la richiesta di un *design* preciso della sanità, in cui sia riconoscibile la porta d'accesso o le porte d'accesso per i vari casi. E anche l'indicazione che la porta d'accesso sia quanto più vicina possibile alla propria abitazione, sul territorio, e sempre e comunque facilmente raggiungibile, ed efficiente nel dare le risposte. L'eccesso di complicazione del Servizio sanitario va superato, così come si deve evitare nel modo più assoluto di moltiplicare le figure sul territorio oltre il medico di medicina generale, senza dare un *format* preciso che per il paziente significa sapere chi è il front-office e chi è il soggetto che decide e gestisce la presa in carico.

Il buco nero della comunicazione. Molto si è discusso di *fake news*, di una informazione intenzionalmente falsa, fuorviante, creata ad arte per confondere, alimentare teorie cospirazioniste o altre correnti politiche o ideologiche. Un male assoluto, tanto più in pandemia. Tuttavia, nell'anno trascorso ad essere entrato in crisi, in confusione, in contraddizione, in pratica a non aver assolto il suo compito nella sfida più importante di sempre è stata la comunicazione degli esperti della sanità e anche, in molti casi, quella istituzionale, degli organismi nazionali e territoriali che avrebbero dovuto spiegare, guidare, orientare le persone. Dai dati su contagi, ricoverati, terapie intensive che hanno più volte reso la realtà più confusa di quanto già lo fosse di suo, alle tante spiegazioni successive su coronavirus, modalità di contagio e protezione, efficacia dei dispositivi medici, e via via fino vaccino e problematiche che lo concernono. La comunicazione del sapere esperto è stata semplicemente un disastro. Se il Covid-19 è stato di suo un devastante corrosivo della vita collettiva, la comunicazione sul virus ha amplificato le onde emozionali senza mai trovare ritmo, intensità, corde giuste. Se la sanità è un ecosistema che deve relazionarsi con altri ecosistemi, per gli italiani in questo anno è diventata decisiva, prioritaria la giuntura con l'ecosistema della comunicazione. La comunicazione su salute, sanità, patologie, terapie, vaccini ecc. ha bisogno molto urgente di un *pit-stop* da dedicare ad una riflessione operativa che, con grande umiltà, misuri l'entità dei danni provocati e risponda alle aspettative dei cittadini che, a questo punto ne fanno un cardine della nuova sanità.

Vaccinare tutti, presto, bene o vincerà il rancore sanitario. È il mantra del momento, facile da indicare come obiettivo unico che vince su ogni altra considerazione: vaccinare tutti. Eppure non è così facile, perché nel tempo la vaccinazione stenta a prendere il ritmo giusto, vive di improvvise accelerazioni e poi blocchi che sorprendono, impauriscono, inducono alla rassegnazione perché si pensa che non finirà mai. Invece la vaccinazione e suo racconto non possono non essere centrali anche nel preparare la sanità al dopo. Dal modo in cui la politica e la sanità affronteranno, al di là degli *stop and go* congiunturali, la campagna di vaccinazione

dipenderà l'esito finale di tutto il periodo emergenziale. Per gli italiani in fondo siamo stati i migliori nella prima ondata con un *lockdown* inedito, gestito dall'alto e dal basso con grande perizia, serietà e *compliance* alle regole. Abbiamo un po' sbandato nella seconda ondata, recuperando con uno scatto d'ala la rinnovata sintonia tra istituzioni e cittadini. Ora nella terza ondata, con la speranza vaccino in campo, la sbandata fisiologica potrebbe non rientrare se dalla disponibilità del vaccino in dosi sufficienti alla logistica distributiva alla concreta erogazione tutto, sia pure pian piano, non si stabilizzi in un ritmo che renda agli italiani percepibile l'uscita dalla pandemia. Oggi più che mai per gli italiani la sanità è un ecosistema, *front-office* dei tanti ecosistemi che formano la nostra comunità, quindi la sua *performance* diventa paradigma del rapporto con le istituzioni. Le giunture tra sanità e non sanità in questa fase sono decisive.

L'attesa di una sanità efficiente anche per contenere le disparità socioeconomiche. È forte la percezione che le disparità socio-economiche si sono ampliate e, per molti aspetti, rimescolate in quest'anno. È diventato evidente lo iato tra garantiti e non garantiti, la piramide della sicurezza parte da chi ha il grado più alto di certezza di reddito e lavoro fino al variegato mondo dei lavori intermittenti, precari, da *gig economy*, un universo di circa 5 milioni di persone risucchiate nel gorgo del blocco di imprese e mercati. Ebbene in questa nuova geografia sociale delle disuguaglianze, la sanità è chiamata a fare da collante, da ambito in cui l'universalità dell'accesso per i cittadini dovrebbe evitare il definitivo distacco tra gruppi sociali dalle diverse condizioni socioeconomiche. Per questo dai cittadini è forte la richiesta di una sanità in grado di garantire realmente un pacchetto decisivo di servizi e prestazioni, allentando quel forzato ricorso alla sanità a pagamento intero che, nel periodo *pre Covid-19*, ha coinvolto quote non irrilevanti di italiani, sia pure con notevole diversità territoriale. Se la sanità partecipa delle disuguaglianze in questa fase l'effetto sociale potrebbe essere dirompente: anche per questo motivo la sanità è allora saldamente in vetta alle priorità degli italiani come destinataria di nuovi finanziamenti e investimenti robusti in personale, tecnologie, strutture.

Ho capito che lo Stato non può farcela da solo. Nell'anno del Covid-19 è cresciuta la paura degli italiani, spinta in alto dal timore dell'ignoto, dall'incertezza del futuro visto come un grande buco opaco dai cui pericoli ci si deve difendere. La reazione degli italiani, in linea con le scelte postcrisi del 2008, è stata di potenziare il contante in portafoglio, tenere soldi fermi pronti per ogni evenienza. Così la quota di contante in portafoglio è rimasta stabilmente sopra al 30% della ricchezza familiare, ed è aumentata a doppia cifra come ormai da tanti anni. Il nesso tra il *cash* in portafoglio, l'incertezza e, in particolare, la voglia di essere pronti in caso di problemi di salute in famiglia, è diretto, conclamato, soggettivamente assunto e comunicato. Le persone sono convinte, e il periodo pandemico le ha convinte ulteriormente, che la sanità pubblica da sola non può farcela, non può garantire la copertura dai grandi rischi, interventi operatori salvavita, patologie gravi, cure ad alta intensità tecnologica e, al contempo, essere in grado di rincorrere

la moltiplicazione delle piccole patologie, di quei malesseri del quotidiano, magari ricorrenti come le influenze stagionali, che potrebbero invece trovare risposte diverse, chiamando in causa la responsabilizzazione individuale e l'impegno di risorse private. Semmai in questa progressiva evidente presa di responsabilità individuale delle persone, occorre andare oltre il riflesso condizionato della paura per la salute che porta a tenere soldi fermi che, ovviamente non sono in grado di dare piena garanzia in caso di evento avverso. Ecco che diventa stringente il potenziamento di forme di mutualità, di nuove tutele che integrano, completano la copertura pubblica, quella *basic* decisiva del Servizio sanitario delle regioni. I cittadini hanno imparato, da tempo, la lezione che lo Stato non ce la fa a dare e fare tutto nella protezione sociale e che occorre anche contare su proprie risorse, ma è altrettanto chiaro che il contare sulle risorse in portafoglio vuol dire sia accentuare le differenze sociali tra chi ha e chi non ha, sia comunque non avere un meccanismo mutualistico che moltiplica la capacità di protezione delle risorse.

Per gli italiani, il dopo è adesso. Ad oggi, la paura del contagio è ancora forte tra gli italiani, così come è alta la concentrazione di attenzione sul vaccino, tuttavia emerge un'attenzione non consueta alla sanità che sarà, la precisa convinzione che ci dovranno essere cambiamenti sostanziali e che le scelte di investimento di questa fase sono decisive. Dal dibattito sul Mes a quella su NGEU, gli italiani hanno colto che si sta decidendo l'allocazione delle risorse e le progettualità su cui saranno utilizzate. Per questo, sarebbe un errore non capire come in questa fase il dibattito non può più essere specialistico, autoreferenziale, tra tecnici e ed esperti del settore come troppo spesso si è abituati a fare in ambito sanitario. Oltre alla comunicazione sui dati relativi alla epidemia in questa fase e alle patologie quando tutto sarà finito, al di più di servizio sugli interlocutori a cui rivolgersi a seconda dell'esigenza, oggi è importante la comunicazione sulle idee per la sanità del prossimo futuro. Sarebbe un errore grave circoscrivere il dibattito ai soli *stakeholder* strettamente coinvolti, perché c'è bisogno di rassicurare gli italiani anche comunicando in modo semplice, trasparente, comprensibile così da costruire dibattito e consenso sul Servizio sanitario post-pandemia.

1.3 Indicazioni per una riflessione utile

1.3.1 L'ordine del discorso

Dopo molti anni dedicati a formulare ipotesi di riforme senza gambe per camminare e finite in soffitta, è evidente che ora si tratta di delineare in tutta fretta, sotto la pressione di quanto è accaduto e sta accadendo un percorso di ridefinizione del Servizio sanitario che risponda ai deficit emersi, modulandosi sui fabbisogni reali dei cittadini, massimizzando il valore delle lezioni apprese e cogliendo le nuove opportunità che la disponibilità di risorse apre.

Il dibattito sulla sanità non è autocentrato, non si risolve in se stesso, ma rientra nell'alveo di una più generale riflessione sulla società italiana, sfidata dal *real test* della pandemia, capace

di reazioni inattese, con idee precise su quel che vuole e quel che non vuole più. D'altro canto, sul piano sociopolitico anche la sanità rientra tra i tanti ambiti che partecipano alla feroce competizione sulle risorse pubbliche in arrivo, andandosi ad incastonare nella retorica e pratica del *Recovery Plan* e, in generale, del NGEU.

È come se il dibattito pubblico avesse dei binari dai quali non può scartare se vuole essere efficace, cioè finalizzato ad incidere sulle decisioni che poi faranno arrivare i soldi di cui c'è bisogno, per passare dalla formulazione dei progetti alle loro implementazione reale.

Il ricorso alle retoriche del *Next Generation Eu* (NGEU), quindi, consente di stare sulla palla di quel che conta, rendendo questa riflessione un pezzo di una riflessione collettiva nazionale, che poi appunto dovrebbe trovare espressione operativa nelle decisioni sulla allocazione tra progettualità dei fondi NGEU.

1.3.2 Cosa deve garantire il Servizio sanitario e come

Risposte ai fabbisogni di salute e alla domanda di servizi e prestazioni sanitarie da parte dei cittadini: è importante che il Servizio sanitario nella sua quotidiana azione trasmetta nel corpo sociale la percezione che in caso di evento avverso sulla propria salute si possa contare su un apparato in grado di prendere in carico e dare le soluzioni sanitarie migliori possibili nel dato momento.

Perché questi obiettivi finali siano perseguibili in linea con le aspettative dei cittadini e, in fondo, anche il senso ultimo dell'istituzione Servizio sanitario, occorre dare gambe sostanziali all'obiettivo *Missione Salute* riassunto nel *Recovery Plan*, che potrebbe essere la risposta appropriata alle indicazioni sopra riportate esito del monitoraggio di questo lungo anno:

- la territorialità della offerta sanitaria e sociosanitaria, con la logica della massima vicinanza alle persone;
- la digitalizzazione della sanità, con telemedicina, sistemi informativi *Ict* e *device* digitali in ogni contesto possibile.

In fondo sono due direttrici semplici, visibilmente condivise da cittadini, responsabili e operatori sanitari su cui far convergere gli investimenti del prossimo futuro, che però hanno bisogno di essere implementati concretamente rispetto alla pura dimensione definitoria.

1.4 Come leggere i risultati

All'avvio della pandemia il Censis, nell'ambito delle attività per il Rapporto ha avviato un monitoraggio puntuale dell'evoluzione del rapporto dei cittadini con la salute e il Servizio sanitario.

Nel corso del tempo sono stati rilevati, elaborati e analizzati dati e indicatori del Ministero della Salute, della Corte dei Conti, dell'Istat, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Inail, Inps, Assessorati regionali alla sanità e molte altre fonti.

È stata attivata una ricognizione sistematica di materiale documentario di fonti varie che è stato sottoposto ad un'attività di Metanalisi sociale, cioè ad una lettura orientata ad enucleare le informazioni quali-quantitative significanti per i temi del presente Rapporto, che ha consentito di integrare il patrimonio informativo costruito con il Monitoraggio.

Sono state poi effettuate tre *survey*, ciascuna con un campione nazionale rappresentativo di maggiorenni strutturato per età, titolo di studio, genere, macro area di residenza, dimensione del comune di residenza a cui sono stati somministrati altrettanti questionari strutturati.

I questionari sono stati via via costruiti in relazione all'evolvere della situazione, pertanto non si compongono di quesiti identici, ma consentono di rilevare come si sono evolute dimensioni essenziali per capire opinioni e comportamenti degli italiani su sanità e salute.

È stata da subito messa da parte una logica di analisi e interpretazione puramente fenomenologica che consente generalmente di rilevare lo stato della situazione di una determinata fase a partire da un set di opinioni e comportamenti sentinella in grado, di per se stessi, di raccontare quel che accade anche da un punto di vista più strutturale.

Ma stavolta, considerati il troppo veloce ritmo degli accadimenti in questo periodo, la velocità dei cambi di contesto e l'incontrollabilità della emozionalità sul filo delle ore: ecco allora che le rilevazioni sono servite a fissare fenomeni significanti, senza alcuna pretesa di stare sull'onda della quotidianità perché troppo potente è il mutare di aspetti costitutivi della realtà concreta e la connessa oscillazione di sentiment e opinioni anche su questioni vitali.

Non a caso, a pandemia in corso, con la vaccinazione ancora balbettante e controversa, si propone con il presente testo una *riflessione alta* che partendo dai dati di quanto accaduto in questo anno, ne enuclei dinamiche paradigmatiche, destinate a restare nel tempo e che già alludono al dopo.

Non è tempo per la ricerca per la comunicazione sulla *palla del giorno* perché l'andamento quotidiano del numero di contagiati, ricoverati e decessi scandisce ancora il ritmo delle nostre giornate.

I dati delle *survey* sono utili non tanto come espressione di quanto sta accadendo nello specifico che muta troppo rapidamente, piuttosto come un contributo importante per capire quel che si muove sotto, all'interno dei processi più strutturali, oltre il ritmo incalzante del mutare quotidiano di realtà, emozioni ed opinioni che, in condizioni normali, sono più strutturate e molto meno suscettibili di estrema volatilità in tempi ristrettissimi.

2. Diario ragionato dell'anno più incredibile

2.1 Legenda utile

Dovendo esprimere in estrema sintesi l'arco di tempo oggetto della presente riflessione è utile fare riferimento ad alcuni pilastri:

- l'inizio inatteso della pandemia, con la progressiva presa d'atto di quanto stava accadendo, in particolare nell'esperienza diretta delle sanità di alcuni territori. Il *lockdown* nazionale del 9 marzo apre la fase della consapevole reazione anche in ambito sanitario, laddove il periodo precedente è assolutamente concitato, lasciato molto anche all'azione di singole strutture e operatori;
- poi con il periodo estivo si è assistito ad un progressivo calo dei contagi e relativo allentarsi delle misure restrittive. Ha preso quota la retorica del *new normal*, la convinzione che tutto sommato l'epidemia andasse verso una sorta di naturale normalizzazione. In realtà, già al rientro dal periodo estivo sono emersi segnali di una risalita della curva del contagio e di conseguenza la spinta verso nuove restrizioni;
- in ottobre è partita la seconda ondata, azzerando ogni ipotesi di *new normal* e spianando la strada alla nuova fase di restrizioni culminata nelle festività natalizie blindate. Nel frattempo ha preso forma la soluzione vaccinale, con la narrative della soluzione che nel giro di un arco di tempo non troppo lungo sarebbe stata disponibile.
- questa volta la fase restrittiva legata alla seconda ondata, di fatto, non ha allentato ed è transitata nella terza ondata, con un cambio di *mood* significativo. Infatti, intanto era partita la retorica del vaccino disponibile da far arrivare rapidamente ovunque. Ma a terza ondata in corso sono iniziate le problematiche vaccinali, con relativo impatto sulla *public opinion*.

Il rapporto con il Servizio sanitario ha seguito il corso degli eventi, sia pure con intensità e ritmi specifici, tenuto conto che tranne che nel breve periodo estivo, in realtà la curva del contagio non ha mai dato sensazione di allentare la presa.

Quel che è rilevante è che gli italiani hanno avuto un rapporto stretto con il Servizio sanitario, fosse per le vicende legate al Covid-19 o per quelle relative ad altre patologie, spesso anch'esse gravi. Pertanto, le difficoltà del Servizio sanitario nei territori hanno fortemente condizionato la vita degli italiani, e l'inevitabile razionamento delle prestazioni è stato vissuto da quote significative di cittadini, marcando l'esperienza collettiva come mai prima d'ora.

Di seguito sono resi disponibili alcuni dei principali risultati emersi dalle indagini che vanno letti e interpretati nell'infrastruttura raccontata, e sono una delle basi a partire dalle quali sono state enucleate le indicazioni per il *ragionamento alto* a cui il presente testo vuol contribuire.

I risultati delle indagini sono presentati in ordine cronologico inverso: prima quelli della *survey* svolta a fine febbraio 2021, poi quelli relativi a fine novembre 2020 e infine quelli di fine settembre 2020. Un racconto rovesciato che crea un *frame* utile per incastonare e comprendere il senso e la direzione delle riflessioni più generali proposte.

2.2 Le cinque permanenze trasversali ai risultati delle indagini

Si è rilevato che le tre indagini non sono orientate a rilevare e analizzare la fenomenologia come espressione delle dinamiche congiunturali, perché troppo rapido il mutamento di opinioni, comportamenti e aspettative in un contesto mutevole nel profondo della realtà quotidiana in ambiti di vita molto intimi. Una dinamica di mutamento del quotidiano che è inedita e sfida anche la ricerca sociale nel costruirsi gli strumenti per raccontare e capire.

Ecco la *mission* anche delle *survey* che completano il giacimento informativo quali-quantitativo su cui costruire il *ragionamento alto*. È utile allora una lettura trasversale dei risultati delle tre indagini, relative a momenti molto diversi del saliscendi reale ed emozionale di questi mesi.

La lettura trasversale consente di fissare le permanenze, cioè quelle dimensioni che, al di là delle oscillazioni, sono rimaste, magari cambiando intensità e forma, continuando a rappresentare riferimenti decisivi per capire come la sanità ha reagito e, più ancora, ciò di cui avrà bisogno.

Una *prima permanenza* è senz'altro la tenuta della fiducia nel Servizio sanitario, sicuramente messa a dura prova in taluni momenti come ad esempio a seguito della disillusione sull'impreparazione delle sanità regionali dinanzi alla seconda ondata, dopo che la maggioranza degli italiani si era convinta che le lezioni della prima ondata avrebbero condotto ad un adeguamento di strutture e servizi.

C'è una vitalità istituzionale del Servizio sanitario che è un valore, che nasce dal rapporto profondo degli italiani con l'idea di una sanità per tutti che aiuta le persone ad affrontare le difficoltà della malattia e che impedisce un eccesso di disparità nelle comunità, al di là delle differenze socio-economiche. La fiducia però è un capitale che va valorizzato, altrimenti si erode o, addirittura, si può svalutare d'improvviso. Oggi il luogo in cui si decide l'andamento del capitale fiduciario è la vaccinazione. Ad oggi, gli italiani sono cauti sui tempi di realizzazione della vaccinazione di massa, tuttavia occorre estrema attenzione a non deluderli su questo punto, non basterà dire che non dipende in via esclusiva dal Servizio sanitario. Quest'ultimo è il volto dello stato sul tema vaccinazione: decisivo essere all'altezza della sfida.

Una *seconda permanenza* è il razionamento come *modus operandi* della sanità italiana: poiché le risorse non bastano ci pensano determinati meccanismi, di solito impersonali e occulti (come

la lunghezza delle liste di attesa), nell'emergenza sono esplicitati, ad esempio riservando la sanità solo ai pazienti Covid-19. Ebbene questa è una dimensione che gli italiani hanno imparato a conoscere in questi mesi, che genererà un surplus di domanda sanitaria ad alta intensità e costi, e che sta già provocando danni e sofferenze agli italiani. È una dimensione meno immediata rispetto alla vaccinazione che, tuttavia, nel medio-lungo periodo della sanità post Covid-19 sarà dirimente. Gli italiani resi ancor più vigili sui temi della salute e della sanità difficilmente accetteranno di rimettersi in fila ad attendere pazientemente il proprio turno per avere determinate prestazioni. Acuzie, cronicità e, qualora arrivassero, emergenze dovranno trovare risposte appropriate e tempestive dalla sanità, pena una valutazione negativa.

Nell'immediato, poi, va rilevato un sottofondo di rancore, risentimento, rabbia inespresa per quote di persone che si sono viste rinviare prestazioni anche per patologie gravi. Una parte di queste non ha intenzione di mollare, e presumibilmente si tutelerà e proverà a trovare soddisfazione anche per le vie legali. È importante che la sanità italiana, man mano che allenta l'emergenza riesca ad espandere la sua offerta di servizi e prestazioni, rispondendo ai tanti pazienti, anche con patologie gravi, che alla fin fine sono stati danneggiati nell'emergenza sanitaria dalla logica del *prima il Covid-19*.

Una *terza permanenza* è la riscoperta degli operatori della sanità, dai medici agli infermieri agli ausiliari: in fondo, quello della salute e della sanità è un universo di relazioni, di empatia umana, di scambio tra persone, non un'attività asettica, magari destinata all'algorithm. Ebbene, al di là dell'ammirazione per i tanti casi di eroismo, è ridiventato evidente che una buona sanità non può funzionare con piante organiche cronicamente carenti, personale scontento, svalorizzato, a cui non viene riconosciuto quel valore aggiunto che i pazienti che vivono la sanità di ogni giorno più apprezzano insieme alla competenza. Ancora una volta il fattore umano diventa decisivo, sia perché occorre fronteggiare uno *shortage* di medici, infermieri e altre professionalità necessarie sia perché è indispensabile garantire quelle gratificazioni che riconoscono socialmente il valore dell'attività svolta.

Una *quarta permanenza* è la difficoltà per i cittadini di avere una visione chiara di chi fa cosa, ovvero di quali interlocutori consentono di avere accesso alle cose di cui si ha bisogno. Il medico di medicina generale e, auspicabilmente, non appena sarà messa in pratica la normativa di riferimento, anche l'infermiere di comunità sono riferimenti di territorio, di quella sanità prossima che dovrebbe essere componente costitutiva del Servizio sanitario post Covid-19. Ebbene è indispensabile disegnare un format semplice che tiene insieme territorio e ospedale, così come i tanti servizi e strutture. Mai più i cittadini accetteranno di ritrovarsi in una situazione in cui non si capisce bene chi è l'interlocutore o come fare per accedere alle cure, con il risultato che ci si riduce tutti a correre verso il pronto soccorso più prossimo.

Le indagini mostrano quanto delicato sia stato il tema della solitudine, della confusione, del non sapere cosa fare e quanto abbia inciso sul rischio crollo delle sanità regionali la corsa, per necessità o per semplice voglia di rassicurazione, delle persone agli ospedali.

Quinta permanenza è l'emergere sempre e comunque della *logica ecosistemica*, che balza agli occhi dalla complessità delle dimensioni messe in gioco nel rapporto tra cittadini e Servizio sanitario. Si pensi solo al ruolo della comunicazione, un ecosistema specifico, che però nel suo incedere confuso, contraddittorio, instabile ha potentemente condizionato l'azione del servizio sanitario, provocando ondate di emozionalità ha anche contribuito a metterlo in pericolo. Il buon Servizio sanitario del futuro non potrà prescindere dal rapporto con gli ecosistemi perché, se ignorasse tale relazionalità, sarebbe poi costretto a fare i conti di eventuali default, finendo per pagare per colpe non proprie.

3. In piena terza ondata

3.1 Resistere e vaccinare

Nei primi due mesi del 2021, che hanno portato a compimento l'anno del Covid-19 iniziato a fine febbraio 2020 quando si è progressivamente diventati consapevoli di emergenza sanitaria e pandemia, si è confermata la fiducia degli italiani nel Servizio sanitario malgrado la relativa conclamata impreparazione con cui in molti territori ci si è presentati di fronte alla seconda ondata.

Oggi invece le parole chiave sono *resistere e vaccinare*: resistere perché il virus è ancora tra noi, con 8 cittadini su 10 che hanno paura del contagio, e vaccinare perché è l'unica vera exit strategy.

Intanto quella sui vaccini è diventata anche nella percezione collettiva la *sfida delle sfide*, per la sanità in primo luogo, poiché è a partire da se, come e quando tale sfida sarà vinta che presumibilmente i cittadini valuteranno se e in che misura confermare quel positivo giudizio sul Servizio sanitario che, ad oggi pur con tutte le traversie, vince.

3.2 Lotta al virus: *to be continued*

3.2.1 La paura del contagio è ancora qui

Il 2021 vuol dire la compresenza della convivenza con il virus e relativi divieti e l'avvio della campagna di vaccinazione, ad oggi lenta e contraddittoria.

Per ora vince la paura poiché dall'indagine di fine febbraio 2021 emerge che l'85,8% degli italiani ha paura del virus, convinti che siamo ancora in emergenza: di questi, il 17,8% pensa che a breve tutto sarà concluso, il 68% che invece siamo ancora in piena emergenza, lontani dalla sua fine (tab. 1).

Conferma dell'intensità diffusa della paura del virus sono i dati incrociati per le variabili sociodemografiche e territoriali, da cui risulta che gli impauriti del virus sono ancora mediamente più dell'80%: il dato più alto è nel Sud e Isole (91,4%), poi il Centro (88,8%), il Nord Ovest (81,9%) e il Nord Est (78,3%).

Una articolazione delle opinioni che riflette la diffusione su tutto il territorio del virus e, al contempo, il fatto che nelle regioni del meridione si è convinti di poter contare su sanità locali meno attrezzate.

Dal punto di vista dei gruppi sociali, la paura del virus cresce al peggiorare delle condizioni di salute: infatti, il dato è pari al 90,8% tra chi ha un pessimo stato di salute ed al 73,9% tra chi gode di ottima salute.

To be continued. Si potrebbe sintetizzare così l'indicazione profonda che viene dai dati, esito di una lotta al virus che per gli italiani è destinata a proseguire ancora.

3.2.2 Marzo 2020-Marzo 2021: chi ha avuto a che fare con il Servizio sanitario

Dall'indagine del febbraio 2021 emerge nell'anno precedente il 67,6% degli italiani ha avuto un qualche rapporto con il Servizio sanitario. In media 2 italiani su 3 nell'ultimo anno si sono rivolti al Servizio sanitario, dato simile nei vari territori: Nord Ovest (70,8%), Nord Est (71,3%), Centro (68,8%) e Sud e Isole (62,1%).

I numeri esprimono la pressione sul Servizio sanitario in questo anno legata alle tante positività al virus ed ai fabbisogni ordinari acuti e delle cronicità. Il 54,5% degli italiani che si è rivolto al Servizio sanitario lo ha fatto per questioni non afferenti a Covid-19: il 62,1% tra i malati cronici e il 64,5% tra persone con pessimo stato di salute.

3.3 Le prestazioni rinviate nel periodo dicembre 2020-febbraio 2021

3.3.1 Razona come sempre

Uno dei fenomeni chiave della sanità italiana, richiamato nel tempo dal Censis e diventato visibile a tutti al tempo del Covid-19 è la sanità negata, con prestazioni che le persone rinviando, alle quali nei casi estremi, rinunciano. È il meccanismo di razionamento, in essere da sempre, che nell'ultimo anno è diventato più stringente e, quindi, sotto gli occhi di tutti.

Dall'indagine di fine febbraio 2021 emerge che dalla precedente indagine svoltasi a fine novembre al momento delle interviste, cioè nell'intermezzo tra seconda e terza ondata, il 23,3% degli italiani ha dovuto rinviare e/o rinunciare a prestazioni sanitarie. Nel complesso dal marzo 2020 a fine febbraio 2021 il 55% degli italiani ha dovuto rinviare almeno una prestazione sanitaria (tab. 2).

Nel periodo fine novembre 2020-febbraio 2021 il rinvio delle prestazioni sanitarie ha coinvolto di più residenti nel Sud e isole (27,5%) e nel Nord Ovest (24,9%). Guardando invece alle condizioni di salute, il razionamento ha colpito di più malati cronici (28,1%) e persone con pessimo stato di salute (34,6%).

Sulle motivazioni del rinvio, il 50% l'ha attribuito all'annullamento e/o rinvio da parte della struttura, il 30,5% alla paura di essere contagiato, il 20,5% al fatto che i servizi e le strutture a cui ci si è rivolti erano dedicate solo a Covid-19, il 16,3% ad una lista di attesa eccessivamente lunga, il 7,1% alla mancanza di interlocutori sanitari disponibili e il 5,6% alla necessità di spostarsi in altra regione, cosa che si è preferito non fare (fig. 1).

3.3.2 Danni che si stenta ad accettare

Alle difficoltà per chi è stato contagiato dal Covid-19 si affiancano quelle dei pazienti non Covid-19 bisognosi di continuità assistenziale, per i quali l'accesso alle prestazioni diventa un labirinto inaccessibile.

Il 31,1% dei cittadini che si sono visti rinviare le prestazioni di cui avevano bisogno nell'ultimo anno ritiene che ciò gli abbia causato un danno. Le percentuali sono più elevate nel Sud e Isole (37,1%), tra i malati cronici (35%) e le persone con un pessimo stato di salute (52,4%) (tab. 3).

Le mancate diagnosi e cure torneranno come pazienti che hanno visto nel tempo aggravare le proprie condizioni, con una amplificazione dei costi individuali e collettivi.

La percezione dei danni subiti sta diventando forte e progressivamente insopportabile, tanto che il 6,4% è pronto a chiedere congruo risarcimento in tribunale: è il 10,9% tra i cronici.

3.4 La sanità ancora tiene

Sul finire del 2020 il giudizio medio degli italiani sull'operato del Servizio Sanitario seguiva una tripartizione quasi perfetta: infatti, poco più di un terzo degli italiani dava un giudizio ottimo o buono, un altro terzo dava una valutazione di sufficienza, il restante invece giudicava l'operato come insufficiente.

Se alla fin fine prevaleva chi dava una valutazione positiva dell'operato, nel complesso emergeva una mappa dei giudizi molto articolata che era l'esito di *defaillance* e impreparazioni che avevano reso la risposta alla seconda ondata meno efficace rispetto a quella che era stata data nella prima fase.

Ora che si è aggiunto un ulteriore capitolo nella lotta al virus, ovvero il periodo dicembre 2020-febbraio 2021 come si è evoluto il giudizio sull'operato del Servizio sanitario?

Il 46,6% degli italiani valuta ottimo o buono l'operato del Servizio sanitario dal marzo 2020 a febbraio 2021, il 30,4% sufficiente, il 19,5% insufficiente. Un giudizio positivo trasversale a territori e gruppi sociali. Infatti (tab. 4):

- per area geografica, nel Nord Est (66,1%) Centro (54,8%) e Nord Ovest (42,4%) prevale il giudizio positivo, nel Sud e Isole quello della sufficienza (36,6%);
- per dimensioni del comune di residenza il giudizio resta in maggioranza positivo sia tra chi vive in comuni di piccole dimensioni (46,6%) sia tra coloro che abitano in comuni più grandi (48,6%);

-
- per stato di salute, il giudizio positivo presenta valori superiori al dato medio tra chi ha un ottimo stato di salute (57,6%), uno buono (48,1%) e uno discreto (40,1%), sufficiente per chi ha stato di salute pessimo (38,8%).

Pur preso da contraddizioni, difficoltà, evidenti impreparazioni nel fronteggiare la seconda ondata, il Servizio sanitario ha tenuto nella scala di valutazione degli italiani: il 72% di coloro che hanno avuto rapporti da una valutazione ottima o buona.

3.5 La sfida delle sfide: la vaccinazione

3.5.1 Vaccini, opinioni e intenzioni

Con la terza ondata ormai iniziata è evidente la centralità del buon esito della campagna di vaccinazione dipende:

- dal superamento dei limiti dal punto di vista organizzativo e logistico che rallentano la loro distribuzione;
- dal consenso sociale e dalla capacità di superare diffidenze, paure, che ancora aleggiano.

Dai dati emerge che: (fig. 2)

- il 72,6% degli italiani è deciso a vaccinarsi: è il 77,8% nel Centro, l'84,2% tra gli anziani, il 75,2% tra i laureati, il 76% tra chi ha un pessimo stato di salute;
- il 15,1% è ancora indeciso, di più i giovani e persone a bassa scolarità (16,5%);
- i contrari sono il 5,6%, l'8,5% nel Nord Est, il 6,2% tra chi ha un ottimo stato di salute, il 6,8% tra i millennial;

1 italiano su 5 oggi è indeciso o contrario al vaccino anti-Covid-19: sulle motivazioni, il 40,3% perché pensa potrebbe ammalarsi lo stesso, il 39,7% non si fida, il 24,7% teme effetti collaterali gravi, il 17% ha paura (fig. 4).

Secondo gli italiani quando sarà effettivamente raggiunto l'obiettivo del *tutti vaccinati*, verso su cui orientare ogni sforzo? Dai dati risulta che (tab. 5):

- il 9,1% ritiene che il tutti vaccinati sarà raggiunto a settembre 2021;
- il 25,3% a dicembre 2021;
- il 28,2% a giugno 2022;
- il 22% a dicembre 2022;
- il 15,4% nel 2023.

Un pragmatismo estremo, poco permeabile alle scansioni temporali roboanti più volte pericolosamente fatte filtrare.

Guardando alle articolazioni delle opinioni per età emerge che in maggioranza giovani (31,8%) e adulti (28,1%) indicano giugno 2022, gli anziani dicembre 2021 (31,3%).

3.5.2 Sull'obbligatorietà e dintorni

Sul vaccino anti Covid-19 emergono visioni diverse sui vari aspetti coinvolti, dalla volontà di farlo all'obbligatorietà.

In particolare, sulla obbligatorietà la scelta di una soluzione dall'alto che imponga il vaccino trova ampio consenso sociale: infatti, il 71,3% degli italiani è favorevole a rendere obbligatorio per tutti il vaccino anti-Covid-19, con percentuali che arrivano al 73,3% nel Centro e al 79,1% tra gli over 65. Il 64% degli italiani che propende per l'obbligatorietà è anche favorevole ad introdurre un passaporto vaccinale che consenta a chi è vaccinato di poter svolgere le normali attività ordinarie (tab. 6).

Obbligatorio e con passaporto vaccinale, questo il punto di vista prevalente degli italiani su temi chiave della vaccinazione. L'idea è che occorre far giocare nella comunità la vaccinazione come soluzione, forzando ai margini o comunque creando un surplus di difficoltà a chi esprime contrarietà. Obbligatorietà e passaporto vaccinale, infatti, rendono ineludibile per ciascun cittadino il rapporto con il vaccino, pena il ritrovarsi isolato e impossibilitato a svolgere funzioni sociali vitali per se stessi e la propria famiglia.

Ma dove risiedono e quali sono i principali connotati dei contrari all'obbligatorietà? Il 32,7% risiede nel Nord Est, il 29,5% è donna, il 31,9% ha età tra 35 e 64 anni, il 29,2% è diplomato. Profilo che riflette il *mainstream* della società italiana e che quindi impone un impegno rilevante a generare consenso ed evitare che le oscillazioni improvvise su sicurezza, affidabilità ed efficacia del vaccino finiscano per potenziare le aree del rifiuto.

Occorre valutare con estrema attenzione da chi si compone la nebulosa dei contrari, che è più ampia e articolata rispetto alle ridotte ideologiche dei *no vax* duri e puri. Infatti, occorre persuadere anche coloro che temono che l'obbligatorietà porti alle estreme conseguenze quell'invadenza statale nelle sfere individuali che nel periodo della pandemia è stato accettato come un male necessario, minore rispetto ai rischi del contagio. Ora però l'attenzione di tanti cittadini per la propria libertà di scelta li rende restii a sostenere la logica dell'obbligatorietà.

E sempre in relazione alla libertà individuale, tanto più in condizioni di incertezza, si rileva che il 60,6% degli italiani è favorevole a concedere alle persone la scelta del vaccino da farsi inoculare. Altro tema altamente complesso, che ovviamente cozza contro il principio di efficienza che richiede mano libera ai gestori dell'attività vaccinale che pertanto sono chiamati a distribuire in vari vaccini sulla base di criteri di disponibilità e logistica.

Sull'eventualità di acquistare il vaccino privatamente ad un costo contenuto, gli italiani si dividono: il 48,7% è favorevole, mentre il 51,3% è contrario.

*Indagine sui cittadini
ultima settimana di novembre 2020*

4. La reazione alla seconda ondata

4.1 Quel che già a fine anno era chiaro

L'indagine realizzata nell'ultima settimana di novembre 2020 ha integrato il quadro delle informazioni quali-quantitative sulle dinamiche innescate dall'avvio della pandemia, confermando una prima verità elementare ma decisiva: il Servizio sanitario, pur nel fuoco della sfida emergenziale, è riuscito a conservare la fiducia dei cittadini.

È il segno di una vitalità istituzionale non consueta visto che, istituito nel 1978, coinvolto da riforme, progresso tecnologico e mutamenti radicali di stili di vita ed aspettative sociali è riuscito, anche nelle traversie delle prime due ondate del Covid-19, a preservare l'attaccamento dei cittadini.

Certo è che questa seconda indagine del Monitoraggio coglie tutta la complessità della situazione, i contraccolpi delle difficoltà incontrate dalla sanità nel fronteggiare la seconda ondata, soprattutto le difficoltà di star dietro alle alte aspettative dei cittadini che, pervasi da paura e ansia, si sono aggrappati allo Stato ed al Servizio sanitario come fronte avanzato della resistenza e lotta al Covid-19.

È importante fissare questa dimensione di psicologia collettiva: la sanità si è trovata caricata nel corso dell'anno di aspettative molto elevate, anche in relazione alla sua capacità (in particolare dei suoi operatori) di imparare in corsa dalle sfide, adattarsi e in fondo garantire quell'assistenza nell'emergenza cercata dai cittadini.

Infatti, eroismi, reazioni istituzionali e buona *performance* della prima fase dell'emergenza avevano creato nei cittadini la convinzione che di fronte alla seconda ondata le cose sarebbe andate in modo diverso.

Così non è stato: più territori sono finiti sotto la pressione del contagio e i loro servizi sanitari hanno balbettato, razionando le cure ai non Covid-19 e, in alcuni casi, anche ai pazienti Covid-19.

Eppure tutto ciò non ha impedito il persistere nei cittadini di un giudizio complessivamente positivo sul Servizio sanitario, presumibilmente perché a vincere è la fiducia nell'istituzione, percepita come in ultima istanza in grado di fare il suo dovere e verso la quale si prova sia gratitudine che un senso di sollievo per la sua semplice esistenza.

Intanto, la riflessione su quanto è andato emergendo con i risultati di fine anno consentono di dire che proprio tra le luci della prima ondata e le ombre della seconda si è andata configurando una sfida più grande per il futuro prossimo: mettere l'istituzione più amata dagli italiani, il

Servizio sanitario, nelle condizioni di tenere fede alla sua promessa di cure per tutti, sempre e ovunque.

Anche nella percezione degli italiani La sfida diventa quella di un *Servizio sanitario rilanciato* in grado di rispondere ad acuzie e cronicità nell'ordinarietà come nelle emergenze, praticando al contempo la necessaria prevenzione delle pandemie, eventi non solo sanitari non più impossibili.

4.2 Impreparati alla seconda ondata

4.2.1 Sorpassati dagli eventi

La seconda ondata avviatasi in ottobre 2020 e poi decollata fino a imporre nuove restrizioni e un affanno considerevole nella sanità di tante regioni, rimaste ai margini nella prima ondata, ha messo a dura prova il rapporto tra cittadini e Servizio sanitario.

Infatti, le cose non sono andate come gli italiani speravano e credevano: convinti che la lezione della prima ondata avrebbe condotto alle scelte necessarie per affrontare con ben altro piglio e preparazione la seconda ondata, è seguita la disillusione della scoperta che a vincere è stata l'impreparazione. Fronteggiare il Covid-19 per gli italiani non doveva più essere una sorpresa e invece tale è rimasta, vista l'impreparazione mostrata dalle sanità di molti territori.

A fine novembre 2020, per il 61,6% degli italiani la sanità della propria regione non si è dimostrata pronta alla seconda ondata. Ne sono più convinti al Nord-Ovest (67,8%), al Centro (61,7%) ed al Sud-Isole (76,1%), mentre il Nord-Est (27,8%) scarta poiché risulta più alta la quota di coloro che ritengono le sanità locali si sono dimostrate preparate.

È uno strappo alla tradizionale distinzione che corre lungo l'asse Nord-Centro-Sud, perché questa volta anche le regioni del Nord-Ovest sono risucchiate in un gorgo negativo.

Più impreparata si è poi fatta trovare la sanità delle città più grandi (79,6%), messa sotto pressione da ondate di contagiati veri o presunti a cui progressivamente si è avuto difficoltà a dare risposta.

Riguardo ai gruppi sociali, le persone con pessimo stato di salute sono le più convinte che la sanità della propria regione non era pronta alla seconda ondata: è il 64% a pensarlo ed il 55,6% tra le persone con stato di salute ottimo. Chi più aveva bisogno della sanità, più ha percepito che il sistema non si era opportunamente attrezzato.

Definisce impreparata la sanità regionale poi il 57,8% dei bassi redditi ed il 58,7% dei redditi più alti, con una omogeneità di giudizio che consente di dire che:

- vince un interclassismo della *defaillance*, vale a dire che le maggiori disponibilità reddituali questa volta non hanno consentito il ricorso a canali diversificati o privilegiati;
- rispetto alle disparità nell'accesso a vantaggio delle persone con maggiori risorse economiche o culturali e relazionali dei tempi ordinari, nell'emergenza la pressione sul Servizio sanitario e l'impossibilità di rivolgersi alla sanità privata hanno per un momento eliminato le differenze. Un egualitarismo sanitario al ribasso, poiché dalle difficoltà di accesso nemmeno i benestanti si sono potuti smarcare ricorrendo al privato a pagamento intero.

4.3 La disillusione

La disillusione per l'impreparazione della sanità emersa nel novembre 2020 è stata accentuata dal fatto che per quasi 7 italiani su 10 il Servizio sanitario *sarebbe stato pronto ad affrontare una eventuale nuova emergenza*: ne erano più convinti nel Nord Est (88,4%), gli alti redditi (80,3%), gli anziani (77,7%), chi gode di un ottimo stato di salute (76,1%), i bassi titoli di studio (70,7%), gli uomini (69%).

Era una aspettativa positiva che nasceva come risultante della *performance* piuttosto positiva della prima ondata, della fiducia nell'istituzione Servizio sanitario e nella realizzazione di quegli investimenti in termini di risorse, strumenti, mezzi che avrebbero fatto trovare non impreparati alla nuova risalita dei contagi.

Solo nel Nord-est la fiducia nella capacità della sanità di attrezzarsi, secondo i cittadini, è stata opportunamente ripagata.

4.4 Non ti posso curare

4.4.1 La limitazione delle cure come rimedio

Il fenomeno del razionamento delle cure ha ovviamente attraversato le indagini e le attività di monitoraggio: infatti, la sanità negata è il fenomeno chiave delle *defaillance* del Servizio sanitario, malgrado la forza della sua reazione e quella degli operatori.

Sarebbe un errore dire che il Servizio sanitario non abbia fatto il suo dovere in un contesto eccezionale, e infatti gli italiani lo riconoscono: tuttavia sarebbe un errore altrettanto grande negare che esso ha dovuto funzionare razionando, cioè utilizzando le risorse per rispondere ad alcuni negando al contempo le risposte ad altri, con un meccanismo di prioritizzazione imposto dall'emergenza.

La novità è che nel mentre negli anni passati la domanda sanitaria che veniva razionata subiva il giudizio di essere comunque prestazioni relative a fabbisogni non rilevanti, tendenzialmente inappropriati o comunque espressione di consumismo sanitario, nell'emergenza il razionamento ha colpito anche fabbisogni importanti, legati a patologie gravi.

In sintesi, si può dire che Covid-19 ha reso evidente il razionamento come meccanismo di funzionamento attraverso il quale il sistema ritrova il suo equilibrio: infatti, in corso d'anno sono stati razionati malati con patologie diverse da quella al centro dell'emergenza ovvero il Covid-19. Ecco perché questi mesi eccezionali sono diventati un film di rara potenza sulle derive dell'ordinario funzionamento della sanità italiana.

4.4.2 Il taglio alle prestazioni non Covid-19

I numeri strutturali resi disponibili dalle fonti ufficiali certificano che nell'anno del Covid-19 c'è stato un calo delle prestazioni sanitarie erogate rispetto all'anno precedente. In totale 18 milioni di prestazioni sanitarie in meno, di cui:

- 13 milioni di visite specialistiche;
- 4 milioni di screening di prevenzione oncologica in meno;
- 500.000 interventi chirurgici in meno;
- 300.000 ricoveri in meno tra acuti, lungo degenza e riabilitazione.

È il quadro di un razionamento di pazienti non Covid-19, i cui effetti saranno visibili come una sorta di *boomerang* di mancate diagnosi di patologie gravi e peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti, con esito una amplificazione dei costi individuali e collettivi delle mancate cure e diagnosi.

Meno prestazioni vuol dire più pazienti razionati: i dati dell'indagine di fine novembre segnalano che dal settembre 2020 al momento dell'indagine il 23,3% degli italiani aveva dovuto rinviare almeno una prestazione sanitaria.

Nel complesso, il 57,4% degli italiani ha rinviato almeno una prestazione sanitaria nel periodo che va dal marzo 2020 a fine novembre 2020.

Il 35,6% ha attribuito il rinvio al fatto che le strutture e i servizi a cui si è rivolto erano dedicati esclusivamente al Covid-19, il 30,1% alla paura del contagio, il 30,2% ad una lista di attesa troppo lunga, il 15,7% alla mancanza di interlocutori sanitari disponibili e il 7,3% alla necessità di spostarsi in altra regione, cosa che preferito non fare.

4.5 La valutazione della sanità a fine 2020

4.5.1 Alla fin fine ce l'ha fatta

Al termine dell'anno drammatico il giudizio complessivo degli italiani sulla sanità nell'emergenza, tra la reazione alla inattesa prima ondata e l'impreparazione alla pur attesa seconda ondata, è in linea con la complessità di quanto sta accadendo. Infatti:

- per il 34,5% degli italiani la reazione del Servizio sanitario della propria regione durante i mesi dell'emergenza va giudicata come ottima o buona;
- per il 32,5% insufficiente o pessima;
- per il 31,3% sufficiente.

Una tripartizione quasi perfetta, con una lieve prevalenza di coloro che valutano positivamente la reazione avuta. Questa diversificazione è poi articolata per gruppi sociali e territori poiché:

- per area geografica, nel Nord-Ovest (36%) e nel Sud-Isole (49,4%) prevale il giudizio negativo, al Centro (22,4%) i giudizi negativi sono di meno e per i cittadini le sanità regionali hanno avuto reazioni tutto sommato accettabili. Nel Nord-est (9,1%) invece per prevale il positivo giudizio dei cittadini sulle reazioni delle sanità;
- per dimensione del comune, in quelli più grandi (47,1%) prevale il giudizio negativo rispetto a quelli più piccoli (27,5%);
- per stato di salute, il 42,6% delle persone con stato di salute insufficiente o pessimo ha un giudizio negativo sulla reazione della sanità della propria regione, ed è il 33,6% tra chi ha un ottimo stato di salute.

Una mappa molto articolata di riuscite e *defaillance* in cui prevale, di poco, l'idea che il Servizio sanitario se l'è cavata, anche se meglio nella inattesa prima ondata che nell'attesa seconda ondata.

Paradossi di una situazione eccezionale, in cui i limiti del passato sono emersi in modo macroscopico, così come le risorse non adeguatamente apprezzate, il personale come esempio paradigmatico.

4.5.2 Una eccezionale pressione destinata a proseguire

L'esperienza della seconda ondata vissuta nel periodo ottobre 2020-fine novembre 2020 ha marcato in profondità lo spirito degli italiani.

Ha iniziato a traballare quel senso di ammirazione che circondava gli eroi della sanità, protagonisti della *rimuntada* del Servizio sanitario dopo la sorpresa iniziale che in alcuni territori rischiava di diventare una resa di fronte all'avanzare letale del contagio.

Eppure nell'articolazione di giudizi degli italiani, peraltro espressi nella tensione emotiva della seconda ondata, c'è ancora la convinzione che il Servizio sanitario abbia fatto la sua parte nel contesto della sfida straordinaria del Covid-19.

Più o meno bene, con deficit, mancanze e, soprattutto, ritardi nell'adeguarsi alla seconda ondata, ma il giudizio generale volge ancora al positivo.

È importante tenere al centro il giudizio complessivo su questi mesi, non limitarsi a valutare il solo presente o la sola seconda ondata, perché è vero che c'è stata anche incapacità nel prepararsi alla tanto annunciata seconda ondata, ma è altrettanto vero che per gli italiani le responsabilità sono più politiche a livello centrale e regionale che dei responsabili e operatori dei sistemi sanitari propriamente detti.

Piuttosto questi ultimi hanno scontato i costi della mancata preparazione alla pressione di una domanda sanitaria stringente a cui sono stati chiamati a far fronte dopo la già altamente impegnativa prima ondata.

4.6 Fiducia, malgrado tutto

4.6.1 Meno male che c'è

Nel pieno della seconda ondata, richiesti di indicare cosa provano nei confronti della sanità della propria regione per i mesi della pandemia a fine novembre 2020 emerge che:

- il 28,1% ha fiducia, alla fin fine funziona e fa il suo dovere;
- il 25,1% prova gratitudine, pensando meno male che c'è;
- il 26,2% ha ansia, perché teme che non funzioni come dovrebbe quando ne avrà bisogno;
- il 19,9% prova rabbia perché non riesce a funzionare quando serve;
- il 19,8% vive una disillusione, perché si aspettava più capacità preparazione.

E poi il 12,8% prova rassegnazione, non c'è nulla da fare, il 12,8% sicurezza, perché la sua esistenza lo rassicura e il 9,7% orgoglio, è una istituzione che dà fierezza per quel che fa e ha fatto.

La fiducia vince ancora tra gli italiani più come esito del ruolo dell'istituzione che della *performance*: l'istituzione, malgrado la non buona *performance* della seconda ondata continua a meritare fiducia.

Si capisce con il riferimento al senso di sollievo, che rinvia ad un sentimento molto forte tra gli italiani, quello dell'importanza di avere un Servizio sanitario universalistico, tanto più visto quanto accaduto e accade in molti altri paesi i cui sistemi sanitari si sono rivelati sgangherati andando subito in *tilt*.

Quindi il futuro prossimo, a cominciare dalla sfida del vaccino, sarà decisivo per rinsaldare o erodere definitivamente la fiducia degli italiani, scossa dalla non felice *performance* nella seconda ondata.

La mappa delle valutazioni segnala differenze rilevanti:

- il Nord-Est molto positivo nei giudizi, molto più degli altri esprime fiducia (44,8%), gratitudine (36,2%) e anche orgoglio (19,5%). Al Nord-Ovest ed al Centro vince la gratitudine, il sollievo per la sua esistenza (rispettivamente 28,6% e 36,2%), mentre al Sud-Isole con la seconda ondata è arrivata l'ansia (35,5%), esito del timore di non avere la sanità quando se ne avrà bisogno e la rabbia (29,7%), perché non funziona quando serve;
- gli anziani sono i più fiduciosi (34,3%) e grati (26,1%), mentre i giovani hanno più ansia (33,1%) e anche disillusione (24,3%) per quel che non ha funzionato;

Dalla frastagliata mappa esce comunque confermato che ad oggi il capitale di fiducia non è stato eroso per intero dal costo del deficit di *performance*.

Oltre l'emergenza si apre una nuova stagione, il cui primo passo sarà la campagna di vaccinazione e, poi, il potenziamento atteso del Servizio sanitario capace di rendere concreto l'annuncio del "*mai più sorpresa di fronte all'emergenza*" e, più ancora, "*mai più pazienti razionati nella loro richiesta di cure*".

4.7 Fine 2020: la centralità crescente della vaccinazione

4.7.1 Rischio *antivax*

Nella fase finale del 2020 i tempi del vaccino risolutore erano scanditi da continui annunci che avvicinavano progressivamente l'orizzonte in cui la soluzione è operativa.

Con il Regno Unito già operativo nella vaccinazione di massa, la Ue in fase di valutazione della domanda di autorizzazione e l'Italia blindata in attesa della soluzione, è evidente che la buona riuscita della campagna vaccinatoria sarà decisiva per il rapporto tra italiani e Servizio sanitario.

Tuttavia, ad oggi il vaccino è una partita tutta da giocare:

- sul piano scientifico, in termini di sicurezza ed efficacia. Certo colpisce vedere le persone che vengono vaccinate, resta ancora il fiato sospeso per vedere cosa accadrà nelle prossime settimane;
- su quello delle capacità tecniche di distribuirlo a milioni e milioni di persone;
- non da ultimo sul piano sociale, ovvero su quello del consenso e della capacità di vincere diffidenze, paure, ritrosie e, anche, pazzeschi pregiudizi ideologici, preconcetti fondati su vere proprie follie indimostrate.

In altre epoche storiche l'arrivo dei vaccini (ad esempio, della polio) fu accolto come uno straordinario salto in avanti nel benessere e qualità della vita delle persone.

Era unanime il riconoscimento del valore dei progressi scientifici e della loro disponibilità su vasta scala, tanto più che erano resi disponibili a tutti con logica universalista e di tutela collettiva della salute pubblica.

L'attesa attuale del vaccino contro il Covid-19 è invece segnata dall'attenzione di una parte non irrilevante della *public opinion* verso credulonerie antiscientifiche.

Le critiche dei vaccini infatti si presentano col volto dell'ipermodernità ed una assertività di paradigmi indimostrati, che prendono forza dalla reiterazione nei circuiti del web e dei social.

4.7.2 La conta di chi non vuole vaccinarsi

Quanto è vasta l'area delle persone che semplicemente si rifiutano di accettare il vaccino contro il Covid-19? A novembre 2020, emerge che il 32,7% degli italiani si dice contrario al *vaccino contro il Covid-19*. Di fatto 1 italiano su 3 è contrario e la percentuale cresce nel Nord Ovest (35,6%), tra le donne (36,9%) e gli adulti (42,4%).

Una quota colossale di renitenti se si pensa ai danni enormi che dal sanitario all'economico sono ascrivibili al virus e che il vaccino è la via maestra per azzerare l'impatto del virus sulle nostre vite. Eppure un terzo degli italiani guarda più che con sospetto al vaccino, lo considera un problema, un rischio da cui tenersi alla larga.

Altro vaccino di cui molto si è parlato in questa fase è quello antiinfluenzale, a cui si dichiarano contrari il 38,8% degli italiani. Anche in questo caso i più contrari sono donne (40,6%) e 35-64enni (42,4%). Rispetto ai contrari al Covid-19, si riscontra una quota di contrari più alta nel Sud e Isole (40,2%).

I dati mostrano come la resistenza al vaccino al Covid-19 ed a quello anti-influenzale è minoritaria nella società e tuttavia molto significativa.

4.7.3 Chi rimette l'obbligatorietà in causa

Tema diverso è quello dell'obbligatorietà in quanto tale, poiché ci sono persone che ritengono che la scelta di vaccinarsi rientra nella sfera delle libertà individuali, e non può essere lo Stato a imporre una simile decisione.

È una delle tematiche complesse sul rapporto tra diritti individuali e collettivi, in cui non è facile trovare l'equilibrio tra le diverse dimensioni ed esigenze.

Il 74,4% degli italiani è favorevole all'obbligatorietà delle vaccinazioni (fig. 4), e lo sono in particolare gli uomini (77%), gli anziani (89,1%), i residenti nel Centro (81,3%).

Il consenso maggioritario e trasversale è accompagnato da una quota di contrari non certo residuale. Infatti, i nemici dell'obbligatorietà dei vaccini sono circa il 25%, con un profilo sociodemografico di cui si deve tenere conto: infatti, tranne la più alta quota tra i genitori (29,8%), il profilo sociale coincide con quello della popolazione in generale.

Nel dibattito pubblico occorre aver chiaro che la contrarietà alla obbligatorietà non vuol dire *ipso facto* accettazione della subcultura novax, che implica negazione del valore del progresso medico-scientifico e dello straordinario contributo dato al vivere meglio dai vaccini.

L'obbligatorietà dei vaccini rinvia al rapporto tra individuo e collettività, tra libertà di ciascuno e interesse della comunità, oltre che al nesso tra la sfera d'intervento statale e la sovranità del singolo.

Alla fine del 2020 era evidente che promuovere la vaccinazione di massa anche contro il Covid-19 richiederà una grande capacità persuasiva, rispettosa delle sensibilità in gioco.

5. L'indagine di partenza

5.1 Il valore del monitoraggio e della riflessione *in itinere*

Il presente paragrafo contiene i risultati della prima delle tre indagini del monitoraggio effettuato dal Censis nell'emergenza sanitaria ed è quella che, metaforicamente si potrebbe dire che ha consentito di costruire le unità di misura e i punti di partenza.

Infatti, nell'anno incredibile 2020 la realtà si è messa a correre come mai prima, investendo le vite delle persone negli aspetti più quotidiani e intimi, e con epicentro proprio la sanità la cui analisi è la missione del presente rapporto.

Compito del Censis è stato analizzare, interpretare e raccontare il contenuto dell'evoluzione della domanda di sanità e salute, per tramite l'evoluzione di opinioni, comportamenti e aspettative dei cittadini verso il Servizio sanitario.

Ciò ha significato leggere gli effetti dell'emergenza dal punto di vista di chi della sanità è fruitore o come singola persona, famiglia o come membro di una comunità.

Un'operazione complessa, che ha assunto la forma di un monitoraggio nel tempo che ha beneficiato di aggiornamenti progressivi degli indicatori strutturali e del contributo di tre *survey* su campione nazionale di popolazione.

Sono mesi in cui son cambiati velocemente il quotidiano rapporto con la sanità e l'orizzonte di riferimento dei fenomeni emergenziali e del dopo atteso.

Di certo tutto è destinato a cambiare, e tuttavia è stato importante fissare alcuni punti in itinere, in relazione agli effetti che potrebbero avere sul futuro.

Infatti, il rinvio di ogni riflessione sulla sanità e la salute al dopo virus sarebbe stato un errore grave, e avrebbe depauperato la riflessione privandola di un punto di vista *dentro le cose*, non definitivo perché la realtà è in movimento, ma testimoniale ed ad alto valore euristico.

Rinviare rende altamente probabile il rischio di ritrovarsi impreparati nel fare le cose giuste sulla sanità perché partiti troppo tardi per capire quel che ci è successo e poi nelle razionalizzazioni ex-post, se non opportunamente bilanciate dal palpitante racconto analitico e interpretativo del durante, è forte il rischio di perdersi dei pezzi per strada, di non avere il polso reale di criticità e quindi agenda del fare.

La prima indagine svoltasi nell'ultima settimana di settembre 2020 ha iniziato a integrare con il punto di vista soggettivo dei cittadini il patrimonio informativo dei dati strutturali a supporto di un racconto decisivo per la riflessione sulla sanità nell'anno del Covid-19.

5.2 Cronistoria ragionata

5.2.1 Prima del Covid-19

I mesi trascorsi contengono una molteplicità di eventi traumatici che, se fossero stati la trama di un romanzo nel pre Covid-19, non avrebbe avuto alcuna possibilità di essere accolta come credibile o verosimile.

Infatti, il *lockdown* è arrivato come un inedito inatteso, un ciclone non previsto da alcun meteorologo e accolto dall'incredulità generale, subordinando vite individuali e vita collettiva, scontando la resistenza psicologica ad accettare che il nostro paese fosse coinvolto.

In fase iniziale, le storie dei primi contagiati venivano raccontati con dovizia di particolari e la gran parte degli italiani a cominciare da politici, opinion makers, *influencer* vari, celebrities di ogni tipo, semplicemente non accettavano di vedersi coinvolti da un evento sanitario che si pensava appartenesse alla specie di quelli riservati ai paesi poveri, in via di sviluppo.

Poi l'onda dei contagi è salita investendo con violenza il Servizio sanitario, in particolare i Pronto Soccorso, gli ospedali e anche le terapie intensive. In verità i numeri raccontano di un'onda che si è concentrata in alcuni territori di alcune regioni del Nord, di solito indicate come beneficiarie di una sanità di pregio.

Proprio nei territori alle prese con l'onda è subito apparso evidente che le sanità locali reagivano con meccanismi spontanei fisiologici rodati in tanti anni ad una situazione eccezionale, rendendo così di colpo evidente come quei meccanismi fisiologici in realtà avessero natura patologica: una autoregolazione spontanea del sistema che nel tempo aveva trovato un suo equilibrio per ordinarie senza provocare disastri.

In pratica, fatto salvo il di più di sgangheratezza, fuga dalle responsabilità ed inettitudini emerse in alcuni contesti tanto da trasformare alcuni ospedali in piattaforme di amplificazione del contagio, nelle Regioni più colpite dal Covid-19 le sanità locali hanno operato con il meccanismo consolidato e ordinario del razionamento.

Più volte è stato sottolineato nel tempo che un Servizio sanitario visibilmente sottodimensionato e mal finanziato dal bilancio pubblico a fronte di fabbisogni sanitari e sociosanitari in decollo per invecchiamento e alte aspettative sulla salute, non poteva che trovare il suo equilibrio mediante il razionamento di quote della domanda sanitaria.

Così ogni 100 tentativi di prenotazione di prestazioni sanitarie nel Servizio sanitario pubblico o del privato convenzionato, 28 finivano nella sanità a pagamento, con lo smistamento nel privato

delle persone che reputavano troppo ampio il tempo di attesa imposto dalla lista di attesa. Negli altri 72 casi i pazienti che prenotavano finivano per accettare i giorni di attesa imposti dalle liste di attesa, notoriamente molto lunghe in molte delle Regioni.

Il richiamo continuo alla sanità universalista e alla centralità del pubblico era doppiato dalla negazione di una pratica spontanea evidente, vale a dire che una parte della domanda semplicemente non veniva soddisfatta: o smistata nel privato o costretta ad accettare tempi di accesso alle prestazioni molto lunghi.

Gli anni dei finanziamenti pubblici via via decurtati, dei piani di rientro, dei mancati ricambi o mancati ampliamenti degli organici avevano ampliato il divario tra fabbisogni sanitari e Servizio sanitario, pertanto l'equilibrio non poteva che venire dal razionamento della domanda.

5.2.2 La drammatica prima ondata

La prima ondata del Covid-19 si è concentrata in territori di regioni con una buona sanità, che hanno dovuto subito fronteggiare una domanda di prestazioni ospedaliere, dai pronto soccorso ai ricoveri alle terapie intensive in decollo rapido, a cui si è dovuto rispondere con il razionamento che ha subito tagliato fuori la domanda non Covid-19, con pazienti che non hanno trovato interlocutori negli ambiti sanitari che magari frequentavano da tempo o spaventatisi per il rischio contagio, oppure invitati a rinviare l'accesso alle prestazioni o, ancora, ritrovarsi con le strutture di riferimento trasformate in *Covid-only*.

Con il contagio diventato progressivamente ancora più virulento, l'effetto razionamento in alcuni territori ha coinvolto anche i pazienti Covid-19, con un triage nell'accesso alle prestazioni. In definitiva, è diventato palese che la sanità per trovare l'equilibrio, tanto più di fronte ai picchi di domanda di prestazioni per le quali non era possibile smistare le persone nel privato né tantomeno farle attendere troppo per le cure, non poteva che razionare, con effetti devastanti sia per chi era colpito dal virus sia per chi non lo era.

5.2.3 Il periodo supposto di quiete fino alla seconda ondata inclusa

Finito il *lockdown*, nei mesi successivi i picchi di domanda si sono via via ridotti in linea con la contrazione accelerata dei contagi. Così nel mentre la società si illudeva di tornare alla normalità cioè al *new normal*, la sanità si emancipava dalla stretta del Covid-19 e tornava alle sue funzionalità ordinarie riaccogliendo al suo interno i malati non Covid-19.

Per un momento è sembrato che il sistema stesse tornando al suo funzionamento ordinario, con un razionamento light e comunque concentrato in alcuni territori e per alcune specialità.

Da metà ottobre la seconda ondata paventata è arrivata coinvolgendo territori che erano rimasti ai margini nella prima ondata. E sono sanità sulla carta meno performanti di quelle del Nord, che ora stanno affrontando un razionamento intenso.

5.3 Meglio rinviare tutto il rinviabile

5.3.1 La sanità che ha accolto Covid-19

L'impatto del Covid-19 si misura in centinaia di migliaia di casi di positività accertata e decine di migliaia di decessi, e per la sanità in centinaia di migliaia di ricoveri che hanno generato picchi di occupazione dei posti letto, inclusi le terapie intensive, che hanno mandato in sofferenza l'intero sistema.

Nella prima ondata in breve tempo la domanda di prestazioni sanitarie è decollata e, in alcuni territori, ha fatto traballare strutture e servizi. Di fatto, è quel che è accaduto anche nella seconda ondata: d'improvviso, la marea montante che preme sul sistema ospedaliero diventa difficile da accogliere, gestire, curare.

Nella prima ondata erano alcuni territori specifici sotto pressione, man mano l'area della difficoltà strutturale della sanità si è ampliata, includendo anche quelle regioni che nella prima occasione erano rimaste piuttosto al riparo.

5.3.2 Depauperato nel tempo

Poco si capirebbe del razionamento come meccanismo fisiologico di equilibrio della nostra sanità se non si partisse da una visione di lungo periodo dei tagli e dei mancati investimenti che ha dovuto subire nel tempo il Servizio sanitario, trovatosi quindi visibilmente infiacchito di fronte alla sfida del virus.

C'è una stato un *downsizing* economico che ha messo in difficoltà non solo l'investimento ma anche l'ordinario e corrente. Del resto a lungo la sanità è stata costretta a fare i conti con logica ragionieristica che non considerava il contenimento del bilancio pubblico il parametro di riferimento inderogabile che sovraintendeva alle decisioni in materia sanitaria.

I numeri non lasciano spazio a equivoci sulla priorità attribuire alla sanità italiana: vincoli di bilancio pubblico come criterio ordinatore superiore ai criteri clinici. È sufficiente ricordare la logica implacabile dei piani di rientro che hanno guidato le sanità più sgangherate sul piano finanziario.

Nel 2009-2019, la spesa sanitaria pubblica ha registrato una sforbiciata pari a -1,6% reale ed è stata di 116 miliardi di euro. Quella pubblica procapite è stata tagliata del 3,3% reale ed è a 1.922 euro nel 2019.

Non è tanto l'entità del taglio a contare quanto il fatto che esso è avvenuto in una fase in cui invece decollavano i fabbisogni sanitari a seguito della dinamica dei tassi di invecchiamento e delle cronicità.

Così la sanità ha potuto contare su minori risorse, e ciò è di certo associato al disinvestimento sul personale, dai medici agli infermieri agli ausiliari, poi grandi protagonisti della lotta al Covid-19.

Nel 2018 i medici sono 111.652 e rispetto a 10 anni prima si contano 6.410 uscite (-5,4% la variazione percentuale) mentre gli infermieri, pari a 267.523, il taglio è di 8.221 unità (-3%). Ancora una volta non è il valore assoluto o percentuale, piuttosto la presa d'atto che il depauperamento di personale è avvenuto nello stesso arco di tempo in cui amplificava la domanda di sanità.

5.4 Quanti hanno rinviato

Al settembre 2020, poco meno di un terzo di italiani ha dichiarato di aver rinviato prestazioni sanitarie nel periodo più difficile dell'emergenza Covid-19.

Se sul tema in genere alcuni esperti insistono sul carattere non urgente e non necessario delle prestazioni rinviate, tuttavia questa volta si è levato alto e forte il grido di allarme dei medici, dagli oncologi agli specialisti delle patologie cardiocircolatorie a numerose altre specialità.

Le ragioni dei rinvii sono molteplici: il 29,8% perché la struttura era dedicata solo al Covid-19. Il 27% aveva paura, il 18% perché la lista di attesa troppo lunga e il 10,5% non ha trovato interlocutori.

Ci sono poi i dati ufficiali sulle prestazioni sanitarie erogate in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: segnale inequivocabile di razionamento applicato ai malati non Covid-19, con conseguenze di medio-lungo periodo negative e, al contempo, un carico di stress e ansia nel breve periodo che ha coinvolto malati e familiari, e anche gli stessi medici impossibilitati a garantire le cure attese.

5.5 La traiettoria della fiducia o sfiducia nel Servizio sanitario

5.5.1 La fiducia nell'istituzione dopo la prima ondata

Nel rincorrersi di eventi inattesi, brevi cicli finiti sempre in modo diverso da come previsto, una evoluzione particolare l'ha senz'altro fatto il grado di fiducia nel Servizio sanitario.

Prima del Covid-19, da tempo gli italiani univano la fiducia nell'istituzione Servizio sanitario con una sfiducia nelle sue performance, in particolare in alcune regioni. Un sentimento radicato da anni.

Nella prima ondata la fiducia nel Servizio sanitario alla fin fine ha tenuto. Certo ha molto traballato, soprattutto in regioni in cui a lungo la narrazione pubblica tendeva a definirne le sanità come eccellenze.

Tuttavia, la prima ondata si è conclusa con un esito positivo anche per la sanità, come del resto per l'insieme della società e delle istituzioni italiane.

Infatti, gli italiani sono usciti dalla prima ondata con riconoscimento internazionale di migliori nella sfida dell'emergenza e del *lockdown*. Gli italiani sono stati i più ligi al *lockdown* e poi nella fase iniziale nel rispetto delle tante regole del distanziamento, del ricorso ai dispositivi di protezione individuale, nel fare spesa e frequentare i negozi nel rispetto delle regole di tutela della salute.

E *performance* della società e del sistema Italia sono state anche all'origine di una sorta di nuovo orgoglio patrio, con l'italianità non più motivata dal *bello e ben fatto* che tradizionalmente connota l'Italia nel mondo, o dal patrimonio paesaggistico, naturale o anche culturale, ma dalla capacità degli italiani di affrontare e risolvere prima e meglio degli altri la sfida del Covid-19. Una performance riconosciuta a livello mondiale.

Esito di questo *mood* e anche del contributo del Servizio sanitario nell'emergenza è la conferma della fiducia da parte degli italiani.

Il 53,9% nel settembre 2020 dichiarava di avere fiducia nel Servizio sanitario e di sentirsi con le spalle coperte nel caso dovesse farvi ricorso per analisi, accertamenti, ricoveri: la quota cresceva nel Nord-Ovest e Nord-Est, restava alta al Centro, nel Sud-Isole si riduceva. Ed il 59,8% degli italiani dichiarava che il suo grado di fiducia nel Servizio sanitario rispetto al pre-Covid-19 è rimasto invariato, il 24,9% dice che è diminuito e il 15,4% che è rimasto invariato.

Interessante rilevare che tra gli italiani con fiducia nel Servizio sanitario, il 20% dice che è aumentata proprio nell'emergenza, a indicare che per tutta la prima ondata e fase successiva la performance sanitaria ha rassicurato gli italiani.

In pratica, il meccanismo del razionamento o, se si vuole, del funzionamento per sottrazione che è stato molto visibile in alcuni territori in realtà non ha intaccato la fiducia percepita degli italiani.

5.5.2 Giudizi positivi, anche nell'emergenza

Il capitale di fiducia di cui beneficia il Servizio sanitario si fonda poi su valutazioni positive anche nella fase subito successiva alla prima ondata, quella impropriamente considerata di riduzione del rischio Covid-19, poiché tra il 56% degli italiani intervistati, che avuto rapporti con il Servizio sanitario nei mesi del dopo lockdown al settembre 2020, fosse per il Covid-19 e/o per altre ragioni, il 55,4% dava un giudizio positivo, il 20,6% negativo ed il 24% né positivo né negativo.

È un risultato significativo: l'istituzione ha tenuto nella fiducia e nel giudizio degli italiani, malgrado l'iniziale inevitabile spaesamento, le difficoltà e, anche, gli errori.

Dopo la prima ondata, continua a vincere la buona social *reputation* del Servizio sanitario, che resta una istituzione apprezzatissima dai cittadini.

5.6 Nella fase di decollo della seconda ondata

La seconda ondata rischia di attaccare dalle fondamenta la fiducia che gli italiani non smettono di riporre nel Servizio sanitario alla fine di settembre 2020. Infatti:

- il contagio stava coinvolgendo pesantemente sanità regionali di minore forza e capacità, con il rischio di far trovare in grandissima difficoltà le comunità regionali. Chi prima del Covid-19 era debole, rischia di entrare in crisi irreversibile di fronte alla potenza dei picchi della seconda ondata;
- le persone erano già provate dallo sforzo della prima ondata e dalla illusione che ci stavamo lasciando il Covid-19 e le sue conseguenze dietro le spalle. Sfiacati da mesi di *lockdown*, abbagliati da qualche settimana di vita libera e emancipata dall'incubo del contagio, gli italiani sono molto meno disponibili ad accettare sacrifici, difficoltà, pressioni e urgenze.
- alcune sanità regionali vengono da un periodo tremendo di sforzo prolungato e altre semplicemente non sono in grado di affrontare pressione particolari. E invece entrambe si sono ritrovate ben poco attrezzate e potenziate per affrontare la pressione di una domanda sanitaria enorme, in crescita, per prestazioni ad alta intensità, non rinviabili.

Così diventava vitale verificare se il clima che si respira nella società e sui media e i social rinvii anche ad una caduta di fiducia in linea peraltro con il *mood* che emerge che sia meglio star lontani dalla sanità in questo momento, non solo genericamente per il rischio Covid-19, ma perché non è in grado di garantire sicurezza e cura ai cittadini.

Poi ci sono una serie di fenomeni sociali che tendono a confermare che la curva della fiducia forse si va invertendo.

È, ad esempio, aumentata la pressione *paragiudiziaria* nei confronti degli operatori sanitari, con molti familiari di persone ricoverate al tempo del Covid-19 convinti che i propri cari hanno avuto assistenza insufficiente. E non accettano più di essere indulgenti in nome dell'eccezionalità del momento a cui attribuire eventuali errori o pressapochismi. La voglia di rivincita giudiziaria cova sotto e pian piano sta venendo alla luce.

Diventa più visibile nelle sanità più deboli il meccanismo del razionamento, sempre più difficile da applicare in modo impersonale man che dal razionamento dei pazienti non Covid-19 si passa a quelli Covid-19, per i ricoveri ospedalieri e poi, all'estremo per i posti in terapia intensiva.

Il numero delle richieste di ricovero tende a superare quello dei posti letto, con il rischio di veder materializzato il peggiore degli incubi in cui il razionamento diventa una necessità applicata ai casi estremi.

A questo punto è evidente che, con la seconda ondata che batte il suo pieno e una terza ondata minacciata c'è il rischio di un crack della fiducia nella sanità, in linea con quel crollo prolungato di fiducia che dalla grande crisi del 2008 ad oggi ha investito praticamente ogni istituzione sociale e sociopolitica.

5.7 L'illusione che il Servizio sanitario sarebbe stato pronto

In vista della seconda ondata nel mese di settembre 2020 solo il 31,6% degli italiani era convinto che il Servizio sanitario non sarebbe stato pronto ad affrontare una eventuale nuova emergenza.

È un dato che fa capire quel che stava accadendo: la fiducia istituzionale di cui gode il Servizio sanitario e la buona performance della prima ondata convince gli italiani che la sanità sia in grado di rispondere alle sfide e, in particolare, di prepararsi ad un livello di sfida più alto.

Ecco quindi il tema chiave del momento: la disillusione che connota molti contesti in cui la sanità sta entrando in affanno impatterà anche sulla fiducia per il Servizio sanitario?

Il capitale di fiducia nel servizio sanitario, rimasto intatto malgrado gli affanni nella prima, reggerà anche alle difficoltà e deficit della seconda ondata? Essenziale sarà anche la dimensione territoriale, perché questa volta il contagio mette alla prova sanità di regioni del Centro e del Sud.

Evidente che quanto più alto è il deficit delle sanità sfidate, tanto maggiore dovrà essere il contributo eccezionale del personale, se la logica sarà quella della prima ondata. Infatti, molte sono state le situazioni in cui il di più di impegno e creatività anche operativa degli operatori sanitari ha colmato le lacune strutturali, funzionali e organizzative della sanità.

6. Altre lezioni dalla prima ondata

6.1 Quel che si è imparato

L'indagine svolta nell'ultima settimana di settembre 2020 è stata la prima delle tre previste per il monitoraggio, ed è stata occasione non solo per tastare il polso del sentiment al momento del decollo della seconda ondata ma anche per valutare cosa gli italiani pensassero di quanto accaduto nella prima ondata, quando tutti sono stati colti di sorpresa e poi hanno reagito in modo alla fin fine efficace.

Così il richiamo dei risultati di quella indagine restituisce il clima palpitante del momento, sia pure nella frammentarietà inevitabile di una fase in cui ogni minuto porta con sé l'emozione dell'eccezionalità.

Di seguito sono richiamati singoli aspetti come il Pronto soccorso, grande protagonista della prima ondata, e poi la comunicazione diventata essenziale e tuttavia origine di non pochi problemi, e poi ancora le cose che non erano state fatte, ad esempio il Piano pandemico che pure era previsto dopo le esperienze delle pandemie di Sars e Mers, la presa d'atto che i territori erano stati svuotati o comunque non riempiti della sanità necessaria, il mutamento di percezione psicologica della malattia, con il passaggio dalla cronicità con cui in fondo si convive, al ritorno prepotente della malattia che uccide su grandi numeri.

Cose diverse, ma tutte convergenti in quella colossale esperienza di massa della pandemia che sconvolge vite a cominciare dal rapporto con salute e sanità.

6.2 Pronti soccorso troppo soli a tenere botta

Quando la prima ondata si è intensificata è emersa tutta la impreparazione sistemica dell'ecosistema sanità, oltre che della società e delle istituzioni.

Non solo il Servizio sanitario, inteso come quel confine che delimita l'insieme delle strutture e dei servizi pubblici e del privato convenzionato che sono finanziati per la gran parte con spesa pubblica, ma l'insieme degli ambiti che giocano un ruolo rispetto alla tutela della salute.

In questo senso, drammatico è stato il negativo contributo della comunicazione in generale che ha unito sovrasollecitazione emozionale di paure e assenza di indicazioni univoche, chiare, di facile e immediato accesso su cosa fare.

Nell'ansioso rincorrersi degli eventi, quindi, milioni di italiani si sono ritrovati a percepire quasi fisicamente l'angoscia del contagio incombente, senza sapere esattamente cosa fare laddove ci fossero sintomi del contagio.

Si era nella peggior situazione emotiva e pratica: stimolo a verificare se determinati sintomi richiedessero il ricorso al tampone e, al contempo, assenza di interlocutori per poterli valutare e poi, eventualmente, consigliare cosa fare e a chi rivolgersi.

Così è nata la corsa al pronto soccorso, che è diventato assedio nei territori più attaccati dal virus. Anche questo può essere derubricato a costo iniziale di sottovalutazioni, ritardi e contraddizioni dei messaggi istituzionali e pubblici: una mancanza di strutturazione delle filiere di gestione dei contagi presunti o veri e una carenza di flussi informativi utili per gli italiani su virus, contagi, tamponi, e sul da farsi, a cominciare dagli interlocutori.

Il segnale che:

- la sanità del territorio, di prossimità, di comunità era semplicemente un annuncio la cui applicazione concreta riguardava nuclei territori e comunità molto ristretti;
- nell'emergenza non si riusciva a delineare bene chi potesse fronteggiare l'urto di cittadini impauriti, preoccupati, alle prese con sintomi reali o presunti.

I Pronto soccorso sono stati i terminali di tanti deficit che hanno portato i cittadini a correre verso la porta d'accesso qualificata con cui fosse più facile interloquire e che, comunque, in fase pre Covid-19 ha sempre beneficiato di una valutazione positiva da parte dei cittadini.

I Pronto Soccorso sono stati interlocutori privilegiati di chi ritiene a torto o ragione di avere bisogno della sanità, per una visita o per accertamenti o per un ricovero: si correva al Pronto soccorso per avere risposte assistenziali appropriate e necessarie, tempestive o anche una sorta di rassicurazione psicologica che determinati sintomi non fossero quel che si temeva.

Nella fase iniziale è indubbio che i medici di medicina generale, un intero pezzo di Servizio sanitario sul territorio, riferimento privilegiato dei cittadini che ne hanno altissima fiducia, è stato travolto, saltato, messo nelle condizioni di non poter contenere o gestire l'onda che in alcuni territori ha assunto la forma del panico.

Invece il Pronto soccorso si è ritrovato una slavina incontenibile, eppure è riuscito nella gran parte dei casi a tenere botta, fatti salvi i casi notori in cui la crisi di comando della sanità ha finito per generare cortocircuiti operativi con costi sanitari elevati.

6.3 Il ruolo necessario dei medici di medicina generale

L'ondata irrazionale di panico e la mancanza di indicazioni chiare e anche di strumenti appropriati, non ha consentito la gestione dei flussi delle persone che pensavano di avere contratto il virus, e si è arrivati all'intasamento del pronto soccorso.

Va però detto che dopo la tremenda confusione iniziale, la percezione degli italiani che il territorio e i suoi attori non erano pronti e che quindi tanto valeva correre al primo ospedale, meglio se al pronto soccorso, pian piano le cose si sono rassettate.

Infatti, dopo la prima ondata e le correzioni fatte in corsa, gli italiani finalmente hanno rilevato che in caso di rischio contagio si rivolgerebbero al *medico di medicina generale*.

Pertanto con riferimento all'interlocutore in caso di contagio, la confusione dell'avvio della prima ondata è stata superata.

Infatti, solo l'1,2% a fine settembre 2020 dichiarava che non sapeva a chi rivolgersi in caso di sintomi, cioè non aveva in mente un interlocutore preciso da consultare in caso di bisogno. E le quote restano residuali nelle macroaree geografiche e tra i gruppi sociali.

Il pronto soccorso è comunque rimasto il riferimento per il 18% degli italiani. In ogni caso nella mente degli italiani si è strutturata una filiera più precisa e identificabile di interlocutori che ha consentito di vincere quel senso di solitaria impotenza che in troppi hanno vissuto nella prima ondata.

Infatti, anche nella prima ondata in fondo i medici di medicina generale erano al loro posto, tuttavia l'ondata emotiva e di panico è stata talmente forte, e anche una parte dei medici inevitabilmente sono stati percepiti come poco preparati ad affrontare la novità del virus, da qui l'esito che li ha visti travolti e scavalcati.

La correzione in corsa è stata fatta: nel settembre 2020 in vista della annunciata seconda ondata il medico di medicina generale è tornato ad essere quell'interlocutore primario che tradizionalmente è nella sanità italiana.

6.4 La comunicazione malata

6.4.1 Confonde

Nei mesi dell'emergenza gli italiani si sono dovuti abituare a nuovi protagonisti pubblici come i virologi, i clinici, i medici e poi tecnici con funzioni istituzionali tutti coinvolti nel comunicare informazioni e dati sul virus agli italiani.

Una rincorsa continua di dichiarazioni pubbliche di esperti a cui si sono aggiunte via via quelle di politici, *celebrities* e *influencer* vari, commentatori di ogni tipo, con una straordinaria e indefinita confusione di messaggi e linguaggi, che si è letteralmente abbattuta su un audience avido di sapere quel che gli stava succedendo.

Un *boom* straordinario del mercato della comunicazione sul virus in cui si è perso di vista gli obiettivi e il significato profondo che comunicare doveva avere: mettere gli italiani nelle condizioni di operare per il meglio, aiutando soprattutto la sanità a tener botta di fronte all'esplosione dei malati.

Oggi è possibile dire che così non è stato, e che la comunicazione è stata parte del problema e non della soluzione. Infatti, per quasi 9 italiani su 10 la comunicazione sul virus ha avuto quale esito quello di confondere ancora di più.

6.4.2 Fake news pericolose

Web e social sono gli esiti di nuove opportunità tecnologiche ma incarnano anche ideali antichi che in essi dovevano trovare applicazione: la libertà di opinione, la possibilità per chiunque di entrare nell'arena pubblica saltando le barriere che nella società industriale ha connotato il mercato dell'informazione.

Non più operatori della comunicazione professionale, con codici di comportamento, ordini a cui aderire, editori a cui rispondere, lettori e ascoltatori da conquistare e blandire. Una prateria spalancata senza recinzioni: ecco l'idea libertaria della parola al popolo, in questo caso dei social e del web.

E poi venne il tempo delle fake news, del complottismo, delle più incredibili e mirabolanti idee su ogni cosa, senza alcuna competenza, anzi partendo dall'assunto che la competenza è o schiava del potere o retorica per interessi di parte.

L'Italia ha una tradizione di dietrologia per fini politici ed ha una tradizione di imbonitori e truffatori anche su questioni di grande delicatezza in sanità: si pensi ai sieri risolutivi di patologie mortali o ai farmaci accusati di ogni nefandezza o, ancora, alla demonizzazione di singole aziende o interi settori, su tutti Big Pharma, con idee complottarde avvalorate da argomentazioni e improbabili prove.

Anche il virus, dall'origine alle modalità di contagio alle cure sino ai vaccini è entrato nel frullatore delle sciocchezze da social e web alimentando campagne demenziali capaci però di fare danni gravi alle persone e alla comunità.

Su tutto l'idea indimostrata e comunque sempre rilanciata che il virus è stato creato ad arte da qualche soggetto malefico per far male ad altri soggetti e, di fatto, agli innocenti: una specie di racconto horror con malvagi, innocenti, piani subdoli e danni inflitti per cupidigia ai poveri cittadini.

Quasi 4 italiani su 10 credono il virus Covid-19 sia esito di un esperimento in laboratorio sfuggito al controllo delle autorità che l'avevano approvato. È la forma attualissima degli infiniti complotti orditi nelle puntate di *X files*, serie *cult* degli anni Novanta.

6.5 La malattia rivista nell'immaginario collettivo

Ci sono altre conseguenze praticamente certe come esito dell'importanza crescente che i cittadini, anche sotto l'effetto dell'emergenza, stanno attribuendo alla tutela della salute

Infatti, tra chi ha salute pessima ben 56,3% delle persone dichiara di non sentirsi per niente sicuro che in caso di bisogno troverà sempre e comunque risposta alle esigenze sanitarie.

In pratica, le persone che più hanno bisogno di sanità sono quelle che più dagli eventi in corso hanno tratto una profonda preoccupazione concreta, che non tocca l'istituzione Servizio sanitario in quanto tale, ma ancora una volta le sue performance concrete, tanto più nelle situazioni eccezionali.

Numeri che disegnano i contorni di una vulnerabilità di tipo nuovo, che si è misurata con l'incredibile di questo periodo e che si auto-percepisce come condizione materiale su cui occorre intervenire, altrimenti è alto il rischio di trovarsi soli di fronte al bisogno.

Non è più la preoccupazione legata all'erosione storica della sanità pubblica, quel lento spostamento verso il privato di finanziamento e provider che si è visto nel dopo 2008. È una vulnerabilità drammaticamente sperimentata in questi mesi, e che è amplificata dagli esiti del patologico razionamento che la sanità da sempre attua e che nell'era del Covid-19 è diventata spaventosa.

Questa dimensione contribuirà ad una domanda sanitaria più esigente, sfidante, che farà pressione sul servizio sanitario. A lungo gli italiani hanno concretamente riflettuto sulla convivenza possibile, di lungo periodo con le patologie. Alcune sono patologie croniche per definizione, con le quali si può convivere più o meno normalmente grazie al ricorso a farmaci o controlli periodici o interventi chirurgici particolari o, ancora, stili di vita sobri e molto cauti.

Anche malattie che a lungo sono state uno spettro unico perché mortali, quelle oncologiche, grazie alla innovazione medico-scientifica sono state almeno parzialmente addomesticate, vale a dire che i tassi di guarigione consentono comunque di parlare di una evidente cronicizzazione di tanti tumori.

Circa 25 milioni di malati cronici, il 41% della popolazione con regioni con quote più alte come l'Umbria (46,6%, 409.000 unità) o la Liguria (45%, 693.000 unità) e regioni con variazioni percentuali nei dieci anni da record come la Campania (+12,8%) o la Puglia (+12,1%) avevano reso impellente il senso sociale delle nuove malattie. E poi negli anziani i cronici sono addirittura 8 su 10, destinati a crescere ulteriormente.

Uno scenario capace di determinare l'immaginario collettivo della malattia, di piegarlo ad una visione diversa da quella tradizionale con il malato acuto come riferimento.

Ora invece la pandemia ha imposto un ripensamento della concezione sociale di patologia: non più qualcosa di addomesticabile piuttosto un nemico silenzioso, invisibile, imprevisto che arriva e uccide su larga scala.

La malattia da virus non è più qualcosa di gestibile anche individualmente, perché attacca i grandi numeri e fa traballare vite individuali e comunità. Soprattutto scatena la paura che, invece, è stata a lungo oggetto di ammortizzazione nel rapporto con la salute, perché il progresso clinico e la buona sanità erano la promessa di una possibilità alta di riprendere a vivere, magari senza essere guariti del tutto ovvero senza essersi liberati della patologia ma comunque forzandola a stare dentro i confini della quotidianità umana.

Gli effetti di questo *shift* nelle rappresentazioni sociali della salute sarà di grande interesse verificarli nel medio-lungo periodo e tuttavia già oggi di fatto contribuisce al nervosismo della domanda, alle reazioni a volte scomposte dei cittadini, preoccupati che la patologia sia nuova, diversa, comunque non gestibile e soprattutto capace di colpire le vite delle persone facendole uscire dai binari dell'ordinario.

6.6 Criticità da mettere sotto controllo

6.6.1 Il personale

Evidente è diventato subito nella prima ondata il disastro della gestione pluriennale del personale del Servizio sanitario. Infatti, altra risorsa a lungo negletta, penalizzata, non valorizzata per il ruolo e l'impegno è quella degli operatori sanitari, medici, infermieri e ausiliari.

Nella pandemia c'è stata la riscoperta di professioni che possono salvare e cambiare vite, e che a lungo hanno avuto difficoltà persino a farsi ascoltare.

Nel Servizio sanitario ha prevalso a lungo un blocco del turn over e una pervicace volontà di non sostituire gli operatori che uscivano per raggiunti limiti di età. Così, invece di potenziare

le strutture e i servizi ampliando le piante organiche per star dietro al decollo dei fabbisogni finanziari, ci si ritrovava con riduzione del personale.

Anche questo un perverso meccanismo di predisposizione al razionamento, perché ha significato l'impossibilità di star dietro alle richieste, e quindi l'inevitabile necessità di tagliare. Gli italiani, però, di questo oggi pienamente consapevoli, e non solo per l'eroismo di medici e infermieri e altri ausiliari, ma perché hanno potuto sperimentare il razionamento di massa che la mancanza di operatori di riferimento sui territori ha provocato.

Infatti, c'è stato un razionamento ad altissima visibilità negli ospedali che ha colpito i non Covid-19 in primis e poi, drammaticamente, si è esteso anche ai Covid-19, tuttavia il razionamento si è svolto in maniera diffusa anche nei servizi sanitari sui territori, evidente nell'assenza di interlocutori a cui rivolgersi.

Ecco perché il potenziamento del personale deve avvenire dentro una logica di ampliamento non solo dei servizi a più alta intensità tecnologica e di professionalità, come le terapie intensive o alcuni reparti ospedalieri o anche i Pronto Soccorso, ma deve coinvolgere i servizi sul territorio, quelli che sono stati troppo assenti nella pandemia.

Anche su questo aspetto esiste in questa fase un consenso ampio e trasversale nella popolazione italiana e riguarda non solo i medici che da sempre beneficiano della fiducia e riconoscenza degli italiani, ma anche gli infermieri che ormai da tempo si sono conquistati un posto di rilievo nella sanità italiana e nell'apprezzamento dei cittadini.

Così, più di 9 italiani su 10 sono favorevoli ad aumentare il numero e il ruolo degli infermieri nel Servizio sanitario nazionale e in particolare per finalmente superare i buchi negli organici e perché sono decisivi per servizi domiciliari, territoriali e di emergenza più ampi.

Da qui l'esigenza di investire nel personale, ad esempio potenziando il numero di infermieri che si stima sono 57.000 in meno di quanti sarebbero necessari per passare da 1 ogni 134 abitanti invece degli attuali 1 ogni 154 abitanti.

Discorso analogo può essere fatto anche per i medici di cui c'è scarsità, con i giovani aspiranti medici costretti dentro facoltà che ne accolgono in numero insufficiente.

6.6.2 Il territorio da riempire

Per gli italiani l'esperienza di Covid-19 ha insegnato che è molto importante avere sul proprio territorio una figura di riferimento a cui poter accedere facilmente e in grado di dare indicazioni

appropriate per i tanti aspetti relativi a sanità e salute: per il 91% quella figura potrebbe essere l'infermiere di famiglia e di comunità, di cui tanto si parla e da tanto se ne parla.

È tramite questa figura che, secondo gli italiani, la sanità di territorio, quella prossima che dovrebbe occuparsi in particolare di cronici, non autosufficienti e di servizi domiciliari, che in caso di pandemia assume un valore ancor più alto.

Le ragioni del positivo giudizio sulla figura dell'infermiere di comunità rinviano per il 51,2% degli italiani alla soluzione dei problemi legati alla gestione in casa di persone non autosufficienti per cause di patologie. Infatti, così si migliorerebbe l'assistenza ai pazienti senza pesare ancora una volta sui familiari a cui sarebbe allentata l'ansia, gli spostamenti per visite controlli vari. Per il 47,7% un referente del genere darebbe sicurezza a chi si occupa del paziente, perché avrebbe un interlocutore autorevole, competente e accessibile. Il 22,7% lo interpreta come una sorta di coordinatore dell'assistenza e per il 20,8% porterebbe ad un abbattimento di spese per le famiglie coinvolte.

È un passaggio utile per non intasare ulteriormente i medici di medicina generale che tendono a resistere ad una intensificazione delle funzioni.

La sanità di territorio ha bisogno di questo ridisegno: andare nelle prossimità dei domicili, dentro gli stessi domicili in modo continuativo e sostenibile. Troppe volte la sanità di territorio è stata una pura evocazione che copriva la logica di taglio degli ospedali.

Oggi è ormai chiaro il costo sociale di territori svuotati di servizi: l'arrivo della pandemia ha mostrato quale catastrofe può accadere con una fuga impaurita di persone verso pronti soccorso intasati e incapaci di gestire i flussi.

In alcune regioni, l'ospedale ha funzionato con il ruolo che gli era stato assegnato di magnete, che in condizioni ordinarie almeno in parte è riuscito ad ammortizzare la carenza di servizi territoriali e poi invece di fronte ai numeri della pandemia si è arreso.

Certo, la sanità di territorio è diversa da quella ospedaliera e richiederà uno straordinario impegno anche formativo per creare culture appropriate.

L'importante è che il flusso di risorse aggiuntive sia immesso nei binari di una nuova sanità in cui ospedale e territorio siano due pilastri con pari dignità, capaci di cooperare tanto più in caso di pandemie. Perché tutto funzioni occorre sia accettato, da un lato il trasferimento dei servizi in prossimità dei domicili e dall'altro finalmente ci sia alta e aperta cooperazione tra le varie figure professionali della sanità.

6.6.3 Prepararsi per bene alle emergenze sanitarie

Le esperienze di inizio millennio con i virus che si sono diffusi soprattutto in Asia avevano costretto anche i paesi Ue, Italia inclusa, a misurare la capacità del Servizio sanitario di far fronte e gestire situazioni analoghe e, anche su sollecitazione degli organismi internazionali, si era proceduto alla stesura di corposi documenti istituzionali di riferimento per le iniziative da prendere. Erano stati fissati nella vasta documentazione ministeriale alcuni punti che oggi si leggono come assolutamente centrali:

- intercettare precocemente eventuali nuovi casi da virus sconosciuto;
- mettere in campo tempestivamente le iniziative per bloccare trasmissione ed effetti;
- attivare misura di contenimento della pandemia, per evitare che le conseguenze sanitarie finiscano per generare una pressione crescente fino all'intollerabile sui servizi sanitari;
- formare il personale ad operare in caso di pandemie;
- attivare un sistema di comunicazione appropriato tra gli *stakeholder*;
- attivare un meccanismo di valutazione degli interventi.

Ecco, in estrema sintesi, le idee che erano esposte largamente nel Piano del 2006, rimasto sulla carta così come i connessi Piani regionali ed eventuali azioni proposte.

È evidente che questo della prevenzione e preparazione alle pandemie ed emergenze varie, mirato ad intercettare precocemente le minacce e comunque con piani che consentano di gestire anche situazioni inedite che peggiorano rapidamente, è un filo negletto e poco attenzionato che invece è destinato ad avere ben altro peso. O almeno è auspicabile che così sarà perché da oggi in avanti le emergenze non possono più essere considerate alla stregua di un meteorite che cade sulla terra. Il gioco delle probabilità dice che le emergenze sanitarie sono nell'ordine del possibile, e che una buona gestione del rischio impone di essere pronti.

Del resto solo con un'azione preventiva efficace e di lunga lena è possibile evitare che all'arrivo di un nuovo agente patogeno la domanda di sanità decolli fino a minacciare la stabilità dell'offerta sanitaria.

La sorveglianza epidemiologica finalizzata ad individuare precocemente i rischi, l'attivazione degli *alert* rivolti alle popolazioni coinvolte senza generare panico, diventa vitale per evitare di ritrovarsi a gestire contagio proliferante e relativi picchi di domanda di assistenza sanitaria hard, dal ricovero ospedaliero alle terapie intensive.

6.6.4 Risposte praticabili per acuzie e cronicità nell'ordinario e nelle emergenze

Visti gli effetti della pandemia si riparte da un punto importante: l'Italia sa già cosa è opportuno fare per essere pronti nelle emergenze sanitarie, e pertanto dopo la traumatica esperienza di Covid-19 occorre passare alla fase dell'implementazione.

E a questo proposito, la madre di tutte le sfide si può riassumere in poche parole: portare un sistema sanitario che oggi funziona per sottrazione e razionamento ad uno che sia capace di fronteggiare acuzie e cronicità, incluso il rischio di picchi di domanda in pandemia.

Ecco il passaggio strategico da compiere che scarta rispetto a quello che a lungo è stato considerato l'obiettivo strategico delle sanità regionali: portare la sanità dagli ospedali al territorio, spalmare l'assistenza fino al domicilio delle persone riducendo ai minimi termini l'ospedalità.

Obiettivo per la verità poco praticato o comunque praticato solo in parte, perché mentre l'ospedalità è stata tagliata i servizi territoriali semplicemente non sono stati attivati.

Ora tutto va focalizzato nella costruzione di questa capacità sui due assi più uno: le acuzie che restano parte integrante rilevante della domanda di salute, le cronicità che stanno esplodendo di pari passo con l'invecchiamento e poi i picchi delle pandemie, che significa che gli acuti più acuti possono d'improvviso aumentare in modo esponenziale, nel mentre si genera una specie di *tsunami* epidemiologico alla fonte, nei domicili e sui territori.

È evidente che laddove i servizi sanitari di territorio e domiciliari funzionano è possibile gestire sia l'ordinario di acuzie e cronicità, sia lo straordinario di picchi di acuti e gravi.

Guai a uscire dall'esperienza di questo periodo con l'idea che la sanità che conta, alla fin fine è quella ospedaliera. Invece questa emergenza ha mostrato che solo un territorio pieno ed efficiente può spezzare il ritmo e l'intensità della domanda che altrimenti cresce senza limiti e stringe d'assedio la sanità.

Gli ospedali dovranno conquistare una nuova flessibilità così da essere pronti ad ampliare rapidamente l'offerta in caso di pandemia e tuttavia non potranno essere i cavalieri solitari della sanità italiana.

Con la sanità del territorio in azione si evita che le terapie intensive si ritrovino sotto assedio e carenti di posti letto. E territorio dovrà voler dire anche *prevenzione per alert precoce e risposte tempestive*.

Non solo quindi servizi a bassa intensità, aiuti e supporti a pazienti e familiari a domicilio, ma anche attivazione delle azioni di prevenzione delle pandemie e poi, durante un'eventuale emergenza, capacità di attivare servizi adeguati che bloccano ogni corsa agli ospedali.

C'è un'attività sinora negletta che invece è strategica per gestire le pandemie: la rilevazione dati e l'analisi degli stessi, presso le Asl. E invece avere un visione continuativa e nel merito dei dati consente di capire prima e meglio cosa sta arrivando.

In generale è evidente che occorrerà una risposta sistemica per la sanità, a cui associare una ecosistemica per la società: altrimenti sarà molto difficile contemperare i vari obiettivi, tanto più che in questa fase la sanità beneficia di un consenso ed una disponibilità come mai prima d'ora. Certo è che sarà fondamentale mantenere questa rinnovata attenzione sociopolitica alla sanità anche al ritorno all'ordinarietà.

6.6.5 Risorse in più da ben utilizzare

Tra le criticità che la pandemia ha fatto emergere con forza, mostrando a tutti quel che in pochi si raccontava nel tempo, c'è anche il tempo della riduzione progressiva delle risorse pubbliche per la sanità. Non è tanto e solo un problema di tagli, quanto di non adeguamento alla dinamica dei fabbisogni sanitari legato a invecchiamento, transizione epidemiologica e sviluppo delle tecnologie.

In ogni caso, quale che sia lo sguardo che si cala sulle risorse del Servizio sanitario il giudizio è uno e uno solo: inadeguate rispetto alla sua mission di rispondere ai fabbisogni sanitari.

L'andamento di lungo periodo della spesa sanitaria pubblica, malgrado tutti gli esercizi di imbellettamento fatto negli anni, resta visibilmente lenta, troppo lenta rispetto a ciò di cui ci sarebbe stato bisogno.

Nel ripristino dei vincoli di bilancio pubblico nel tempo, soprattutto dopo la tempesta perfetta del 2008 la sanità delle regioni, a cominciare da quelle in piano di rientro è stata chiamata a dare molto.

Tagli o mancati aumenti: così ha dovuto vivere la sanità dal 2008 all'inizio della pandemia. A poco sono serviti sfoghi di ministri della salute visibilmente chiamati a prendere la responsabilità di fronte ad un comparto deluso e penalizzato di scelte politiche i cui danni oggi a tutti sono evidenti.

E a poco son servite le alte grida di tanti responsabili regionali per piani di rientro feroci, finanziamenti col contagocce, tagli di servizi e chiusure di strutture che oggi appaiono inaccettabili e autolesionisti, ma che nel tempo hanno beneficiato di un largo consenso, in nome del taglio degli sprechi pubblici.

Ecco il nodo più difficile da sciogliere: è indubbio che la sanità regionalizzata abbia finito per ampliare i divari e anche le cattive abitudini di spesa e di gestione della sanità. In fondo, ciascuno è stato lasciato solo con i suoi difetti e limiti (e si è visto che tutti ne avevano tanti, anche quelli che sembravano i migliori), fatto salvo poi lesinare il denaro pubblico a chi peggio amministrava, in pratica usava tanto denaro pubblico con risultati miseri.

Oggi è forte la pressione e il consenso per aumentare la spesa sanitaria pubblica, prendendo riferimenti i più diversi, dal portare ogni regione a livello di quella che ha più finanziamenti al portare la spesa sanitaria pubblica al rapporto con il Pil in linea con la media dei paesi Ue che più hanno speso per la sanità.

È importante evitare che si torni ad una spesa incontrollata, non valutata, senza che alcuno si ponga il problema della sua produttività reale. Infatti, basterà poco per sentire di nuovo le retoriche dei soldi pubblici sperperati o della casta della sanità che spreca.

Occorre una capacità rinnovata di spendere bene, con un ricorso alle tecnologie Ict che tanto aiutano a generare incrementi di produttività nei servizi di ogni genere.

7. Cittadini più sfidanti

Da anni gli italiani collocano al vertice delle proprie preoccupazioni personali la promozione e tutela della salute, che vince su ogni altro ambito. Costruire il proprio star bene è diventato un tratto connotante gli italiani e condiziona la vita di tutti aspetti decisivi, dall'alimentazione al rapporto con il fumo e il proprio corpo.

D'altro canto, è alta la propensione a fare *check-up*, diagnosi precoci, partecipare agli screening ecc. in pratica una sorta di programma individuale di attenzione alla salute come risposta ad una preoccupazione sociale che nel tempo è cresciuta.

Esito della pandemia non potrà che essere una intensificazione delle paure per la propria salute, in linea con quella insicurezza legata in parte all'arrivo di un virus ignoto e in parte al fatto che è stata forte in tanti cittadini la sensazione di non poter disporre delle prestazioni di cui avevano bisogno.

È un passaggio epocale, perché sino all'arrivo del virus, pur con i tagli prolungati di spesa sanitaria pubblica e l'evidente sottovalutazione della sanità, però gli italiani restavano convinti di poter contare su un certo grado di tutela e sicurezza. E invece ora, anche a seguito dell'esperienza traumatica di questi mesi, anche questa sfera è avvolta da insicurezze.

La paura di star male e di dover far ricorso alla sanità senza trovare risposte assistenziali adeguate, che in alcuni territori in alcuni momenti ha raggiunto livelli parossistici, potrebbe anche generare un ricorso più intenso alle attività di prevenzione non sanitarie, così come è presumibile una più forte propensione a fare accertamenti, controlli, analisi del sangue ecc.

In pratica, si può ipotizzare un *boost* trasversale al salutismo, che comunque è una dimensione positiva, da valorizzare e rilanciare tenuto conto che gli stili di vita salutari hanno il verificato merito di ridurre l'insorgenza di talune patologie che oggi sono quelle che più pesano sul servizio sanitario di ciascuna regione.

In generale, non è improbabile che nei prossimi anni, a seguito della metabolizzazione di questa esperienza emergenziale, avremo una domanda di salute intensa e cittadini esigenti sul tema della salute molto più che in passato.

Anche questa dimensione andrà governata e gestita, anche perché gli italiani in questi mesi sul piano dei comportamenti economici hanno reagito alla paura dell'ignoto e all'insicurezza con quel che ormai hanno imparato a fare meglio: risparmiare in contanti.

Il *cash* in portafoglio è salito complessivamente ad oltre 1,7 mila miliardi di euro di contante in portafoglio, pari a non lontano da un terzo delle attività finanziarie delle famiglie.

Una massa monetaria enorme che non è destinata ai consumi in parte bloccati e in parte contenuti per scelta e risponde all'esigenza di fronteggiare eventuali spese impreviste, inattese.

Negli anni precedenti il *lockdown* al vertice delle spese impreviste che preoccupavano gli italiani c'erano le spese sanitarie tanto che la spesa privata per la salute era salita oltre i 40 miliardi di euro annui.

La rinnovata attenzione per la salute e la sanità legata alla paura di non avere prestazioni sanitarie al momento del bisogno potrebbe indurre nella tentazione di fare da soli.

In questo ambito è evidente che occorre delineare meccanismi agili ed efficaci di relazionalità tra medici e cittadini, nonché qualificare l'informazione sanitaria così da evitare che nella spesa sanitaria privata non si cumuli la componente inappropriata, che non risponde alle esigenze reali sanitarie, ad esempio di risposte alle piccole patologie.

Pertanto, la nuova sanità dovrà essere capace anche di promuovere efficaci campagne di comunicazione ed anche educazione sanitaria che orientino la rinnovata attenzione per la salute, offrendo riferimenti medici precisi, così da combattere false credenze e relativi comportamenti, altrimenti il rischio è un effetto boomerang dal lodevole rilanciato impegno sulla tutela della salute da parte dei singoli.

8. O logica da ecosistema o la sanità non ce la farà

Nel Rapporto 2019 della Fondazione Farmafactoring è stato largamente spiegato perché il sistema va inteso come *un ecosistema* che si relaziona con altri ecosistemi. Non è solo un dato di fatto, ma una necessità perché da sola la sanità non potrà mai farcela, finirà sempre e comunque sotto la pressione di una domanda sanitaria stringente e situazione di contesto avversi con il rischio di restare schiacciata.

L'emergenza sanitaria ha coinvolto ogni ambito di vita come mai in passato e le criticità che sono emerse non potevano certo trovare soluzione solo ed esclusivamente dentro la sanità.

Sono stati chiamati in causa con la pandemia abitudini e stili di vita dei singoli membri, attività collettive, modelli di organizzazione e funzionali della società.

Allora solo la messa in campo di soluzioni che sono esito di cooperazione tra mondi e saperi diversificati, potrà vincere la sfida delle emergenze, intesa come la sfida suprema a sanità e società.

Ciò richiede modificazioni profonde, a cominciare della multidisciplinarietà come cultura e come modello operativo, per rendere operativi gli schemi della cooperazione nelle comunità.

Il sistema sanitario non potrà salvarsi da solo e non potrà salvare la società se non si pensa, per tramite i suoi responsabili ed operatori, come ecosistema. La pandemia ha dato la conferma più efficace e impressiva del racconto promosso nel Rapporto *La sanità in controluce del 2019*.

Tabelle e figure

Tabella 1 - Italiani che hanno paura del contagio da Covid-19, per area geografica (val. %)

<i>Lei ha paura del contagio del Covid-19 in questa fase?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, di cui	81,9	78,3	88,8	91,4	85,8
Siamo ancora in emergenza	64,2	61,3	72,6	72,1	68,0
Conto che finisca tutto tra poco	17,7	17,0	16,2	19,3	17,8
No, di cui	18,1	21,7	11,2	8,6	14,2
No, ora il pericolo sta scendendo rapidamente e di molto	5,0	4,5	1,8	3,5	3,7
No, non ho mai avuto paura	13,0	17,2	9,4	5,1	10,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2021

Tabella 2 - Italiani che hanno dovuto rinviare prestazioni sanitarie durante l'emergenza sanitaria, per area geografica (val. %)

<i>Le è capitato di dover rinviare e/o rinunciare a prestazioni o servizi sanitari durante l'emergenza Covid-19, dal mese di marzo 2020 in avanti?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì, di cui	56,4	49,9	52,8	58,2	55,0
<i>Dal mese di dicembre 2020 ad oggi</i>	24,9	19,3	18,0	27,5	23,3
<i>Dal mese di marzo 2020 a novembre 2020</i>	40,7	37,8	42,9	40,2	40,4
No	43,6	50,1	47,2	41,8	45,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2021

Tabella 3 - Italiani che ritengono di aver subito danni a cause dei rinvii delle prestazioni sanitarie durante l'emergenza sanitaria, per stato di salute (val. %)

Lei ritiene di aver subito danni alla salute a causa di rinvii/rinunce a prestazioni sanitarie?	%
Sì, di cui	31,1
Sono pronto a chiederne conto in tribunale per avere risarcimenti	6,4
Ma non ricorrerò per avere risarcimenti	24,7
No	68,9
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis 2021

Tabella 4 - Il giudizio degli italiani sull'operato del Servizio sanitario durante l'emergenza sanitaria, per stato di salute (val. %)

Come valuta l'azione del Servizio sanitario della sua regione rispetto all'emergenza Covid-19 dal marzo 2020 ad oggi?	Ottimo stato di salute	Buono stato di salute	Discreto stato di salute	Insufficiente stato di salute	Totale
Ottima o buona, di cui	57,6	48,1	40,1	37,0	46,6
Ottima	17,5	8,2	4,3	7,7	8,2
Buona	40,1	39,9	35,9	29,3	38,4
Sufficiente	27,2	28,5	34,2	38,8	30,4
Insufficiente o pessima, di cui	9,7	21,8	19,5	20,8	19,5
Insufficiente	5,8	16,0	15,2	11,2	14,3
Pessima	3,9	5,8	4,2	9,6	5,2
Non saprei	5,5	1,5	6,3	3,5	3,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis 2021

Tabella 5 - Opinione degli italiani sulla fine della campagna di vaccinazione anti Covid-19, per età (val. %)

<i>Secondo Lei entro quando saranno vaccinati tutti gli italiani?</i>	18-34 anni	35-64 anni	Oltre 64 anni	Totale
Entro il mese di settembre 2021	3,7	6,8	17,5	9,1
Entro il 31 dicembre 2021	22,7	23,1	31,3	25,3
Entro il mese di giugno 2022	31,8	28,1	25,4	28,2
Entro il 31 dicembre 2022	28,4	23,5	14,3	22,0
Dal 2023 in poi	13,4	18,4	11,5	15,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

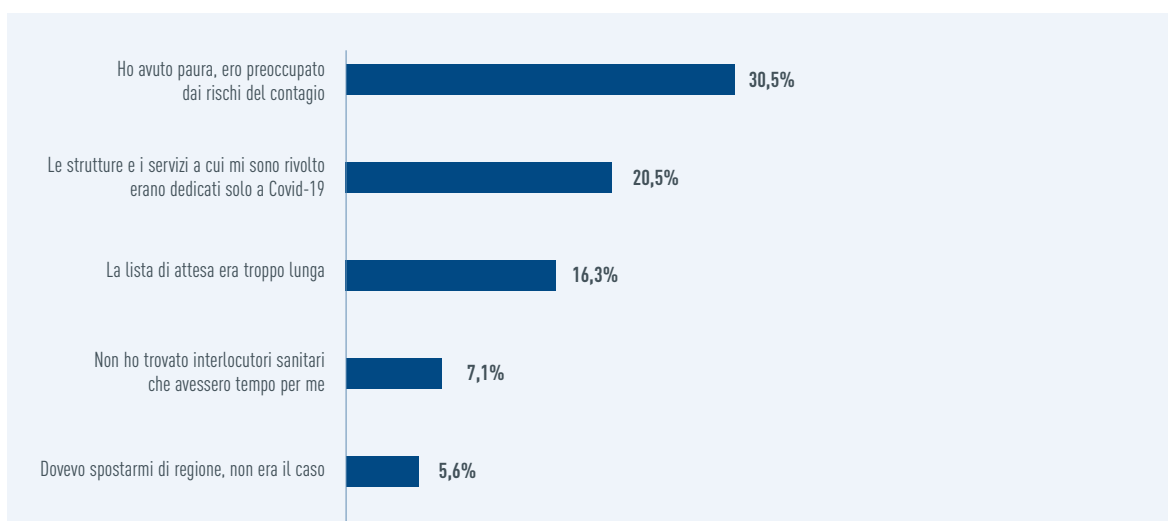
Fonte: indagine Censis 2021

Tabella 6 - Vaccino anti Covid-19 obbligatorio per tutti: favorevoli e contrari (val. %)

<i>Più favorevoli all'obbligatorietà del vaccino anti Covid-19</i>	%	<i>Più contrari all'obbligatorietà del vaccino anti Covid-19</i>	%
Centro	73,3	Nord Ovest	29,2
Uomini	72,2	Donne	29,5
Anziani	79,1	Adulti	31,9
Laureati	79,1	Diplomati	29,2
Redditi alti	74,7	Bassi redditi	37,1
Totale	71,3	Totale	28,7

Fonte: indagine Censis 2021

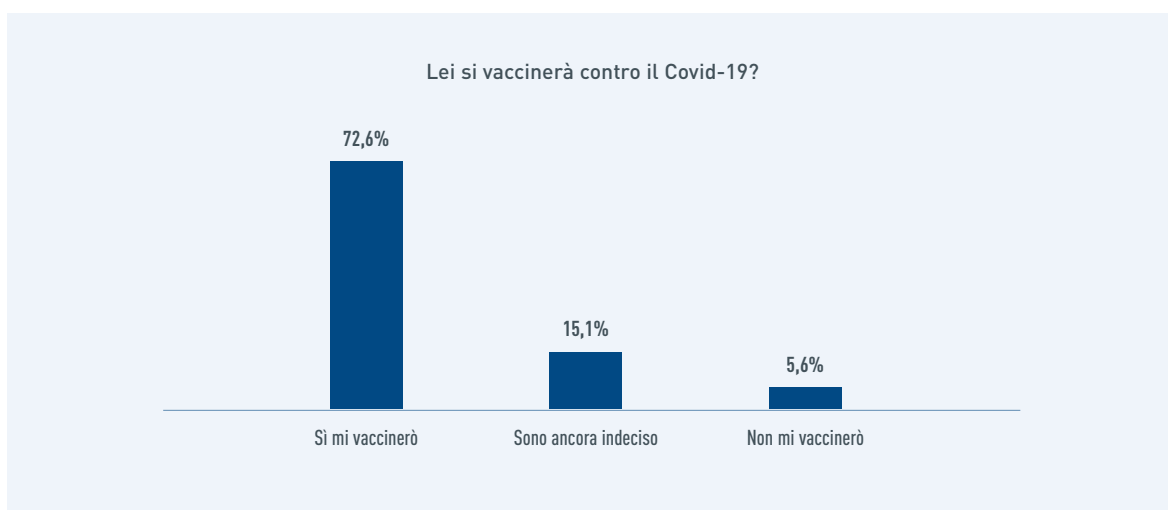
Figura 1 - Le motivazioni del rinvio delle prestazioni sanitarie durante l'emergenza sanitaria (val. %)



Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

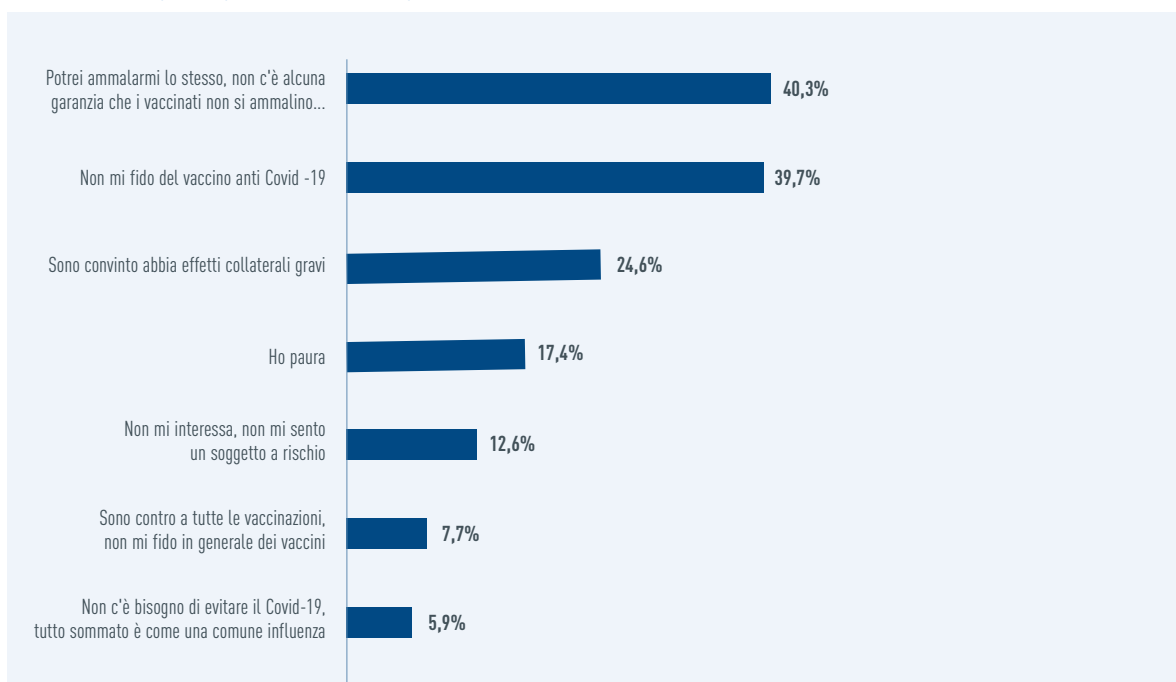
Fonte: indagine Censis 2021

Figura 2 - Le motivazioni del rinvio delle prestazioni sanitarie durante l'emergenza sanitaria (val. %)



Fonte: indagine Censis 2021

Figura 3 - Le principali motivazioni per cui si è indecisi o contrari a vaccinarsi contro Covid-19 (val. %)



Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.
Fonte: indagine Censis 2021

Bibliografia

- Allain-Dupré, Dorothée et al. (nov. 2020). *The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. OECD Report. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) (citato a pagg. 365–367).
- Atella V., Kopinska J. e Piano Mortari A. (2021). *L'emergenza COVID e il nuovo mondo che verrà*. EGEA, Milano.
- Beaubien, J. (2016). *How Boko Haram is keeping polio alive in Nigeria*. Consultabile su: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2016/09/14/493755014/nigeria-has-to-wipe-out-polio-again>.
- Brahmbhatt, Milan; Dutta, Arindam (2008). *On SARS Type Economic Effects During Infectious Disease Outbreaks*. Policy Research Working Paper; No. 4466. World Bank, Washington, DC. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6440>.
- Butler, CD e CL Soskolne (2013). «Ecosystems, Stable and Sustainable». In: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. A cura di MD Gellman e JR Turner. New York, NY: Springer.
- Cohen J. (2020). Shots of hope. *Science (New York, N.Y.)*, 370(6523), 1392–1394. <https://doi.org/10.1126/science.370.6523.1392>
- ECDC (2019). Health emergency preparedness for imported cases of high-consequence infectious diseases. Stockholm: ECDC. Consultabile su: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-emergency-preparedness-imported-cases-high-consequence-infectious-diseases#no-link>
- ECDC (2020). Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients. ECDC Technical Report. February. Disponibile su: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-checklist-hospitals-preparing-reception-care-coronavirus-patients.pdf>
- ECDC (2021). Rollout of COVID-19 vaccines in the EU/EEA: challenges and good practice. 29 March 2021. Stockholm: ECDC.
- Epstein, SB et al. (2019). *FY2015 funding to counter Ebola and the Islamic State (IS)*. Rapp. tecn. Washington, DC: Congressional Research Service.
- Fan, VY, DT Jamison e LH Summers (2016). *The inclusive cost of pandemic influenza risk*. Rapp. tecn. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Fan, VY, DT Jamison e LH Summers (2018). *Pandemic risk: how large are the expected losses?*
- Federation of European Heating, Ventilation and Air Conditioning Associations (REHVA) (2020). REHVA COVID-19 guidance document. https://www.rehva.eu/fileadmin/user_upload/REHVA_COVID-19_guidance_document_ver2_20200403_1.pdf. Brussels.
- Fondazione Farmafactoring (2019). *Il Servizio Sanitario e la gestione della complessità: sostenibilità, pluralità delle piattaforme e loro interazioni. Il sistema sanitario in controluce Rapporto*. Ottobre. Milano. Disponibile su: http://www.fondazionefarmafactoring.it/documents/1454509/1483181/FondFarma++Rapporto_FF2019_finale.pdf/coa2f9b2-5a4b-4389-1882-81eef3035ba
- Forman, R., Shah, S., Jeurissen, P., Jit, M., & Mossialos, E. (2021). COVID-19 Vaccine Challenges: What have we learned so far and what remains to be done?. *Health Policy*. In corso di stampa.
- Gebreyes, W. A., J. Dupouy-Camet, M. J. Newport, C. J. B. Oliveira, L. S. Schlesinger, Y. M. Saif, S. Kariuki, L. J. Saif, W. Saville, T. Wittum, A. Hoet, S. Quessy, R. Kazwala, B. Tekola, T. Shryock, M. Bisesi, P. Patchanee, S. Boonmar, and L. J. King. (2014). The global One Health paradigm: Challenges and opportunities for tackling infectious diseases at the human, animal, and environment interface in low-resource settings. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 8(11):e3257.
- Ghebreyesus, T. (2018). *Forewords*. Rapp. tecn. World Health Organization.
- Global Preparedness Monitoring Board (2019a). *A world at risk: annual report on global preparedness for health emergencies*. Geneva: World Health Organization. Rapp. tecn. Geneva: World Health Organization.
- Global Preparedness Monitoring Board (2019b). *Pandemic Preparedness Financing. STATUS UPDATE*. Rapp. tecn. Geneva: World Health Organization.. Consultabile su: https://apps.who.int/gpmb/assets/thematic_papers/tr-4.pdf
- Grossi, G, G Pezone e M Triassi (2020). «Salto di specie dei virus e l'approccio One health». In: *Quotidiano Sanità*.
- IMF (2020). *World Economic Outlook, October 2020: A Long and Difficult Ascent*. <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2020/October/English/text.ashx?la=en>.
- ISTAT (2020). *Nota informativa dati mortalità al 30 settembre. Decessi per il complesso delle cause*. Roma. Disponibile al seguente indirizzo web: [\url{https://www.istat.it/it/files/2020/03/Nota-informativa-dati-mortalita-al-30-settembre.pdf}](https://www.istat.it/it/files/2020/03/Nota-informativa-dati-mortalita-al-30-settembre.pdf)
- Jabr, F (2020). «How humanity unleashed a flood of new diseases». In: *The New York Times Magazine*.
- Jonas, O. (2014). «Global health threats of the 21st century». In: *Finance and Development*, Vol. 51.
- Jones, KE et al. (2008). «Global trends in emerging infectious diseases». In: *Nature* 451, pp. 990–994.

- Kurotschka, P. K., Serafini, A., Demontis, M., Serafini, A., Mereu, A., Moro, M. F., ... & Ghirotto, L. (2021). General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. *Frontiers in public health*, 9, 19.
- McKibbin, W.J. (2004). *Economic modeling of SARS: The G-Cubed approach*. Rapp. tecn. Sydney, Australia: The Lowy Institute for International Policy.
- OECD (2021). Access to COVID-19 vaccines: global approaches in a global crisis. OECD, Paris.
- Perrow, C. (2011). *The next catastrophe : reducing our vulnerabilities to natural, industrial, and terrorist disasters*. Princeton University Press.
- Pike, J et al. (2014). «Economic optimization of a global strategy to address the pandemic threat». In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 111, pp. 18519–18523.
- Quammen, D (2012). *Spillover: animal infections and the next human pandemic*. New York: W.W. Norton & Co.
- The Economist (2021). What is the economic cost of covid-19? Finance & economics. Jan 7th.
- UNICEF (2014). Ebola virus disease: Personal protective equipment and other Ebola-related supplies. Rapp. tecn. United Nations International Children's Emergency Fund.
- van Dorp L., Acman M., Richard D., Shaw L. P., Ford C. E., Ormond L., Owen C. J., Pang J., Tan C. C.S., Boshier F.A.T., Torres Ortiz A., Balloux F., (2020). Emergence of genomic diversity and recurrent mutations in SARS-CoV-2. *Infection, Genetics and Evolution*. Volume 83, <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2020.104351>.
- Villa, M. (2021a). DATAVIRUS: Vaccini e morti evitate: la strategia conta. 08 gennaio. Disponibile su: <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/datavirus-vaccini-e-morti-evitate-la-strategia-counta-28851>
- Villa, M. (2021b). Vaccini in Italia: come ti raddrizzo la campagna 16 aprile. Disponibile su: <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/datavirus-vaccini-italia-come-ti-raddrizzo-la-campagna-30089>
- Whitman, E. (2016). How Zika virus-carrying *Aedes aegypti* mosquitos were eradicated, and then returned. Consultabile su: <https://cpb-us-w2.wpmucdn.com/u.osu.edu/dist/c/28860/files/2016/08/How-Zika-Virus-Carrying-Aedes-Aegypti-Mosquitoes-Were-Eradicated-And-Then-Returned-2c3a1b.pdf>.
- World Bank (2010). *People, Pathogens, and Our Planet : Volume One - Towards a One Health Approach for Controlling Zoonotic Diseases*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2844> License: CC BY 3.0 IGO.
- World Bank (2015). *Ebola: Most African countries avoid major economic loss but impact on Guinea, Liberia, Sierra Leone remains crippling*. Rapp. tecn. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (2016a). 2014–2015 *West Africa Ebola crisis: Impact update*. Rapp. tecn. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (2016b). The short-term economic costs of Zika in Latin America and the Caribbean (LCR). Consultabile su: <http://pubdocs.worldbank.org/en/410321455758564708/The-short-term-economic-costs-of-Zika-in-LCR-final-doc-autores-feb-18.pdf>
- World Bank (2021). *Global Economic Prospects, January 2021*. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34710>.
- WHO (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs*. Geneva: WHO. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
- WHO (2018). *Managing epidemics: key facts about major deadly diseases*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf>. Geneva.
- Willis Towers Watson (2021). *Actions to Restore Stability Survey*. Disponibile al seguente indirizzo web: <https://www.willistowerswatson.com/en-US/Insights/2020/07/ac>.
- Zhang, L, N Hua e S Sun (2008). «Wildlife trade, consumption and conservation awareness in Southwest China». In: *Biodiversity and conservation* 17, pp. 1493–1516.

È vietata la riproduzione senza preventivo
consenso della Fondazione Farmafactoring

Fondazione Farmafactoring

Via Domenichino 5 - 20149 Milano

Tel. 02.49905204

info@fondazionefarmafactoring.it

fondazionefarmafactoring.it

Progetto grafico: ideogramma.it