

کرونا - منطقه گرایی چیست؟ تفاوت واکنش‌های منطقه‌ای به کووید-۱۹ در ایتالیا^۱

آریش بوسا^۲؛ آدریانا کاستلی^۳؛ میشل کاستلی^۴؛ اوریانی سیانی^۵؛ آملیا کامپانی^۶؛ ماتئو ام. گالیزی^۷؛
ماتئو گاروفانو^۸؛ سیمونه گیسلانندی^۹؛ مارگریتا جیانونی^{۱۰}؛ جورجیا مارینی^{۱۱}؛ میلنا واینیری^{۱۲}
مترجمان^{۱۳} : علی شایسته معین^{۱۴}، منصوره حبیب‌الهی ملازم^{۱۵}

چکیده

نظام‌های مراقبت بهداشتی و هم از نظر میزان آسیب‌دیدگی از موج اول همه‌گیری کووید-۱۹، با هم تفاوت دارند. این مناطق پنجگانه، دارای یک نظام مراقبت بهداشتی-سلامتی، غیرمتمرکز هستند. ما واکنش‌های مختلف این مناطق به کووید-۱۹ را با هفت عامل مدیریت بحران بررسی می‌کنیم. عوامل هفتگانه شامل نظارت^{۱۸}، یادگیری^{۱۹}، تصمیم‌گیری^{۲۰}، هماهنگی^{۲۱}، ارتباطات^{۲۲}، رهبری^{۲۳} و ظرفیت بهبودی^{۲۴} می‌شود. در پرتو این عوامل، ما به

در این مقاله، واکنش به بحران کووید-۱۹ در مرحله حاد موج اول همه‌گیری^{۱۶} آن (فوریه - می ۲۰۲۰) در ایتالیا را مورد بحث قرار می‌دهیم. ما پنج منطقه لمباردی، ونتو، امیلیا-اومگنا، اومبریا و آپولیا^{۱۷} را به عنوان قلمرو جغرافیایی در نظر می‌گیریم که در شمال، مرکز و جنوب ایتالیا واقع شده است. این پنج منطقه، هم از نظر

1. Corona-regionalism ? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy

- ۲ دانشکده بازرگانی، دانشگاه ادینبورگ، بریتانیا.
- ۳ مرکز اقتصاد سلامت، دانشگاه یورک، بریتانیا.
- ۴ موسسه علوم بهداشت جمعیت، دانشگاه نیوکاسل، بریتانیا.
- ۵ اس.دی.ای. دانشکده مدیریت بوکونی، ایتالیا.
- ۶ گروه علوم اجتماعی و سیاسی، دانشگاه بوکونی، ایتالیا.
- ۷ گروه روانشناسی و علوم رفتاری، دانشکده اقتصاد لندن، بریتانیا.
- ۸ سازمان بهداشت محلی پارما، ایتالیا.
- ۹ گروه علوم اجتماعی و سیاسی، دانشگاه بوکونی، ایتالیا.
- ۱۰ گروه اقتصاد، دانشگاه پروجا، ایتالیا.
- ۱۱ گروه مطالعات حقوقی و اقتصادی، دانشگاه ساپینزا رم، ایتالیا.
- ۱۲ آزمایشگاه مدیریت و سلامت، موسسه مدیریت، مدرسه عالی سنتانا در پیزا، ایتالیا.
- ۱۳ مسئولیت هر گونه کاستی در ترجمه، فقط برعهده مترجمان است.
- ۱۴ دانشجوی دکترای مدیریت راهبردی دانش؛ دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، تهران، ایران.
a.shayesteh99@sndu.ac.ir

۱۵ فارغ التحصیل کارشناسی مدیریت بازرگانی؛ دانشگاه پیام نور غرب، تهران، ایران. m_habibollahy@yahoo.com

16. Pandemic

17. Lombardy, Veneto, Emilia-omagna, Umbria, Apulia

18. Monitoring

19. Learning

20. Decision-Making

21. Coordinating

22. Communicating

23. Leading

24. Recovering Capacity

تحلیل همگرایی و واگرایی‌هایی^۱ در این مناطق و انتخاب‌ها و تصمیم‌های سازمانی^۲ مختلف می‌پردازیم.

واژگان کلیدی: خط‌مشی‌گذاری سلامت، مدیریت سلامت، کووید-۱۹، ایتالیا، واکنش‌های منطقه‌ای.

مقدمه

با بیش از ۱۸۰ میلیون مورد ابتلای تاییدشده قطعی و حدود ۴ میلیون فوتی در جهان، همه‌گیری کووید-۱۹، ناشی از سندرم حاد تنفسی ویروس کرونا^۳، وخیم‌ترین چالش بهداشت عمومی در عصر حاضر بوده و فشار طاقت‌فرسایی بر نظام مراقبت‌های بهداشتی وارد کرده است. یک بحث کلیدی و اساسی در خط‌مشی‌گذاری حوزه سلامت، به تأثیر تمرکززدایی^۴ بر عملکرد نظام مراقبت‌های بهداشتی تأکید دارد. تمرکززدایی در نظام مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند در مواقع بروز بحران سلامتی، اهمیت خود را نشان دهد. به‌طور معناداری، درجه تمرکززدایی در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۵ متفاوت است. تمرکززدایی در نظام مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند، پیشران کارایی در این حوزه و یا ارائه مجموعه متمرکزتری از خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیازمحور و محلی‌محور باشد. معمولاً، در کشورهایی که نظام‌های مراقبت بهداشتی غیرمتمرکز دارند، دولت‌های مرکزی، مسئول تصمیم‌گیری‌های مربوط به چارچوب کلی خط‌مشی‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی، هماهنگی، نظارت و ارزیابی هستند. در حالی که، سطوح پایین‌تر دولت مرکزی، بر تصمیم‌گیری‌های مربوط به ورودی‌ها و خروجی‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی کنترل دارند.

نظام‌های مراقبت بهداشتی غیرمتمرکز چگونه به همه‌گیری کووید-۱۹ واکنش نشان دادند؟ در این مقاله، نظام بهداشت و درمان ایتالیا را مورد مطالعه قرار می‌دهیم و واکنش نهادهای زیرمجموعه مناطق به همه‌گیری کووید-۱۹ را مقایسه می‌کنیم. در انجام این کار، ما از دریچه تحلیلی پیشنهادی بوکارت و همکاران^۶ استفاده می‌کنیم و هفت بُعد مدیریت بحران را در چارچوب یک نظام مراقبت بهداشتی غیرمتمرکز بررسی می‌کنیم.

بوکارت و همکاران در تحقیق خود، واکنش در سطح ملی در چهار کشور اتحادیه اروپا (فرانسه، آلمان، بلژیک و ایتالیا) را مقایسه کردند. واکنش‌های خاص هر کشور، ریشه در تفاوت در سلسله مراتب سازمانی^۷، فرهنگ‌ها^۸ و روال‌های اداری^۹ دارد. در دوران اوج همه‌گیری، تصمیم‌گیرندگان و متخصصان، خواستار واکنش متمرکز سریع، به همه‌گیری کووید-۱۹ شدند. برای مثال، کارشناسان از کشورهای مختلف اروپا، خواستار راهبردهایی شدند که منوط به نادیده گرفتن مرزهای سیاسی و جغرافیایی، برای مدیریت عملیات کارآمدتر، مانند توزیع تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه^{۱۰}، به اشتراک‌گذاری اطلاعات مربوط به خط‌مشی‌ها، شیوه‌ها و راهبردها و دانش علمی و بالینی در مورد اثربخشی انواع مداخلات دارویی و پزشکی برای درمان^{۱۱} کووید-۱۹ شدند. با این حال، علی‌رغم لزوم مقابله با همه‌گیری تحت یک راهبرد میان‌مللی مشترک، پاسخ‌های سیاسی همواره در سطح ملی بود و به معظلی که بوکارت و همکارانش آن را «یک‌بعدنگری^{۱۲}» می‌نامیدند، منجر شد. این اصطلاح، به درجه خاصی از ملی‌گرایی^{۱۳} که توسط کشورهای اروپایی (ولی، نه همه) در واکنش‌های مدیریت بحران که از خود بروز می‌دهند، اطلاق می‌شود: «مقابله با بحران قبل از هر چیز، یک مسئله برای دولت‌ها در سطح ملی است». به‌عنوان مثال، در اروپا، سلامت و بهداشت، مسئولیت اصلی کشورهای عضو است، نه اتحادیه اروپا. وظیفه اصلی اتحادیه اروپا، فقط ارائه رویکرد هماهنگ‌کننده در سطح اتحادیه و در سطح جهانی است.

در مطالعه موردی ما، یعنی ایتالیا، استدلال ما بر این است که تفاوت‌ها در واکنش به همه‌گیری در سطح زیرملی^{۱۴} نیز می‌تواند بروز پیدا کند، به‌ویژه زمانی که نظام مراقبت‌های بهداشتی غیرمتمرکز باشد، یا برون‌سپاری^{۱۵} شده باشد. هدف این مقاله، مطالعه انتقادی^{۱۶} در واکنش‌ها به موج اول (فوریه - می ۲۰۲۰) بحران بهداشتی کووید-۱۹، توسط مناطق منتخب ایتالیا و استخراج برخی از نتایج اولیه در مورد مدیریت وضعیت بحرانی بهداشتی این مناطق است. ما پنج منطقه لمباردی، ونتو، امیلیا رومانیا، اومبریا و آپولیا را انتخاب کرده‌ایم که نمایانگر^{۱۷} شمال،

1. Analogies and Differences
2. Institutional
3. SARS-CoV2
4. Decentralisation
5. OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development
6. Bouckaert et al.
7. Institutional Arrangements
8. Administrative Cultures
9. State Traditions

10. ICU
11. Effectiveness of Therapies
12. Coronationalism
13. Nationalism
14. Sub-National Level
15. Devolved
16. Critically Review
17. Representative

علی‌رغم ماهیت یکپارچه دولت ایتالیا، از زمان تأسیس سازمان خدمات بهداشت ملی، هم به دولت مرکزی و هم به مناطق مسئولیت‌های معینی سپرده شده است که در طول چهل سال گذشته، به تدریج منجر به تمرکززدایی واقعی در نظام ملی مراقبت‌های بهداشتی شده است. دولت مرکزی مسئول تضمین پوشش همگانی و دسترسی برابر به خدمات بهداشتی بوده است، در حالی که مناطق به‌طور انحصاری، مسئول سازماندهی و تنظیم خدمات بهداشتی و ایجاد سازوکارهای مالی برای واحدهای بهداشت منطقه‌ای^۵ بوده اند.

واحدهای بهداشت منطقه‌ای، به‌عنوان نهادهایی که مسئول مدیریت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در یک منطقه^۶ از پیش تعریف شده بودند، شکل گرفتند. در اوایل دهه ۱۹۹۰، بر اساس اصلاحات بازارمحور^۷، واحدهای بهداشت منطقه‌ای به شرکت‌های دولتی تبدیل شدند که با همکاری یک تیمی متشکل از یک مدیر ارشد، یک مدیر اجرایی انتصابی و مسئول دولت منطقه‌ای، اداره می‌شدند. بسیاری از بیمارستان‌های بزرگ که در گذشته مستقیماً توسط واحدهای بهداشت منطقه‌ای، اداره می‌شدند نیز به بیمارستان‌های دولتی^۸ با استقلال مدیریتی بالا تبدیل شدند. به تدریج، در ازای اعمال محدودیت‌های بودجه انقباضی^۹ در هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، به مناطق اختیارات بیشتری در اداره و سازماندهی خدمات بهداشتی و درمانی داده شد. در نهایت، هر منطقه، مدل سازمان مراقبت‌های بهداشتی خود را اتخاذ کرد، اما هر مدلی ریشه در برخی از مدل‌های سازمانی کلی‌تر داشت. به‌طور خاص، فرانسه، طبقه‌بندی مدل‌های سازمانی عام‌تری را بر اساس رابطه بین خریداران خدمات درمانی (مقامات بهداشتی محلی)^{۱۰} از یک سو، و ارائه‌دهندگان و بیمارستان‌ها^{۱۱} از سوی دیگر، ارائه کرد. فرانسه سه مدل اصلی را شناسایی کرد: الف. مدل پرداخت‌کننده شخص ثالث^{۱۲}، مدل برنامه‌نویس^{۱۳} و مدل حامی^{۱۴}. در مدل پرداخت‌کننده شخص ثالث که با درجه رقابت‌پذیری بالا و درجه پایین مدیریت دولتی مشخص می‌شود. در این مدل، بیماران آزادانه بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، انتخاب می‌کنند. مقامات بهداشتی محلی که در نقش پرداخت‌کننده شخص ثالث عمل می‌کنند، به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، براساس خدمات ارائه شده پرداخت هزینه می‌کنند. در مدل برنامه‌نویس، که با درجه

مرکز و جنوب ایتالیا هستند. این پنج منطقه، هم از نظر سازماندهی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی و هم در نحوه تأثیرپذیری این مناطق از موج اول کووید-۱۹، شرایط متفاوتی دارند. ما واکنش‌های مختلف این پنج منطقه به کووید-۱۹ را با هفت بُعد مدیریت بحران که توسط بوکارت و همکاران بیان شده است، مورد بررسی قرار می‌دهیم: این ابعاد هفتگانه شامل نظارت، یادگیری، تصمیم‌گیری، هماهنگی، ارتباط، رهبری و ظرفیت بهبودی است. بر اساس تجزیه و تحلیل واکنش‌های مختلف، ما بینش‌هایی درباره مسائلی که دولت‌هایی که در بخش مراقبت‌های بهداشتی، رویکرد غیرمتمرکز دارند و ممکن است در طول یک بحران، مانند بیماری همه‌گیر اخیر کووید-۱۹، با آن‌ها مواجه شوند، ارائه می‌کنیم. در ادامه مقاله، ابتدا مروری بر نظام بهداشت و درمان ایتالیا می‌کنیم. در مرحله بعد، روی پنج منطقه منتخب، تمرکز می‌کنیم تا واکنش آنها به بحران کووید-۱۹ را از دریچه هفت بُعد ذکر شده در بالا، تحلیل کنیم. ما با بحث در مورد همگرایی و واگرایی‌ها بین پنج منطقه منتخب، در پرتو تصمیمات آن‌ها^۱ و با تفکر انتقادی بر روی ایده «کرونای منطقه محور^۲»، که معادل «یک‌بُعدنگری» در نظام مراقبت‌های بهداشتی غیرمتمرکز است، به پایان می‌بریم.

مرور کلی بر خدمات بهداشت ملی ایتالیایی

سازمان خدمات بهداشت ملی^۳ ایتالیا در سال ۱۹۷۸ [مقارن سال ۱۳۵۷ شمسی] تأسیس شد و مبنای آن خدمات پوشش همگانی و مراقبت بهداشتی تقریباً رایگان بود. اغلب این خدمات، از طریق اخذ مالیات و سایر منابع مالی، تأمین اعتبار می‌شد. بودجه بهداشتی جمع‌آوری شده در سطح ملی، اکثراً بر اساس معیارهای جمعیت‌شناختی بر اساس نظام سرانه، بین مناطق تقسیم می‌شد. بنابراین، منابع مالی توزیع شده براساس سرانه، ممکن است در مناطق مختلف متفاوت باشد. البته، مناطق این امکان را داشتند که با انتخاب سطوح مختلف پرداخت مشارکتی و با افزایش درآمد مالیاتی، بودجه مراقبت‌های بهداشتی منطقه خود را افزایش دهند. در حال حاضر، درصد تولید ناخالص داخلی^۴ برای هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ۸٪ است که با سطح فعلی مراقبت‌های بهداشتی برای هر فرد، به بالای ۲۰٪ از کل هزینه‌های سلامت می‌رسد.

1. Their Choices
2. Coronaregionalism
3. Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
4. GDP
5. Unità Sanitarie Loca (USLs)
6. Catchment Area
7. Market-Oriented Reforms

8. Aziende Ospedaliere AOs
9. Tighter Budget
10. ASL
11. AOs
12. Third Payer Model
13. Programmer Model
14. Sponsor Model

شد. لومباردی^۶ (شمال غربی ایتالیا)، امیلیا رومانیا و ونتو^۷ (شمال شرقی ایتالیا) انتخاب شدند، زیرا اولین مناطقی بودند که به طور چشمگیری تحت تأثیر موج اول کووید-۱۹ قرار گرفتند. در ۲۴ فوریه ۲۰۲۰، ۹۸٪ از کل موارد ابتلا به کووید-۱۹ در ایتالیا، در این مناطق گزارش شد: ۷۵٪ در لومباردی، ۱۴٪ در ونتو و ۸٪ در امیلیا رومانیا. اومبریا و آپولیا^۸ به ترتیب از مرکز و جنوب ایتالیا انتخاب شدند و کمتر تحت تأثیر موج اول قرار گرفتند. در ۲۴ فوریه ۲۰۲۰، هر دو منطقه ابتلای صفر مورد را گزارش کردند. علی‌رغم توزیع یکنواخت سرایت بیماری در سراسر کشور، تا پایان ماه می ۲۰۲۰، تقریباً ۶۰ درصد از کل موارد کووید-۱۹، در لومباردی (۳۸٪)، ونتو (۸٪) و امیلیا رومانیا (۱۲٪) و درصد بسیار پایینی از سرایت بیماری در اومبریا (کمتر از ۱٪) و آپولیا (حدود ۲٪) گزارش شد. بنابراین، شکاف اپیدمیولوژیک^۹ شمال - جنوب در پایان موج اول همه‌گیری، همچنان قابل توجه بود که نشان می‌دهد که چرا مناطق مختلف در دوره فوریه تا می ۲۰۲۰، بعضی از پروتکل‌های محدودکننده را اعمال کردند و برخی دیگر هیچ واکنشی نشان ندادند (به عنوان مثال، بازگشایی مجدد بیمارستان‌های از رده خارج شده^{۱۰} برای پذیرش بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و با شدت کمتر در ونتو، با ایجاد مناطق عبور و مرور آزاد فقط برای آزمایش کووید-۱۹ در لومباردی یا امیلیا رومانیا).

باتوجه به ارائه و سازماندهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی، اگرچه همه مناطق در تلاش برای بهبود سازماندهی و یکپارچه سازی خدمات مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی بودند، مناطق منتخب در این بررسی، در طول زمان، چالش‌های متفاوتی را تجربه کرده‌اند. لومباردی، با رویکرد مدل پرداخت‌کننده شخص ثالث، که در اواخر دهه نود از یک نظام تولید - مصرف یکپارچه به سمت تقسیم خریدار - ارائه‌دهنده حرکت کرد، با همه بیمارستان‌ها به عنوان ارائه‌دهنده مستقل خدمات درمانی، ادغام شد. نظام‌های بهداشت منطقه‌ای^{۱۱} (۲۰۱۵) در پرتو یکپارچگی بیشتر، بین ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و جامعه و کارکرد مراقبت‌های بیمارستانی را بررسی کرده‌اند. در امیلیا رومانیا، در سال ۲۰۱۱، مقامات بهداشتی محلی در مناطق بهداشتی وسیع‌تر^{۱۲} طبقه‌بندی شدند. ارائه خدمات بیمارستانی توسط مراکز بهداشتی محلی از طریق بیمارستان‌هایی که مستقیماً تحت اداره همان مراکز یا از طریق بیمارستان‌های

رقابت پایین و درجه بالای مدیریت دولتی مشخص می‌شود. در این مدل، ادارات بهداشتی محلی و بیمارستان‌های دولتی، به طور کامل در خدمات بهداشت ملی ادغام می‌شوند و عرضه خدمات بهداشتی و درمانی، عمدتاً دولتی است. در مدل حامی، که بینابین مدل پرداخت‌کننده شخص ثالث و برنامه‌نویس قرار می‌گیرد، بیماران فقط می‌توانند بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی که قبلاً توسط مقامات اداره بهداشتی محلی انتخاب شده‌اند، خدمات درمانی و بهداشتی دریافت کنند.

به دنبال اصلاحات بازارمحور در اوایل دهه ۱۹۹۰، در اصلاحات قانون اساسی سال ۲۰۰۱، فرآیند تمرکززدایی، به اوج خود رسید. نقطه اوج فرآیند تمرکززدایی، با معرفی بسته مزایای مراقبت‌های بهداشتی ضروری تضمینی (تعریف شده به عنوان سطوح ضروری حمایت^{۱۳}) که برای همه شهروندان بود، نمایان شد. یک صندوق ملی به منظور تامین منابع لازم برای مناطق برای ارائه ال بی بی ای^{۱۴} ایجاد شد. هرگونه مراقبت ارائه شده بالاتر از ال بی بی ای، باید از طریق بودجه منطقه‌ای تامین مالی شود. این اصلاحات، قدرت بیشتری به مناطق داد و مراقبت‌های بهداشتی را مسئولیت مشترک دولت‌های منطقه‌ای و مرکزی قرار داد.

ترکیب نهادی فعلی^{۱۵} این‌گونه است که دولت مرکزی مسئول هدایت درآمدهای مالیاتی عمومی، تعریف بسته‌های خدمات درمانی، اعمال مدیریت و حکمرانی کلی^{۱۶}، و اخیراً نظارت بر بودجه‌های منطقه‌ای است. در همین حال، دولت‌های منطقه‌ای مسئول سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی از طریق ادارات بهداشتی محلی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی معتبر هستند و همچنین می‌توانند درآمد مالیات در منطقه خود را افزایش دهند و خدمات بهداشتی بیشتری را ارائه دهند. به طور کلی، در حال حاضر، خدمات بهداشت ملی، شبکه‌ای از ۲۱ نظام بهداشتی منطقه‌ای^{۱۷} با مدل‌های مختلف ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و سازماندهی آن است.

▶ واکنش‌های منطقه‌ای به کووید-۱۹

انتخاب مناطق

انتخاب مناطق بر اساس معیارهای جغرافیایی، درجه شیوع کووید-۱۹، مدل سازماندهی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی انجام

1. Livelli Essenziali di Assistenza, LEA
2. LEA
3. The Current Institutional Arrangement
4. Overall Management and Governance
5. Regional Health Systems RHS
6. Lombardy
7. Emilia-Romagna and Veneto
8. Umbria and Apulia

9. Contagions
10. Epidemiological
11. Dismissed Hospitals
12. Regional Health Systems RHS
13. Aree Vašte AV

بزرگ‌تر، مجهزتر و مستقل‌تر، مدیریت می‌شدند. کارکرد این نوع سازمان‌دهی در شبکه «قطب و اقمار»^۱ در مدل حامی جواب داده است. همچنین، این منطقه، مراقبت‌های اولیه در جامعه را با ایجاد طرحی به نام «خانه‌های پزشکی»^۲ ارتقا دادند. در اومبریا، این نظام با برخی از بیمارستانهای کوچکتر که تحت پوشش مقامات بهداشتی محلی کار می‌کنند و دو بیمارستان عمومی^۳ مستقل (مدل برنامه‌نویس) ادغام شدند. به علاوه، این نظام با راه‌اندازی شبکه‌ای از واحدهای کوچک مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی که در سطح محلی توزیع شده و با هماهنگی دقیق با پزشکان عمومی^۴ کار می‌کنند و در نتیجه، سطح مراقبت‌های اجتماعی را ارتقا داده است. در مقابل، در آپولیا که از مدل حامی پیروی می‌کند، در آن مقامات بهداشتی محلی، هم‌عرضه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های اجتماعی و هم‌اکثر مراقبت‌های بیمارستانی را به ساکنان ارائه می‌دهند. اخیراً، این منطقه، تحت یک اصلاحات گسترده در نظام‌های بهداشت منطقه‌ای قرار گرفته است که در سال ۲۰۲۰ تکمیل شد. هدف اصلاحات، ارتقای سطح مراقبت‌های اولیه در جامعه و از طریق تقویت بیمارستان‌های محلی در نظر گرفته شده برای بیماران با علائم بیماری خفیف، با بهره‌گیری از رویکرد ساده‌سازی شبکه بیمارستانی بود. برخلاف چهار منطقه دیگر، ونتو چارچوب سازمانی اصلی خود را در طول سال‌ها با تیم‌های مدیریت ارشد در بهداشتی محلی که بیمارستان‌ها و مراقبت‌های اجتماعی را مدیریت می‌کند با رویکرد مدل حامی حفظ کرده است. همانند امیلیا رومانیا و ونتو در سال ۲۰۱۶ تعداد مراکز بهداشتی محلی را از طریق راهبردهای ادغام کاهش دادند، خدمات بهداشتی و مراقبت اجتماعی را یکپارچه و سازمانی فراگیر برای پشتیبانی و مدیریت آنها ایجاد کردند.

بزرگ‌تر، مجهزتر و مستقل‌تر، مدیریت می‌شدند. کارکرد این نوع سازمان‌دهی در شبکه «قطب و اقمار»^۱ در مدل حامی جواب داده است. همچنین، این منطقه، مراقبت‌های اولیه در جامعه را با ایجاد طرحی به نام «خانه‌های پزشکی»^۲ ارتقا دادند. در اومبریا، این نظام با برخی از بیمارستانهای کوچکتر که تحت پوشش مقامات بهداشتی محلی کار می‌کنند و دو بیمارستان عمومی^۳ مستقل (مدل برنامه‌نویس) ادغام شدند. به علاوه، این نظام با راه‌اندازی شبکه‌ای از واحدهای کوچک مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی که در سطح محلی توزیع شده و با هماهنگی دقیق با پزشکان عمومی^۴ کار می‌کنند و در نتیجه، سطح مراقبت‌های اجتماعی را ارتقا داده است. در مقابل، در آپولیا که از مدل حامی پیروی می‌کند، در آن مقامات بهداشتی محلی، هم‌عرضه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های اجتماعی و هم‌اکثر مراقبت‌های بیمارستانی را به ساکنان ارائه می‌دهند. اخیراً، این منطقه، تحت یک اصلاحات گسترده در نظام‌های بهداشت منطقه‌ای قرار گرفته است که در سال ۲۰۲۰ تکمیل شد. هدف اصلاحات، ارتقای سطح مراقبت‌های اولیه در جامعه و از طریق تقویت بیمارستان‌های محلی در نظر گرفته شده برای بیماران با علائم بیماری خفیف، با بهره‌گیری از رویکرد ساده‌سازی شبکه بیمارستانی بود. برخلاف چهار منطقه دیگر، ونتو چارچوب سازمانی اصلی خود را در طول سال‌ها با تیم‌های مدیریت ارشد در بهداشتی محلی که بیمارستان‌ها و مراقبت‌های اجتماعی را مدیریت می‌کند با رویکرد مدل حامی حفظ کرده است. همانند امیلیا رومانیا و ونتو در سال ۲۰۱۶ تعداد مراکز بهداشتی محلی را از طریق راهبردهای ادغام کاهش دادند، خدمات بهداشتی و مراقبت اجتماعی را یکپارچه و سازمانی فراگیر برای پشتیبانی و مدیریت آنها ایجاد کردند.

اقدامات اجرا شده در مناطق منتخب برای مقابله

با کووید-۱۹

ویژگی‌های مناطق پنجگانه منتخب، از نظر تراکم جمعیت، تولید ناخالص داخلی^۵، تخت‌های بیمارستانی، پرسنل خدمات بهداشت ملی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در جامعه و ظرفیت بیمارستان در زمان شیوع بیماری همه‌گیر، در جدول ۱ منعکس شده است.

برای مقابله با موج اول همه‌گیری (فوریه-می ۲۰۲۰)، مناطق خط‌مشی‌گذاری‌های مختلفی را اتخاذ کردند که ما از طریق

۱. نظارت

نظارت در مدیریت بحران شامل تمام نظام‌هایی است که توسط این مناطق برای کنترل، تبدیل داده‌ها به اطلاعات برای مقابله با وضعیت اضطراری کووید-۱۹ و موضوعات درگیر در آن ایجاد شده است. از یک سو، نظام‌های نظارت منطقه‌ای به دلیل نوع داده‌های بهداشتی درخواستی از طرف دولت مرکزی (تعداد روزانه موارد جدید ابتلا کووید-۱۹، بستری شدن در بیمارستان، بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه، فوت، ترخیص و آزمایش) با درجه خاصی از همگنی^۶ و از سوی دیگر، آنها با درجه خاصی از ناهمگونی از نظر روش‌های غربالگری اتخاذ شده، برای شناسایی موارد جدید ابتلا و کنترل شیوع ویروس، مشخص شدند. به عنوان مثال، در یک اقدام فوری، شهرداری ونتو^۷ یک نهضت اجتماعی آزمایش کووید-۱۹ در سطح وسیع^۸ راه‌اندازی کرد. در آمبریا و آپولیا در راستای راهبرد کنترل متناسب با سطح شیوع بیماری، اجرای طرح خود ثبت‌نامی^۹ از طریق یک بستر بر خط و خودنظارتی‌سازی^{۱۰} برای افرادی که به این منطقه باز می‌گشتند، به مرحله اجرا درآمد. برخلاف سایر مناطق، اومبریا به سرعت یک نظام کنترل بر خانه سالمندان را برای ردیابی موارد مشکوک به کووید-۱۹ در خانه‌های سالمندان راه‌اندازی کرد.

۲. یادگیری

به گفته بوکارت و همکاران، یادگیری از تجربیات در بحران‌های گذشته خود و دیگران، عامل کلیدی در مدیریت بحران است. باتوجه به عامل «یادگیری از بحران‌های گذشته»^{۱۱}، مناطق مختلف ایتالیا، همگی تجربه شرایط اضطراری خاص مانند آنفولانزا و زلزله را در مقیاس و ماهیت کوچک را داشتند، اما هرگز همه‌گیری را تجربه نکرده بودند. در مورد «یادگیری در مناطق مختلف»^{۱۲}، ما شواهد بسیار کمی از آنچه در حال رخ دادن بود، به دست می‌آوریم. در هر صورت، به نظر می‌رسد که عکس آن در رابطه با شیوه‌های غربالگری رخ داده است. استفاده و کاربرد تست‌های

1. Hub and Spokes
2. Medical Homes
3. Aziende Ospedaliere: AOs
4. GPs
5. GDP
6. Certain Degree of Homogeneity
7. Veneto
8. Mass Testing Campaign
9. Self-Registration
10. Self-Isolation
11. Learning from Own Past Crises
12. Learning Across Regions

انجام شود. سریعاً، با اجرای این راهبرد، دولت مرکزی به بازیگر کلیدی و محوری تبدیل شد و دولت‌های منطقه‌ای نقش فرعی^{۱۵} را ایفا کردند.

علی‌رغم نقش کلیدی دولت ملی، مناطق همچنان با اتخاذ تصمیمات محلی، که برای واکنش به کووید-۱۹ حیاتی بودند، نقش مهمی داشتند. به‌عنوان مثال، تصمیمات مختلف در مورد آزمایش کووید-۱۹ و مدیریت برنامه‌محور^{۱۶} موارد کووید-۱۹: ترکیبی از مراقبت اجتماعی کارآمد، تامین اجتماعی^{۱۷} و یک نظام مویرگی غربالگری^{۱۸} از طریق سواب^{۱۹} ممکن است نشان دهد که چرا ونتو و امیلیا رومانیا، بلافاصله از مسیر اولیه تمرکز بر بیمارستان‌ها که توسط لمباردی دنبال می‌شد، خارج شدند. علاوه بر این، درصد متفاوت ارائه‌دهندگان خدمات درمانی بخش خصوصی در مناطق، می‌تواند موانعی در زنجیره فرماندهی و تصمیم‌گیری ایجاد کند و در نتیجه، منجر به واکنش‌های به‌موقع نمی‌شود. این مطلب، در مورد مدیریت خانه‌های سالمندان^{۲۰} که نمونه دیگری از تفاوت در تصمیم‌گیری منطقه‌ای است، بروز پیدا کرد. نرخ مرگ و میر بالا در خانه‌های سالمندان، که توسط افشاگری‌های ژورنالیستی مشخص شد، مؤسسه ملی بهداشت^{۲۱} را وادار کرد تا یک بررسی در بازه زمانی ۱ فوریه تا ۱۴ آوریل ۲۰۲۰ انجام دهد. این بررسی نشان داد که به طور متوسط ۸٪ از تمام ساکنان خانه‌های سالمندان در ایتالیا جان خود را از دست داده‌اند، با حداکثر ۱۳٪ برای لمباردی (که حدود ۵۳٪ به دلیل علائم کووید-۱۹)، که دو برابر ثبت شده در ونتو (۶٫۵٪) و در امیلیا رومانیا (۷٪) است. با این حال، نگاه دقیق‌تر به لمباردی، ونتو، اومبریا و امیلیا رومانیا تفاوت‌ها در تصمیم‌گیری‌ها را مورد توجه قرار می‌دهد. در ونتو، پس از شناسایی قطعی اولین موارد ابتلا به کووید-۱۹، اتحادیه خانه‌های سالمندان با همکاری کادر پزشکی^{۲۲}، پروتکل‌های سختگیرانه‌ای را اتخاذ کرد (یعنی: ملاقات ممنوع^{۲۳}). هر دو منطقه ونتو و اومبریا بلافاصله منابعی را برای ارتقای سطح بهداشت و تجهیزات حفاظت شخصی^{۲۴} برای کارکنان و مراجعان در خانه‌های سالمندان هزینه کردند. منطقه امیلیا اوماگنا یک برنامه راهبردی برای مقابله با گسترش کووید-۱۹ در خانه‌های سالمندان اتخاذ کرد که شامل تشخیص زودهنگام، رصد رابطه اجتماعی ساکنین، قرنطینه بیماران مثبت در اتاق‌های ویژه یا انتقال به مراکز بیمارستانی اختصاص داده‌شده به بیماران مبتلا به کووید است. همانطور که قبلاً ذکر شد، اومبریا نیز به

تشخیصی و سرولوژیکی (سرم‌شناسی)^۱ در کل جمعیت، یکی از بحث‌برانگیزترین موضوعات در سراسر مناطق ایتالیا در مرحله اول همه‌گیری بوده است. ونتو اولین منطقه‌ای بود که برای کنترل شیوع سریع^۲ ویروس، آزمایش انبوه را انجام داد. در شهرداری ونتو، یکی از اولین نقاط کانونی^۳ در ونتو، کل جمعیت در آغاز (۸۵٫۹٪ از جمعیت) و در پایان (۷۱٫۵٪ از جمعیت) موج اول کووید-۱۹ مورد آزمایش قرار گرفتند. هر دو آزمایش نسبت قابل توجهی (۴۳٫۲٪) از افراد بدون علامت با عفونت تاییدشده^۴ و شیوع^۵ به ترتیب حدود ۱٫۲٪ و ۲٫۶٪ در شهر را تأیید کردند. ونتو نیاز به آزمایش انبوه اعلان کرد.^۶ (در ۳ می، ونتو بیش از ۷۷۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ آزمایش کرد؛ لمباردی، امیلیا رومانیا و اومبریا حدود ۴۰۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر؛ آپولیا فقط ۱۶۴۱ در هر ۱۰۰۰۰۰) و در خرید تجهیزات تشخیص بیماری سرمایه‌گذاری کرد، که امکان استفاده از عوامل تولید داخل را فراهم می‌کرد، اما هیچ یک از چهار منطقه دیگر از این منطقه الگوبرداری نکردند.

۳. تصمیم‌گیری

تصمیم‌گیری به انتخاب‌هایی اطلاق می‌شود که توسط مناطق پنجگانه در تعقیب راهبردهای کنترل^۷ بحران اتخاذ می‌شود. با بروز بحران، مسئولیت تصمیم‌گیری اصلی برای مقابله با همه‌گیری از مناطق به دولت مرکزی منتقل شد. در مراحل اولیه همه‌گیری بیماری (پایان فوریه)، زمانی که فقط مناطق شمالی تحت تأثیر قرار گرفتند، دولت مرکزی، اقدام مبتنی بر کنترل محلی را اتخاذ کرد: بستن مرزهای منطقه‌ای بین لمباردی، ونتو و امیلیا رومانیا. تعطیلی مشاغل^۸، مدارس، موزه‌ها و کتابخانه‌ها و لغو رویدادهای عمومی^۹ . علاوه بر این، برخی از مناطق با تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان بیماران کووید-۱۹ مداخله کردند^{۱۰}: برای مثال، در لمباردی، بیماری‌هایی که در بخش تصادفات و اورژانس بیمارستان^{۱۱} که ظرفیت آن بالاتر بود، بستری شده بودند به بیمارستان همجوار^{۱۲} دیگری منتقل می‌شدند. اما، هرگز به بیمارستانی خارج از لمباردی منتقل نشدند، حتی زمانی که آن بیمارستان‌ها می‌توانستند ظرفیت درمان آنها را داشته باشند. در عرض دو هفته (ابتدای مارچ)، با گسترش سریع همه‌گیری، «منطقه‌شناسی^{۱۳} منجر به هماهنگی سیاسی ملی^{۱۴} و سپس به یک راهبرد ملی یا هماهنگ کننده تخصیص منابع تبدیل شد»، نمایانگر روشی از عملیاتی بود که باید در منطقه

1. Diagnostic and Serological Testing
2. Rapid Spread
3. Hotspots
4. Asymptomatic Individuals with Confirmed Infections
5. Prevalence
6. Vocal
7. Strategies of Containment

8. Shutdowns of Businesses
9. Cancellations of Public Events
10. Intervened with
11. Accident & Emergency Department (A&E)
12. Neighbouring
13. Regional logic
14. National Political Coordination
15. Subordinate role

16. Pathdependent
17. Social Care
18. Capillary System of Screening
19. SWAB
20. Residenza Sanitaria Assistenziale, RSA
21. Istituto Superiore di Sanità, ISS
22. Medical Staff
23. NO Visitor Access
24. Personal Protective Equipment (PPE)

هماهنگی بین دولت مرکزی و مناطق در مورد چگونگی مقابله با همه‌گیری در حیطه مسئولیت کمیته مشترک ایالتی - منطقه‌ای^{۱۱} است. این کمیته مشورتی، در سال ۱۹۸۳ تأسیس شد و در برنامه‌ریزی، هماهنگی و نظارت اقتصادی بر بودجه مسئولیت دارد. یکی از چالش‌های این کمیته، دقیقاً ایجاد هماهنگی مؤثر بین مناطق و دولت مرکزی است که اغلب برای رسیدن به یک تصمیم به زمان طولانی نیاز دارند.

در سطح منطقه‌ای، نهادهای نظارتی و گروه‌های ویژه اضطراری^{۱۲} مستقیماً توسط هر منطقه ایجاد شده است: ماهیت، ترکیب و نقش آنها در مناطق مختلف بسیار متفاوت است. نکته‌ای که قیاس تفاوت‌ها بین مناطق، در این سطح از هماهنگی، به سختی امکان‌پذیر است (به‌عنوان مثال، در لمباردی تقریباً تمام ۱۵۴ عضو کارگروه منطقه‌ای یا مدیران همان کارگروه هستند یا مدیران بیمارستان‌های دولتی که توسط همان منطقه معرفی شده‌اند).

برخی از مسائل^{۱۳} (از جمله، دورکاری، پردازش سریع^{۱۴}، محدودیت‌های^{۱۵} انتقال الکترونیکی داده) توسط کارشناسان یا کمیته‌های فنی در سطح ملی (یا اتحادیه اروپا) به روشی مؤثر با آن مواجه و حل و فصل شد. با این حال، مسائل مربوط به تخصیص منابع و ظرفیت (ماسک^{۱۶}، دستگاه تنفس مصنوعی^{۱۷} و سایر اقلام همچون ماسک، عینک، محافظ صورت و روپوش محافظ^{۱۸}) در سطح منطقه‌ای باعث ایجاد تنش‌هایی بین زنجیره تامین و تحویل^{۱۹} در بیمارستان‌ها و سایر خدمات مراقبتی^{۲۰} شد.

هماهنگی جزیره‌ای^{۲۱} بین دولت مرکزی و مناطق، منتج به تأخیر در اجرای به‌موقع برخی از اقدامات پیشگیرانه^{۲۲} شد. به‌عنوان مثال، نه منطقه لمباردی و نه دولت مرکزی، اقدامات در طول سه هفته حساس (۱ تا ۲۳ مارچ ۲۰۲۰) در ایالت برگامو^{۲۳}، کانون اولیه شیوع بیماری که در آن ابتلاها و تعداد فوتی‌ها خارج از کنترل، روند فزاینده پیدا کرده بود، به هماهنگی منسجم در تصمیم‌گیری منجر نشد (ر.ک. ضمیمه). به نظر می‌رسد، پراکندگی مسئولیت‌ها و عدم یکپارچگی بین تصمیم‌گیرندگان، هماهنگی را در این بحران بهداشتی با تأخیر در اجرای راهبردهای متناسب، بروز پیدا کرد. جدول ۲ نمونه‌هایی از هماهنگی ایجاد شده، توسط مناطق را نشان می‌دهد.

سرعت راهبردهای خاصی را برای ردیابی و مهار هرگونه عفونت احتمالی کووید-۱۹، در خانه‌های سالمندان اتخاذ کرد. سایر اقدامات انجام شده توسط مناطق پنجگانه در جدول ۲ گزارش شده است.

۴. هماهنگی

هماهنگی به شیوه‌ها و رویه‌های عملیاتی و مدیریتی^۱، سازگاری در انجام اقدامات، موضوعات درگیر در هماهنگی و میزان ارتباطات بین لایه‌های مختلف نظام مربوط می‌شود. در ادامه سه شکل مختلف هماهنگی را در نظر خواهیم گرفت: منطقه، بین مناطق، و بین مناطق و دولت مرکزی.

در سطح مرکزی، شیوه‌ها و رویه‌های عملیاتی و مدیریتی به دو نهاد اصلی متمایز و مجزا^۲ واگذار می‌شود: اداره حفاظت مدنی^۳ و مؤسسه ملی بهداشت^۴. اداره حفاظت مدنی، منابع ملی و محلی را هماهنگ می‌کند و فعالانه در اجرای واکنش‌های پس از بحران به بلایای طبیعی و شرایط اضطراری طبیعی مداخله می‌کند. با این حال، فاقد هرگونه تخصص در مورد بیماری‌های همه‌گیر است. همچنین، این نهاد نظارتی، مستقل نیست. زیرا تنها زمانی به‌عنوان یک گروه ضربت^۵ در میدان عمل وارد می‌شود که از نخست‌وزیر^۶، مطالبه و خواسته شود. این نهاد مستقیماً به نخست‌وزیر پاسخگو است. در عوض، مؤسسه ملی بهداشت در کنار^۷ کمیته علمی - تخصص خود را دارد که یک نهاد دولتی مستقل است که دارای تخصص علمی در زمینه بهداشت عمومی و بیماری‌های عفونی^۸ است. در طول یک همه‌گیری، مؤسسه ملی بهداشت^۹ و کمیته آن، به‌عنوان یک نهاد نظارتی عمل می‌کنند. با این حال، آنها هیچ‌گونه اختیاری در تصمیم‌گیری‌ها ندارند و صرفاً در قالب مشاور وزیر بهداشت، نقش مشورتی دارند. عدم استقلال این دو نهاد، یعنی اداره حفاظت مدنی و مؤسسه ملی بهداشت، حاکی از آن است که آنها نمی‌توانند بدون تأیید نخست‌وزیر یا وزارت بهداشت، رویه‌هایی را اجرا کنند.

در کنار این دو نهاد اصلی، نهادهای ویژه دیگری نیز در حیطه صلاحیت دولت ملی تشکیل شد. برای مثال، در ۵ فوریه ۲۰۲۰، اداره حفاظت مدنی به نام کمیته علمی - فنی^{۱۰} را با تخصص در مشاوره و پشتیبانی از فعالیت‌های هماهنگ‌کننده برای غلبه بر شرایط اضطراری، تأسیس کرد.

1. Operational and Managerial Practises and Procedures
2. Distinct and Separate
3. Civil Protection Department (CPD)
4. Istituto Superiore di Sanità, ISS
5. Task Force
6. Prime Minister
7. Alongside
8. Public Health and Infectious Diseases
9. Istituto Superiore di Sanità (ISS)
10. Technical Scientific Committee (CTS)
11. Conferenza Stato-Regioni or Joint State-Regions Committee

12. Unità di Crisi
13. Issues
14. Fast-Track Processing
15. Limitations and Restrictions
16. Masks
17. Ventilators
18. PPE items like masks, goggles, face shields, and protective gowns
19. Delivery Chains
20. Settings of Care
21. Fragmented Coordination
22. Containment Measures

23. Bergamo Province

۵. ارتباطات

ارتباطات نقش کلیدی در مدیریت بحران، هم در سطح ملی و هم در سطح منطقه‌ای دارد. حرکت از نظارت بر داده‌ها به تصمیم‌گیری، مستلزم فرموله‌بندی پیام در یک خط‌مشی ارتباطی رسمی است. به‌ویژه، زمانی که واکنش به یک بحران، منوط به تغییر رفتار اجتماعی جمعیت گسترده‌ای باشد. در طول مرحله اولیه بحران، یک سیاست کلی در تمام سطوح ارتباطات دولتی این بود که برای «محدود کردن و جلوگیری از انتشار ویروس» همکاری لازم را در دستور کار قرار دهند.

در مرحله اول همه‌گیری، به‌روزرسانی روزانه در مورد تعداد موارد جدید ابتدا به کووید-۱۹، فوتی‌ها و نمونه‌گیری با سواب‌ها، از طریق پخش زنده تلویزیونی توسط رئیس اداره حفاظت مدنی، رئیس مؤسسه ملی بهداشت و سایر مسئولان به همراه نظرات کارشناسی پزشکی در مورد سیر تکاملی و روند این بیماری همه‌گیر، پخش شد. با این وجود، خط‌مشی در ارتباطات هم از نظر محتوا^۱ و هم از نظر سبک^۲ در سراسر کشور، بسیار ناهمگون^۳ و ناسازگار بود و همیشه در مناطق مختلف و بین مناطق و دولت مرکزی یکسان نبود. علاوه بر این، برخی از مسئولان منطقه‌ای به پخش پیام‌ها و ترندها با استفاده از بستر پخش زنده فیس‌بوک^۴ را شروع کردند که این پیام‌ها، به نوبه خود به سرخط خبری در رسانه‌های میان‌مللی^۵ تبدیل شد. انبوهی از مداخلات از طرف دولت، مسئولان مناطق و شهرداری‌ها، اغلب به پیام‌های متناقض^۶ در مورد اقدامات کنترل بهداشت عمومی و راهبردهای بازگشایی مجدد^۷ منجر شد. به‌عنوان مثال، در مقطعی از همه‌گیری، استفاده از ماسک در فضاهای عمومی توسط شهرداری‌ها به‌طور مستقل اعمال شد، به جای اینکه خود مناطق درگیر عملیاتی کردن این پروتکل باشند.

۶. رهبری

زمان، عاملی حیاتی در کنترل یک بیماری همه‌گیر در حال گسترش فزاینده است. اینجاست که رهبری نقش کلیدی خود را ایفا می‌کند. تنش‌هایی بین دانشمندان و خط‌مشی‌گذاران و همچنین بین دولت‌های مرکزی و منطقه‌ای وجود داشت. برای مثال، هم دولت مرکزی و هم مناطق، در ابتدا توصیه‌های بهداشتی

کم‌بهره علمی فنی را نادیده گرفتند که خواستار قرنطینه آلزانو و نمبرو^۸ دو شهر کوچک در مرکز لمباردی^۹ بودند. شش روز بحث و جدل طول کشید تا اینکه دولت شروع به اجرای پروتکل قرنطینه ملی کرد. نیاز توازن و سازگاری بین دولت مرکزی برای هدایت واکنش‌ها در سطح ملی^{۱۰} و در مقابل^{۱۱} آرمان (برخی) مناطق که تمایل داشتند با خودمختاری کامل^{۱۲} به پیشبرد اهداف خود فکر می‌کردند، احساس می‌شد. تنش‌های مکرر و متعدد بین دولت‌های مرکزی و منطقه‌ای در زمان لغو محدودیت‌های قرنطینه و بازگشایی بنگاه‌های اقتصادی^{۱۳} بین آوریل و می ۲۰۲۰، زمانی که ۱۳ منطقه و یک استان خواستار آزادی بیشتر برای تصمیم‌گیری برای مردم محلی شدند، بروز پیدا کرد. پس از یک مذاکره طولانی، توافق شد که مناطق، فقط پس از نیمه دوم ماه می، با توجه به تنوع بالا در منحنی‌های همه‌گیرشناسی یا اپیدمیولوژی^{۱۴}، مجاز به زیر پا گذاشتن برخی از پروتکل‌های اعمال شده توسط دولت مرکزی در سراسر کشور، شدند. بنابراین، مسئولان منطقه، رویکردهای رهبری متنوعی را در مدیریت این وضعیت بحرانی، اتخاذ کردند. در نتیجه، از آنجایی که رهبری تنها در پایان موج اول همه‌گیری (می ۲۰۲۰) به یک بُعد مهم تبدیل شد، جدول ۲ هیچ نمونه خاصی از راهبردی یا سبک رهبری اتخاذ شده توسط مناطق را ارائه نمی‌دهد.

۷. ظرفیت بهبودی

ظرفیت بهبودی شامل واکنش‌های متفاوتی که توسط مناطق برای افزایش تعداد تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه^{۱۵}، پرسنل خدمات بهداشت ملی و دستگاه‌های پزشکی و اقلام بهداشتی نظیر ماسک عینک، محافظ صورت و روپوش محافظ می‌شود. جدول ۲ چندین نمونه از راهبردهای ظرفیت بهبودی مختلف اتخاذ شده توسط مناطق را نشان می‌دهد.

تفاوت‌های زمانی در سازماندهی و ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، و به‌طور خاص، ادغام مراقبت‌های بیمارستانی و منطقه‌ای، مجموعه متنوعی از خط‌مشی‌های اجرا شده توسط مناطق را توضیح دهد (ر.ک. جدول ۲). در بین مناطق پنجگانه منتخب، لمباردی تنها منطقه‌ای بود که بیمارستان‌های نوساز^{۱۶} احداث کرد، اگرچه در آینده به یکی از بیمارستان‌های نوساز

1. Content
2. Style
3. Heterogeneous
4. Facebook live Streams
5. Headlines of International Press
6. Mixed or Conflicting Messages
7. Re-Opening Strategies
8. Alzano and Nembro
9. Lombardy's Epicentre
10. National Lockdown Measures
11. vis-à-vis
12. Complete Autonomy
13. Re-Opening the Economy
14. Epidemiological Curves
15. Intensive care unit (ICU)
16. Brand-New Hospitals

خود را نشان داد. تغییراتی که مناطق منتخب ما (آپولیا، امیلیا رومانیا، لمباردی، اومبریا، ونتو) را متمایز می‌کند، آینه تمام نمای سی سال خطمشی‌گذاری در تمرکززدایی فزاینده در تامین مالی و ارائه خدمات درمانی است که منجر به تنوع زیاد در عرضه و ادغام خدمات بهداشتی عمومی - خصوصی^۵، در ظرفیت امکانات مراقبت‌های اجتماعی و بیمارستانی، و در منابع تامین مالی مراقبت‌های بهداشتی عمومی است.

در طول سه دهه گذشته، تمرکززدایی نیز تنش‌ها و چالش‌هایی را هم بین سطوح مرکزی و منطقه‌ای ایجاد کرده است که منجر به بروز یک مذاکره همیشگی^۶ در فرآیند خطمشی‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی در بین مناطق شده است. تنش‌ها به موضوعاتی مانند شاخص‌های تخصیص منابع، سطح خودمختاری منطقه‌ای و امکان افزایش درآمدهای مالی منطقه‌ای مربوط می‌شود. در این زمینه، جای تعجب نیست که وضعیت اضطراری کووید-۱۹، بار دیگر این تنش‌ها و به‌ویژه تعادل ناپایدار بین نیاز دولت مرکزی به ارائه واکنش در سطح ملی و درخواست (برخی) مناطق برای اتخاذ تصمیمات مستقل را نمایان کرده است. همچنین، بحران کووید-۱۹ رویکردهای متفاوت اتخاذ شده توسط مناطق را برای مقابله با وضعیت اضطراری بهداشت عمومی، با توجه به نیازهای مردم محلی خود را نشان می‌دهد. مشابه تجربه در سطح اروپا که در آن «یک‌بعدنگری» به جای واکنش هماهنگ اروپایی غالب شد، ایتالیا نوعی «یک‌بعد - منطقه‌گرایی»^۷ را تجربه کرده است. علی‌رغم سطح عادلانه هماهنگی بین دولت‌های مرکزی و منطقه‌ای، تفاوت‌هایی به‌ویژه در ایجاد توازن بین مراقبت‌های بیمارستانی و در روش‌های آزمایش و غربالگری^۸ به چشم خورد.

هفت بُعد مدیریت بحران (یعنی نظارت، یادگیری، تصمیم‌گیری، هماهنگی، ارتباط، رهبری و ظرفیت بهبودی) پیشنهادی توسط بوکارت و همکاران، یک دریچه معتبر^۹ برای درک پیچیدگی و واکنش‌های متنوعی که در نظام‌های بهداشت منطقه‌ای ایتالیایی ایجاد شده است را ارائه کرد. در حالی که تمرکززدایی به مناطق اجازه می‌دهد تا خطمشی‌های همسوس با نیازهای منطقه‌ای^{۱۰} را اتخاذ کنند. وضعیت اضطراری ملی مثل بیماری همه‌گیر، چالش‌های مهمی را در ظرفیت نظام‌های سلامت غیرمتمرکز برای مقابله با فوریت‌های بهداشتی و نیاز به واکنش هماهنگ در سطح ملی

(بیمارستان فیرامیلانو^۱) کمتر از آنچه در ابتدا تصور می‌شد، احساس نیاز شد. در برخی از مناطق، کل بیمارستانها و تخت‌های بیمارستانی را برای درمان بیماران کووید-۱۹ اختصاص داده شد (ر.ک. جدول ۲). در طول همه‌گیری، تعداد تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه در ایتالیا، به‌طور متوسط تقریباً ۶۳ درصد افزایش یافت که منطقه امیلیا رومانیا بیشترین افزایش (۱۱۴ درصد) را داشت. پس از آن، لمباردی (۹۳٪)، ونتو (۶۹٪)، اومبریا (۵۳٪) و آپولیا (۲۷٪) در رتبه‌های قرار گرفتند.

فعال‌سازی واحدهای مراقبت مستمر ویژه^۲ که توسط دولت ملی در ۹ مارچ ۲۰۲۰ معرفی شد، با سرعت‌های متفاوتی در سراسر کشور انجام شد. این واحدها نقشی اساسی در ارائه مراقبت‌های خانگی (از طریق مشاوره‌های تلفنی و ویدئویی و در موارد کمتر، بازدید از منزل) و پشتیبانی از شبکه‌های محلی از طریق جی‌پی‌اس^۳ داشتند.

همان‌طور که در بالا ذکر شد، استفاده و سطح تست‌های تشخیصی و سرولوژیکی (سرم‌شناسی) در کل جمعیت، یکی از بحث برانگیزترین موضوعات در سراسر مناطق، در مرحله اول همه‌گیری بوده است. تعداد آزمایش در ونتو نسبت به سایر مناطق بیشتر بود و بسیاری از آزمایشگاه‌ها، ظرف چند هفته خود را برای انجام آزمایش، حتی در داخل منزل مجهز کردند. البته، تست تشخیصی در سطح انبوه که در شهرداری ونتو انجام شد، یک تمرین مهم، هر چند کوچک بود. اجرای تست در سطح انبوه، در برگامو در ابتدای همه‌گیری بسیار دشوارتر بود.

به‌طور کلی، به نظر می‌رسد ظرفیت بهبودی در مناطقی همچون ونتو، جایی که در آن سرمایه‌گذاری در مراقبت‌های بیمارستانی مانند تخت‌های آی.سی.یو.^۴، با انجام آزمایش‌ها و توزیع گسترده اقلامی مثل ماسک، عینک آزمایشگاهی، محافظ صورت و روپوش محافظ، همراه بود، با شبکه‌ای قوی‌تر از مراقبت‌های اجتماعی از قبل وجود داشت، یکپارچگی مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی را افزایش داد. سایر اقدامات اتخاذ شده توسط مناطق پنجگانه در جدول ۲ گزارش شده است.

بحث

شیوع بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در ایتالیا، بر نظام مراقبت‌های بهداشتی تأثیر گذاشت که با تفاوت‌های چشمگیر در بین مناطق،

1. Fiera Milano Hospital
2. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)
3. GPs
4. ICU
5. Public-Private Mix
6. Permanent Negotiation
7. Corona-Regionalism
8. Testing and Screening Policies
9. valid Lens

10. Regional Health Systems

دولت مرکزی، تصمیم‌های مستقل اتخاذ کنند (پیشران گریز از مرکز^{۱۰})، یا از دولت مرکزی پیروی کنند تا بار مسئولیت را بر دوش نگیرند (پیشران مرکزی^{۱۱}). در مورد ظرفیت بهبودی، تفاوت بین مناطق به تفاوت در سازمان، تجهیزات و طراحی نظام‌های بهداشتی منطقه‌ای، قبل از شیوع^{۱۲} کووید-۱۹ نسبت داده می‌شود. از آنجایی که تغییرات و سازگاری در ظرفیت بهبودی در شرایط عادی دشوار است، تعجب‌آور نیست که در مواقع اضطراری و بحرانی، نظام‌های بهداشتی منطقه‌ای، به‌طور طبیعی ناهمگن و ناسازگار عمل کنند. در حال حاضر، با توجه به ماهیت چند لایه خدمات بهداشت ملی^{۱۳} و تفاوت‌های آشکار در مناطق مختلف، نتیجه می‌گیریم که نظام مراقبت‌های بهداشتی ایتالیا، نیاز به مدیریت قدرتمند یک نهاد بهداشت دولتی معتبر که مسئول تصمیم‌گیری و هماهنگی مستقیم واکنش‌ها در سراسر کشور در طول همه‌گیری است را دارد. با این وجود، ما بازگشت به یک خدمات بهداشت ملی متمرکز را پیشنهاد نمی‌کنیم. ما بر این باوریم که داشتن یک نظام مدیریت در بیماری‌های همه‌گیر و سایر موارد اضطراری بهداشت عمومی در سطح ملی که بتواند به‌طور مؤثر و عادلانه^{۱۴} با مناطق هماهنگ و تعامل داشته باشد و در نتیجه آمادگی^{۱۵} کل کشور را افزایش دهد، امری بسیار مهم تلقی می‌شود. همچنین، نتایج ما با شواهد اخیر^{۱۶} که در مورد انواع واکنش‌های نظام‌های بهداشت منطقه‌ای در لمباردی، ونتو و امیلیا رومانیا به اولین شیوع کووید-۱۹ گزارش شده است، همگراست. اگرچه از طریق رویکردی متفاوت بر اساس ظرفیت خط‌مشی‌گذاری، مقایسه بین راهبردهای مختلف، نشانگر سلسله مراتب سازمانی غیرمتمرکز در خط‌مشی سلامت ایتالیا و خودمختاری سازمانی^{۱۷} بالا در ارائه مراقبت‌های بهداشتی، نتایج بسیار متنوعی را در این سه منطقه لمباردی، ونتو و امیلیا رومانیا ایجاد کرده است. بنابراین، بازنگری در ترکیبی^{۱۸} که توسط اداره مراقبت‌های بهداشتی طراحی می‌شود، برای تنظیم سریع در هماهنگی عمودی^{۱۹} و تمرکززدایی^{۲۰} با موضوع مورد بحث، بسیار مهم است. همان‌طور که پیشنهاد شده است، جای تعجب نیست^{۲۱}، بخشی از ادبیات علمی در خصوص مدیریت بحران به سمت الگوهای غیرمتمرکز رسمی و غیررسمی و نظام‌های شبکه^{۲۲}، سوق پیدا کرده است.

را برجسته کرده است. به‌طور خاص، نیاز به تنظیم استانداردهایی و تدوین راهبردهایی برای نظام پایش بیماری همه‌گیر در سراسر مناطق، برای ارتباطات و اشتراک‌گذاری تجارب و هماهنگی در سطح کشور احساس می‌شود.

تفاوت‌هایی در ظرفیت بهبودی در بین مناطق نمایان شد که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های منطقه‌ای از قبل موجود^۱ در منطقه و ارائه مراقبت‌های بهداشتی باشد و یا اینکه آیا مدل مراقبت‌های بهداشتی منطقه‌ای شامل یکپارچگی بین مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی یا ایفای نقش مراقبت‌های اولیه در مناطق را نشان بدهد. علاوه بر این، ناهمگونی^۲ در نقش و سطح مشارکت جامعه علمی در مشاوره به خط‌مشی‌گذاران در سراسر مناطق، دیده شد. این ناهمگونی، ممکن است در خط‌مشی‌های مختلف اتخاذشده، حتی در هنگام مواجهه با مشابه بروز پیدا کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که تغییرات در ترکیب گروه‌های عملیاتی منطقه‌ای کاهش و نقش متخصصان مستقل علمی^۳ افزایش یابد.

منابع سرمایه‌گذاری شده در مراقبت‌های بیمارستانی به‌ویژه آی.سی.یو^۴ به تنهایی ظرفیت بهبودی در مناطق منتخب را ارتقا نمی‌بخشد. به نظر می‌رسد که بهتر است، آزمایش و توزیع گسترده اقلام بهداشتی همچون ماسک، عینک، محافظ صورت و روپوش محافظ در یک شبکه از قبل موجود، با مراقبت‌های اجتماعی و ادغام مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی همراه باشد.

شایان ذکر است که کل این نظام بهداشتی از کمک‌های گسترده مردم و سازمان‌های خیریه^۵ هم‌راستای تلاش‌های بخش دولتی^۶ در تضمین دسترسی برابر به خدمات بهداشتی و مراقبت اجتماعی در سطح محلی، برای افراد کم‌برخوردار از نظر اجتماعی-اقتصادی جامعه^۷ بهره برده است.

نتیجه‌گیری‌ها

به نظر ما، در پرتو تحلیل انجام شده در این مقاله، در بین هفت بُعد مدیریت بحران گزارش شده توسط بوکارت و همکاران، مهم‌ترین^۸ آنها، رهبری و ظرفیت بهبودی هستند. در مورد رهبری، سوءتفاهم‌ها و تنش‌های دنباله‌دار^۹ بین دولت مرکزی و مناطق به احتمال زیاد دلیلی است که برخی از مناطق، یا با نادیده گرفتن

1. Pre-Existing Regional Differences
2. Heterogeneity
3. Independent Scientific Experts
4. ICU
5. Charitable Organisations
6. Public Sector's Efforts
7. Socio-Economics Members of Society
8. The Most Interesting
9. Misunderstandings and Consequent Tensions
10. Centrifugal Drive
11. Centripetal Drive

12. Outbreak
13. Multi-Layer Nature
14. Efficiently and Equitably
15. Preparedness
16. RHSs
17. Organisational Autonomy
18. Arrangements
19. Vertical Coordination
20. Decentralisation
21. Not Surprisingly
22. Network Systems

در زمان صلح را تجسم کنید که جهان به‌تازگی زده‌نظاره‌گر آمریکایی‌ها بود. نرخ مرگ و میر در برگامو آنقدر صعودی شده بود که کامیون‌های نظامی مجبور شدند تابوت‌ها را برای سوزاندن^۹ به استان‌های دیگر ببرند.

جدول زمانی رویدادها و خط‌مشی‌ها در برگامو، تصویری متفاوت در مورد واکنش این منطقه به بحران نشان می‌دهد. تنها دو روز پس از تشخیص یک مورد ابتلا به کووید-۱۹ در کودونیو^{۱۰}، اولین فوتی رسمی کووید-۱۹ در استان برگامو، در ۲۳ فوریه ۲۰۲۰ ثبت شد. با این حال، اکنون اعتقاد بر این است که ویروس قبلاً در ایتالیا وجود داشته است. شاهد این ادعا هم ثبت ابتلا به کووید-۱۹ حداکثر تا اوایل ژانویه در لمباردی است.

اگر این ادعا درست باشد، بازی فوتبال لیگ قهرمانان اروپا^{۱۱} در ۱۹ فوریه ۲۰۲۰ [۲۳ بهمن ۱۳۹۸] که ۴۵۰۰۰ هوادار باشگاه آتالانتا^{۱۲} برای تماشای آن به میلان رفتند، احتمالاً در کانون شیوع ویروس کووید-۱۹ بوده است.

در آغاز بحران، به‌نظر می‌رسد که تصمیم‌گیرندگان شدت، شیوع و تأثیر^{۱۳} این بیماری مسری جدید را دست‌کم گرفتند و برنامه نظام‌بنیادی^{۱۴} برای واکنش به آن نداشتند. در آخرین هفته فوریه، کنفدراسیون صنایع تجاری پیشرو برگامو^{۱۵} علیه قرنطینه لابی‌گری کرد^{۱۶} و کمپین «برگامو فعال است»^{۱۷} را راه انداخت، که در ابتدا، در میان مردم، و در ادامه توسط افراد مهم^{۱۸} در برگامو حمایت می‌شد. حتی پس از مشخص شدن شدت، شیوع و تأثیر بیماری، قرنطینه استان^{۱۹} (و به‌ویژه آلزانو لومباردو و نمبرو^{۲۰}، دو شهری که بیشترین آسیب را دیده‌اند) تنها در ۸ مارچ، زمانی که کل منطقه بسته شد، اجرا شد. همچنین، تاخیرها بر موارد زیر تأثیر گذاشت: ۱. قرنطینه تمام‌فعالیت‌های اقتصادی و تولیدی غیرضروری که دو هفته پس از آن، در ۲۳ مارچ، اجرا شد. ۲. بسته شدن بیمارستان آلزانو لومباردو، که احتمالاً به‌عنوان یک کانون پخش ویروس در منطقه بود و ۳. ملاقات ممنوع در خانه‌های سالمندان. جای تاسف است، حتی مقامات بهداشتی محلی در برگامو تا اوایل ماه مارچ، در حال ملاقات با بستگانشان در خانه‌های سالمندان، دیده شدند. پرونده تحقیقات قضایی^{۲۱} در مورد مسئولیت‌های قانونی تاخیر در واکنش به شیوع کووید-۱۹ مفتوح است. از سوی دیگر، واکنش بعدی برگامو به شرایط اضطراری، چشمگیر و فوق‌العاده^{۲۲} بود. کارکنان مراقبت‌های

علاوه بر این، در تجزیه و تحلیل واکنش کشورها به همه‌گیری ویروس کرونا، بررسی ما تمایل^۱ به گزارش‌هایی که فقط بر سطح ملی متمرکز شده‌اند، را نشان می‌دهد، ولی اهمیت توجه به سطوح زیر ملی^۲، به‌ویژه در نظام‌های غیرمتمرکز مانند خدمات بهداشتی ملی ایتالیا را نیز مورد تأیید قرار داده است.

در مطالعه موردی ما، یعنی ایتالیا، نیاز به بررسی بیشتر این موضوع ضروری است. به‌علاوه، تحلیل‌های بیشتری از سه بُعد سیاسی، مدیریتی و اقتصادی بیان می‌شود: ۱. از نقطه نظر سیاسی، برای درک اینکه آیا در طول همه‌گیری، هفت عامل پیشنهادی بوکارت و همکاران، تنش‌ها بین سطوح مرکزی و پایین دولت‌ها را تشدید یا کاهش داده‌اند؟ ۲. از نقطه نظر مدیریتی، آیا راه‌حل‌های مختلف توسط مناطق برای تجزیه و تحلیل شرایط اثر شاخص‌های عملکردی اعمال شده است؟ ۳. از نقطه نظر اقتصادی، برای تجزیه و تحلیل اینکه آیا کرونا - منطقه‌گرایی منجر به واگرایی یا همگرایی منطقه‌ای بیشتر در تخصیص منابع مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های عمومی شده است یا خیر؟ مطالعات بیشتری^۴ در مورد تأثیر «کرونا - منطقه‌گرایی» و مدیریت آن، نه فقط در ایتالیا، بلکه در سایر نظام‌های مراقبت بهداشتی غیرمتمرکز، ضروری به نظر می‌رسد.

منابع مالی

این تحقیق کمک مالی خاصی از سازمان‌های تامین اعتباری در بخش‌های دولتی، خصوصی، بازرگانی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

اعلامیه تعارض منافع

نویسندگان به صراحت اعلام می‌دارند که منافع مالی و روابط شخصی در نگارش این مقاله هیچ تأثیر نداشته است.

ضمیمه: مورد برگامو

برگامو^۵، در منطقه لمباردی، کانون^۶ اولیه همه‌گیری کووید-۱۹ در اروپا بوده است. در پایان شیوع این بیماری، برگامو ۶۰۰۰ مورد فوتی، بیش از حد معمول الگوهای نرخ مرگ و میر سال‌های قبل را به خود اختصاص داده است. در این منطقه، از زمان جنگ جهانی دوم^۸، کاهش نرخ امید به زندگی بی‌سابقه بوده است. صحنه‌ای

1. Bias
2. Sub-National Levels
3. Have Exacerbated or Smoothed
4. Further work
5. Declaration of Competing Interest
6. Bergamo
7. Epicentre
8. WWII
9. Cremation
10. Codogno
11. Champions League
12. Atalanta B.C.
13. Virulence, Spread and Impact
14. Systematic Plan
15. Confindustria Bergamo: Bergamo's influential Confederation of Business Industries
16. Lobbied
17. Bergamo is Running
18. Major
19. Lockdown of The Province
20. Alzano Lombardo and Nembro
21. Judicial Investigations
22. Extraordinary



بهداشتی^۱ در بیمارستان‌ها، به‌طور شبانه‌روزی^۲ برای مقابله با وضعیت فوق‌اضطراری^۳ فعال بودند و به سرعت بیمارستان برگامو سازمان‌دهی شد تا از ۶۰ درصد کل ظرفیت خود برای بیماران مبتلا به کووید-۱۹ استفاده کند؛ از پزشکان و پرستاران بازنشسته، کارآموزان داوطلب دعوت به همکاری شد.

میلیون‌ها یورو، به‌صورت اعانه از مردم محلی و سازمان‌های مردم نهاد^۴ برای تأمین تجهیزات مراقبتی - حفاظتی^۵ برای کارکنان خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی جمع‌آوری شد و تنها در هفت روز، یک بیمارستان صحرائی^۶ جدید با ۷۲ تخت آی.سی.یو راه‌اندازی^۷ شد.

-
1. Healthcare Staff
 2. Around the Clock
 3. Overwhelming Emergency
 4. NGOs
 5. PPE
 6. Field Hospital
 7. Setting up

1. Hart P, Rosenthal U, Kouzmin A. Crisis decision making: The centralization thesis revisited. *Admi Soc* 1993;25(1):12–45. doi: 10.1177/ 0 0953997930250 0102 .
2. Aimone Gigio, L., Citino, L., Depalo, D., Francese, M., Petrella, A.. Contrastare l'emergenza. L'espansione della capacità produttiva del sistema sanitario italiano: progressi conseguiti. Note COVID-19, 21st April 2020. Banca d'Italia, Rome. Available at: <https://www.bancaditalia.it/media/notizia/contrastare-l-emergenza-l-espansione-della-capacit-produttiva-del-sistema-sanitario-italiano-progressi-conseguiti/> .
3. Bosa I, Castelli A, Castelli M, Ciani O, Compagni A, Galizzi M, et al. Response to COVID-19: was Italy (un)prepared? *Health Economics. Policy Law* 2021;1–13. doi: 10.1017/S17441331210 0 0141 .
4. Bouckaert G, Galli D, Kuhlmann S, Reiter R, Van Hecke S. European coronation- alism? A hot spot governing a pandemic crisis. *Public Admin Rev* 2020;80:765–73 [accessed 25.09.2020]. doi: 10.1111/puar.13242 .
5. Capano G, Lippi A. Decentralization, policy capacities, and varieties of first health response to the COVID-19 outbreak: evidence from three regions in Italy. *J Eur Public Policy* 2021;28(8):1197–218. doi: 10.1080/13501763.2021. 1942156 .
6. Cereda, D., Tirani, M., Rovida, F., Demicheli, V., Ajelli, M., Poletti, P. et al. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *arXiv* 2003.09320 2020. Available at: <https://arxiv.org/abs/2003.09320> [accessed 22.07.2020].
7. CERGAS –Bocconi.OsservatoriosulleAziendeesulSistemasanitarioItaliano. Rapporto OASI 2019. Available at: https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/dc990366-4170-47f5-a9ee-cdd7c6cb77f6/Cap2OASI_2019.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mWPFZD2 .
8. Cicchetti A . L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro. Trattati e manuali. Economia. Vita e Pensiero. Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; 2002 .
9. Citoni G , De Matteis D , Giannoni M . Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SAR-COV-2? *Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2020;64:204–21 .
10. Componenti del comitato tecnico scientifico di regione Lombardia. Available at: <https://www.leconews.news/wp/wp-content/uploads/2020/04/all-decreto-cts.pdf.pdf> [accessed 24.07.2020].
11. De Maeseneer J, Barros P, McKee M, Anastasy C, Azzopardi- Muscat N, Barry M, et al. Saving lives by European solidarity and cooperation in response to COVID-19. *BMJ GH Blogs* 2020. Available at: <http://blogs.bmj.com/bmjgh/2020/03/27/saving-lives-by-european-solidarity-and-cooperation-in-response-to-COVID-19/> [accessed 06.10.2020] .

12. Decentralisation in health care strategies and outcomes European observatory on health systems and policies series. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K, editors. McGraw-Hill Education: Open University Press; 2007 .
13. Ferrucci L , Vainieri M . Un’analisi delle azioni e politiche sanitarie regionali nella lotta al COVID in. Il COVID-19 tra emergenza sanitaria ed emergenza economica: Riflessioni dal mondo delle scienze sociali. Ferrucci L, editor. Perugia: Morlacchi editore; 2020 .
14. France G . Healthcare quasi markets in a decentralised system of government in. A revolution in social policy: quasi-market reforms in the 1990s. Bartlett W, Roberts JA, LeGrand J, editors. Bristol: The Policy Press; 1998 .
15. France G, Taroni F. The evolution of health-policy making in Italy. *J Health Polit Policy Law* 2005;30:169–87 Available at:[accessed 21.11.2020]. doi: 10.1215/03616878-30-1-2-169.
16. Gabanelli, M., Ravizza, S.. Coronavirus, pochi tamponi: ecco le ragioni mai spiegate. *Corriere della Sera*, Dataroom, 24th May 2020. Available at: <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/coronavirus-perche-italia-non-si-fanno-abbastanza-tamponi/1ba64c10-9dcb-11ea-b9b6-8e4b7089692f-va.shtml> [accessed 22.06.2020].
17. Galizzi, M.M., Ghislandi, S. Bergamo’s response to the coronavirus pandemic. Cambridge; 2020. Core blog: <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/18/bergamos-response-to-the-coronavirus-pandemic/> .
18. Ghislandi, S., Mutarak, R., Sauerberg, M., Scotti, B. News from the front: estimation of excess mortality and life expectancy in the major epicentres of the COVID-19 pandemic in Italy. *MedRxiv* 2020.04.29.20084335 2020. doi: 10.1101/2020.04.29.20084335 [accessed 22.07.2020].
19. Giuffrida A. 'This is not a film': Italian mayors rage at virus lockdown dodgers, *The Guardian*. Mon 23 Mar 2020 10.56 GMT. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/23/this-is-not-a-film-italian-mayors-rage-coronavirus-lockdown-dodgers> .
20. Horowitz J. Comic insults aside, mayors act as sentinels in Italy’s Coronavirus tragedy, *The New York Times*. Published April 26, 2020. Updated April 27, 2020. Available at: <https://www.nytimes.com/2020/04/26/world/europe/italy-mayors-coronavirus.html> .
21. in Wu X , Ramesh M , Howlett M .Policy capacity: conceptual framework and essential components. *Policy capacity and governance*. Wu X, Howlett M, Ramesh M, editors Palgrave; 2018 .
22. Indagine Fimmg per Quotidiano Sanità. Coronavirus. Le Unità speciali di continuità assistenziale sono attive solo in 12 Regioni. A loro il compito di assistere i positivi a casa. http://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=83945 .
23. Istituto Nazionale di Statistica. Annual regional accounts. ISTAT, Rome. Available at: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_PILPRODT# .
24. Istituto Nazionale di Statistica. Health for all –Italia. 2020. ISTAT, Rome. Available at: <https://www.istat.it/it/archivio/14562> .
25. Istituto Superiore di Sanità. Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, *Epidemia COVID-19, Terzo report*. ISS, Rome. Available at: