

# İTALYA'DA SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 PANDEMİSİ YANITI

Meltem Çöl\*

**Öz:** COVID-19 pandemisinde İtalya, Avrupa'da ilk vakaların görüldüğü ülke olmuş ve salgın ciddi boyutlara ulaşmıştır. Sağlıkta reform uygulamalarının sonucu olarak benzer sorunları olan sağlık sistemlerinin, bu pandemiye verdiği yanıt önemlidir. İtalya sağlık sistemi, merkezi olmayan bölgesel tabanlı bir hizmet ile karakterize, büyük ölçüde vergilerle finanse edilen kapsayıcı bir ulusal sağlık sistemidir. İtalya, doğumda beklenen yaşam süresi ve diğer sağlık göstergeleri açısından AB ülkeleri ortalamasından daha iyidir. Buna karşılık sağlık harcamaları ve kişi başına düşen hastane yatak sayısı Avrupa Birliği (AB) ortalamasının altındadır. İtalya'da COVID-19 vakalarının görülmesinden sonra hızlı bir yükselişle Mart sonunda en yüksek vaka sayısına ulaşılmış, Nisan'dan sonra vaka sayıları azalmış, Ağustos sonu itibarıyla 2. dalga başlamıştır. İtalya'da vakaların başlamasıyla birlikte alınan önlemler yaklaşık 1 ay sonra kapanma uygulamalarıyla sürdürülmüştür. Toplum için mali ve psikolojik destek sistemleri uygulanmıştır. Bilim kurulu oluşturulmuş, toplumun bilgilendirilmesi sağlanmış, veri paylaşımı şeffaf bir şekilde yürütülmüştür. Vakaların yönetiminde 1. basamakta genel pratisyenler ve oluşturulan yeni mekanizmalar önemli rol oynamıştır. Ancak, vakaların hızla artışı sonucunda hastane ve yoğun bakım kapasitelerinin zorlanması ve sağlık çalışanlarının yüksek oranda enfekte olması gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar üzerinde sistemin desantralize olması, yatak sayısı ve sağlık çalışanları sayısının yetersiz kalması, salgının erken başlaması, etkili önlemlerde gecikilmiş olması, toplumun yaş yapısı, kronik hastalıkların yüksekliği, test politikaları, sosyal yaşam özellikleri yanı sıra pandemi sırasında sırasındaki hastaneleşimin ön planda tutularak planlama eksikliği yaşanması gibi faktörler etkili olmuştur. Salgın sürecinde hızla çeşitli çözüm yolları geliştirilmesine karşılık, İtalya'da sağlık sisteminin gözden geçirilmesi ve kalıcı çözümler üretilmesi uygun olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** COVID-19, İtalya, pandemi, sağlık sistemi

## The Health System and Response to COVID-19 Pandemic in Italy

**Abstract:** In the COVID-19 pandemic, Italy was the first country in Europe where cases were seen and the epidemic reached serious dimensions. The response of health systems to this pandemic with similar problems as a result of health reform practices is important. Throughout the COVID-19 pandemic, the inclusive national health system in Italy is characterized by a decentralized regional-based service financed largely by taxes. Italy performs better than the average of European Union (EU) countries in terms of life expectancy at birth and other health indicators. On the other hand, health expenditures and the number of hospital beds per person are below the EU average. After the start of COVID-19 cases, the highest number of cases was reached at the end of March due to a rapid increase, followed by the decrease in the number of cases after April and the 2nd wave started as of the end of August. The measures taken with the onset of the cases in Italy were continued with lockdown practices approximately 1 month later. Financial and psychological support systems have been implemented for the community. A scientific board was established, the society was informed, and data sharing was carried out in a transparent manner. General practitioners and new mechanisms created in primary health care have played an important role in the management of cases. However, problems such as the difficulties in hospital and intensive care capacities and the high rate of infection of healthcare workers have emerged because of the rapid increase in cases. Among the factors affecting these results are the decentralization of the system, insufficiency of the number of beds and the number of healthcare professionals, early onset of the epidemic, delay in effective measures, age structure of the society, high level of chronic diseases, testing policies, social life characteristics, as well as lack of planning with hospital care being prioritized during the pandemic. Despite the rapid development of various solutions during the epidemic process, it would be appropriate to produce permanent solutions by reviewing the health system in Italy.

**Key words:** COVID-19, Italy, pandemic, health system

## Giriş

Bir AB ülkesi olan İtalya, 60 Milyonu geçen nüfusuyla Avrupa'nın en kalabalık 6. ülkesidir (OECD, 2020). Ülke, 5'i özel statüye sahip 20 bölgeye ayrılmıştır. Kuzey İtalya, ülkenin en gelişmiş ve ülke yönetimine en yüksek katkı yapan coğrafi alandır. Sağlık göster-

geleri de ülkenin kuzeyi ile güneyi arasında bölgesel farklılıklar gösterir. (European Observatory on HSP, 2020; Ferre ve ark, 2014).

İtalya'da doğumda beklenen yaşam süresi 83.1 olup, AB'de İspanya'dan sonra en yüksek 2. yaşam süresidir

\*\*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (ORCID No:0000-0001-7089-1644)

Geliş Tarihi / Received : 15.11.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 04.05.2021

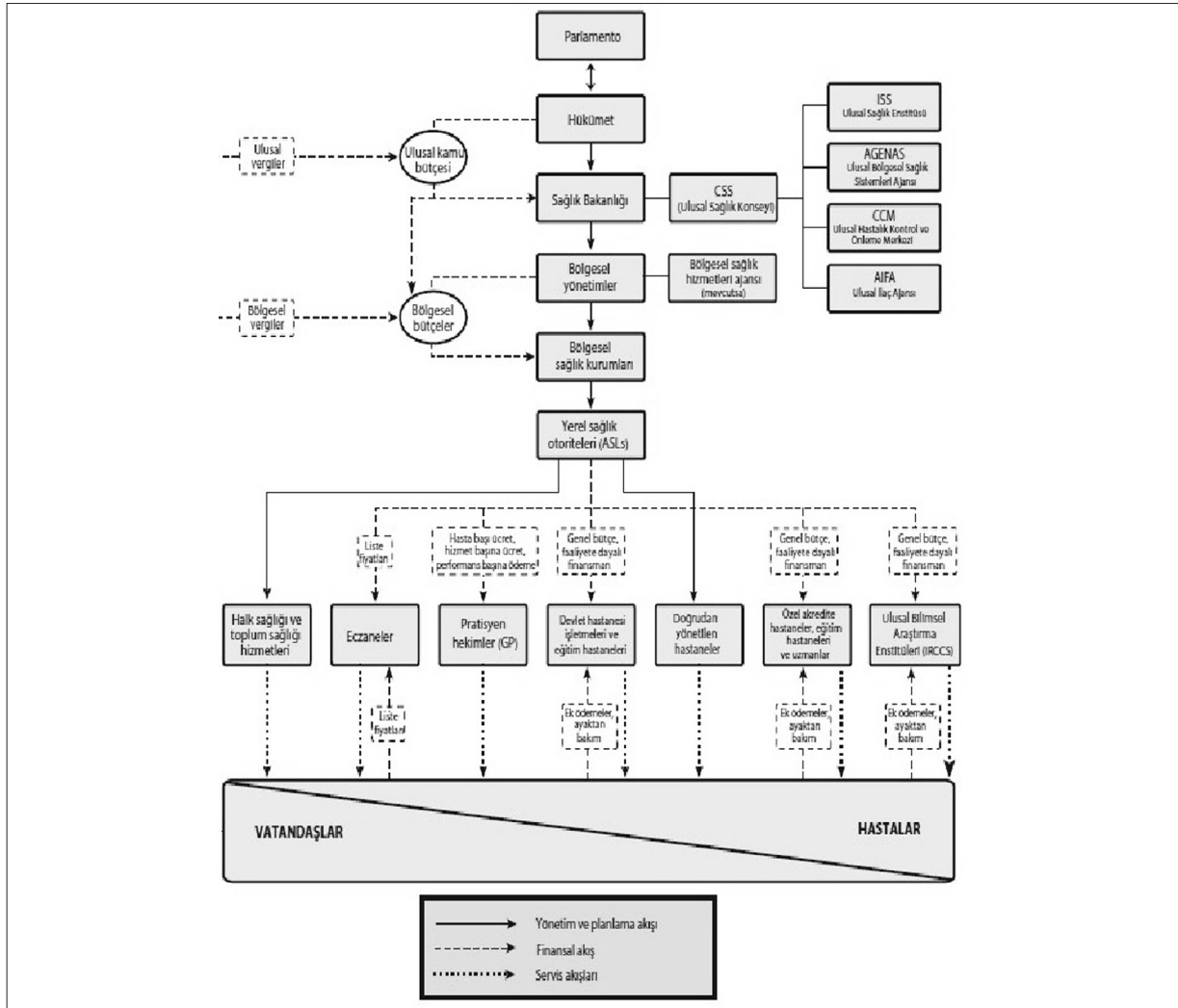
ve AB ortalamasından 2 yıl fazladır (**Eurostat, 2020**). Sosyoekonomik duruma göre beklenen yaşam süresindeki eşitsizlikler AB ülkelerinin çoğundan daha az olmakla birlikte, yine de gözardı edilemez durumdadır. İtalya'da 65 yaş üstü nüfusun payı 2019 verilerine göre %22.3 olup, %19.4 olan AB ortalamasından oldukça yüksektir ve Dünya'da Japonya'dan sonra 2. sırada yer almaktadır (**OECD/EU, 2019**). Dünyadaki en düşük toplam doğurganlık oranına sahip olan İtalya'da bu oran 1.4 olup bu nedenle nüfus artış hızı çok düşüktür. Mevcut artışın kaynağı da büyük oranda göçlerdir (**European Observatory on HSP, 2020**). İtalya'da bebek ölüm hızı binde 2.8, yenidoğan ölüm hızı binde 1.92, beş yaş altı ölüm hızı da binde 3.1 ile AB ortalamalarına göre daha düşüktür. Bu rakamlar AB'de sırasıyla 3.5, 1.92 ve 3.95'dir. Anne ölüm oranı ise yüz binde 2'dir ve 6 olan AB ortalamasından oldukça düşüktür (**Worldbank, 2020; Eurostat, 2020**).

İtalya'da genel olarak etkili olan sağlık sistemi, nispeten düşük maliyetle, yüksek kaliteli bakıma iyi düzeyde erişim sağlamaktadır. Sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu temel zorluklar, kronik hastalıklarla yaşayan nüfusun artan payı için koordinasyonun iyileştirilmesi ve sağlık bakımına erişimdeki eşitsizliklerin azaltılmasıyla ilgilidir (**Ferre ve ark, 2014**).

## 1. İtalya Sağlık Sistemi

### 1.1. Sağlık sistemi organizasyonu

İtalya Sağlık Sistemi, merkezi olmayan, bölgesel tabanlı bir hizmet ile karakterizedir. Şekil 1'de İtalya Sağlık Sistemi'nin organizasyon şeması görülmektedir. Merkezi hükümet, Sağlık Bakanlığı ile sağlık sisteminin temel ilke ve hedeflerini belirler, kamu tarafından finanse edilen hizmetler için vergi gelirlerini yönlendirir. Ülke çapında belirlenen temel sağlık hizmetlerini garanti altına alır ve bölgelere ulusal fonlar tahsis eder. Bölgeler ise sağlık



Şekil 1 - İtalyan sağlık sistemine genel bakış

hizmetlerinin organize edilmesinden ve sunulmasından sorumludur. Halk sağlığı, toplum sağlığı hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini doğrudan, ikincil ve uzman bakımını ise doğrudan kamu hastaneleri ile veya akredite özel sağlık kurumları aracılığıyla sağlar. (OECD/EU, 2019; Ferre ve ark, 2014). Pratisyen hekimler ve pediatristler ilk basamakta ikinci basamak sağlık hizmetlerine geçişi azaltacak şekilde rol oynarlar. Hastalar algılanan kalite ve bekleme süresine göre hastane bakımını ve özel ayaktan tedavi hizmetleri için kamu veya özel hizmet sunucuları seçebilirler. Eylül 2016'da bazı bölgelerde komorbiditeleri olan hastalar için sağlık ve sosyal bakımı birleştiren çok uzmanlı, toplum temelli merkezler ve farklı sağlık hizmet modelleri uygulaması başlatılmışlardır.

Hasta hakları, İtalya Anayasası ve Ulusal Sağlık Sistemi'nin kuruluş yasasından başlayarak çeşitli yasalarda yer almaktadır. Toplumun sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyeti farklılıklar göstermekte olup, doktorlara karşı yasal işlemlere aşırı ölçüde başvuruyu önlemeye yönelik yaklaşımlar mevcuttur.

İtalya sağlık sistemi, bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermekle birlikte, genel olarak etkilidir ve nispeten düşük bir maliyetle, sağlık bakımına iyi düzeyde erişim sağlayan büyük ölçüde ücretsiz, bölgesel tabanlı bir ulusal sağlık sistemidir (OECD/EU, 2019).

### 1.2. Sağlık sisteminin finansmanı

Ulusal Sağlık Hizmeti büyük ölçüde vergilerle finanse edilirken, farmasötik ürünlerle ayaktan tedavilerde katkı payı alınır. İtalya'da kişi başına düşen ulusal gelir 34.483 USD olup, AB ortalamasından yüksektir (Group, 2020). Kişi başına sağlık harcaması 2.483 Euro olup, AB ortalamasından %15 kadar düşüktür (OECD/EU, 2019). 2009 yılında yaşanan ekonomik krizden sonra, 2013 yılına kadar düşen kişi başına sağlık harcaması, ılımlı bir şekilde yeniden artmaya başlamıştır. Sağlık harcamaları gayrisafi milli hasılanın %8.8'ini oluşturur ve AB ortalamasının 1 puan altındadır. İtalya'da sağlık harcamalarının yaklaşık 3/4'ü kamu tarafından finanse edilir, geri kalanı ise cepten ödeme şeklindedir. Temel yardım paketi, pek çok hizmeti kapsamına rağmen cepten yapılan ödemeler oldukça yüksektir. Özel sağlık sigortası ise toplam sağlık harcaması içinde küçük bir paya sahiptir. Cepten ödemeler esas olarak laboratuvar testleri, radyolojik görüntülemeler, ilaçlar, acil servislerde sağlanan gereksiz müdahaleler içindir.

Temel hizmetleri içeren yardım paketinin 2017'de yeni tanı hizmetleri, yeni aşılar, taramalar, yardımcı cihazlar vb içerecek şekilde genişletilmesi onaylanmıştır, ancak bu konuda bölgeler arası farklılıklar da bulunmaktadır. Hastalar, kendi bölgelerinden farklı bölgelerde tedavi olmayı seçebilmekte olup güneydeki hastalarda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Katkı payları da ülke genelinde homojen değildir. İtalya'da son zamanlarda maliyeti düşürme önlemleri alınmaya başlanmış, sağlık alt yapısı için ek finansman kaynakları aranmıştır. Kaynaklar, Avrupa fonlarını, yerel sağlık kuruluşlarının kendi kendini finanse etmesini ve proje finansmanı gibi finansman biçimlerini içermektedir. Elektronik sağlık kayıtları, reçetelerin dijitalleştirilmesi gibi e-sağlık girişimleri hükümet tarafından desteklenmektedir (OECD/EU, 2019).

Ülke, büyüklük, nüfus ve ekonomik kalkınma özellikleri açısından farklılık gösteren 20 bölgeden oluşmaktadır. Sadece Lazio, Campanio, Molise ve Lombardia bölgelerinde daha yüksek düzeyde özel bakım vardır ve hastanede yatışların %30'u özel hizmet sunucularından sağlanmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından istihdam edilen doktorlar maaşlı olup, pratisyen hekim ve pediatristler bazı müdahaleler için kişi başı ödeme almaktadır. Hastane ve ayaktan tedavi için ödeme oranları, ulusal oranlar referans alınarak her bölge tarafından belirlenmektedir (OECD/EU, 2019; Ferre ve ark, 2014).

### 1.3. Sağlık emek gücü

İtalya'da 1000 kişiye düşen doktor sayısı 4.1'dir (OECD, 2020). Doktor sayısı AB ortalamasının üzerinde olmakla birlikte kamuda çalışanların sayısı azalmıştır. Hemşire sayısı da 1000 kişi başına 5.8 olup, AB ortalamasından önemli ölçüde düşüktür. (AB'de hemşire sayısı 1000 kişi başına 8.8) (OECD/EU, 2019). Nüfus başına düşen doktor ve hemşire sayısı son 10 yılda biraz artmış olmakla birlikte, doktorların yarısından fazlasının 55 yaş üzerinde olması nedeniyle iş gücü konusunda artan endişeler vardır. Son yıllarda yeni doktorların eğitimi ve işe alınmasında sınırlılıklar olmuştur. Tıp fakültesi mezunlarının sayısı, yakın zamanda, 10.000'e çıkmakla birlikte, yeni mezunların uzmanlık eğitimi yeri bulamaması, başlangıç maaşlarının çok düşük olması ve başka ülkelerde daha iyi iş fırsatları olması nedeniyle yurtdışına gidişler artmıştır. 2019 yılında bu konuyla ilgili bir kararname kabul edilmiş ve emekli olan doktorların yerine yeni doktor sözleşmeleri yapma konusunda bölgesel yetkiler verilmiştir. İtalya'da yabancı uyruklu hekimler diğer AB ülkelerine

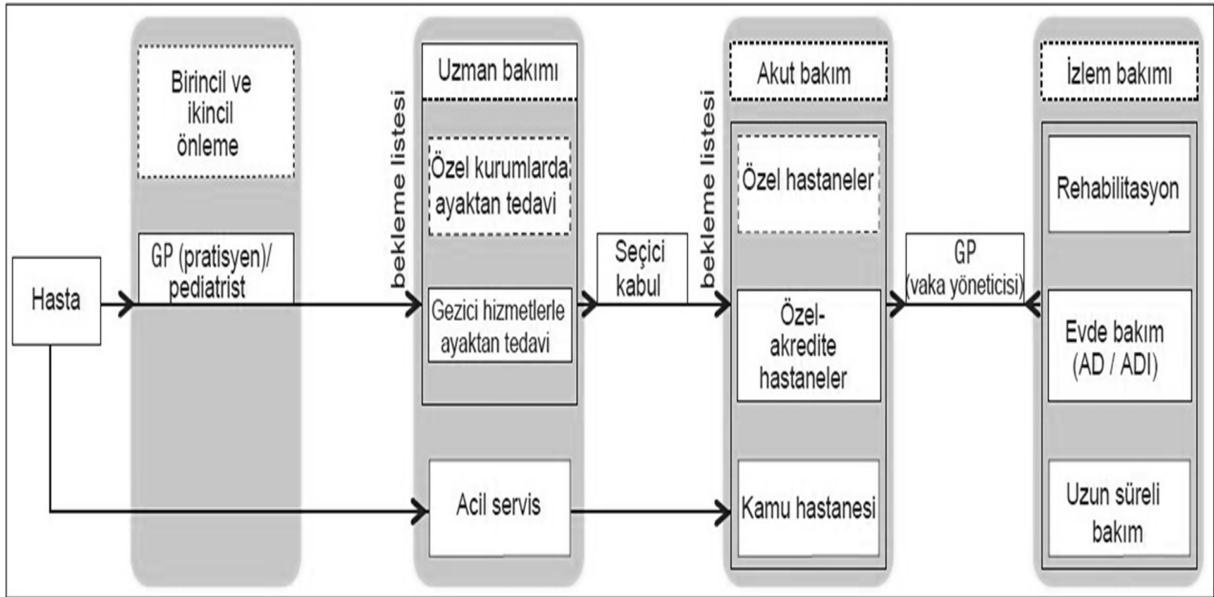
göre daha düşük orandadır (%5'den az). Buna karşılık 10 hemşireden 1'i yabancı ülke kaynaklıdır ve büyük bir kısmı orta ve kuzey İtalya'da olup, ağırlıklı olarak yaşlı bakımı ve evde bakım hizmetlerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin uygulama kapsamı sınırlı olup, kariyer fırsatlarını iyileştirmek için bir gelişme sağlanmamıştır. AB dışı sağlık çalışanları sürekli kamu sektörü çalışanı olamamakta ve daha az tercih edilen iş koşullarında çalışmaktadırlar (OECD/EU, 2019).

#### 1.4. Hizmet sunumu

İtalya'da Sağlık Bakanlığı, halk sağlığından sorumlu ana kurumdur. Bağışıklama ve tarama programları önceliklidir. Zorunlu ve gönüllü rutin bağışıklama programı, mamografi, kolorektal taramalar ve pap smear testleri ücretsizdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık bölgeleri tarafından verilmektedir. Son 20 yılda pratisyen hekimlerin çalışmasını ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu yeniden düzenleyecek girişimler olmuştur. Yatan hasta bakımı akredite özel ve kamu hastaneleri aracılığıyla pratisyen hekimler ve pediatri uzmanlarının yönlendirmesiyle yapılmaktadır. İlaçlar büyük ölçüde geri ödeme kapsamında olup, hastane dışı kullanılan ilaçların maliyeti düşerken, hastaneler tarafından sağlanan ilaçların maliyeti giderek artmaktadır. Ruh sağlığı bakımıyla ilgili olarak toplum ruh sağlığı hizmetlerine geçiş hedeflenmiş olup, kuzey ve güney bölgeler arasındaki fark kapatılmaya çalışılmaktadır. Göçmenlerin, İtalyan yurttaşlarına sunulan hizmetleri aynı şekilde alabilmesi için mevzuat tanımlanmıştır.

Sağlık sisteminin etkililiğini değerlendirirken önenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklara bağlı ölüm oranlarının İtalya'da AB ülkeleri ortalamasının çok altında olması dikkati çekmektedir. Risk faktörlerinin yaygınlığının daha az olmasına bağlı olarak, iskemik kalp hastalıkları, akciğer kanseri, kaza, intihar ve alkole bağlı ölümler AB ortalamasından düşüktür (Eurostat, 2020). Bu durum üzerinde; uygulanan halk sağlığı politikaları, tütünle ilgili alınan önlemler, alkol tüketimiyle ilgili mevzuat değişikliği ve alkol tüketiminin azalmasının önemli etkisi olmuştur. 2007'de başlayan "Sağlığı Kazanmak Ulusal Programı" uygun beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi gibi konulara odaklanmıştır. Hedeflerin altına düşen aşılama oranları, 2017 ve 2018'de yeniden artış göstermiştir. AB direktifleri doğrultusunda işçi sağlığı sektörü anlamlı bir gelişme göstermiş, tüm işyerlerinde işçi sağlığı uzmanları görevlendirilmiştir.

İtalya'da koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sunulduğu güçlü bir birinci basamak sağlık sistemi olduğu söylenebilir. Sağlık sisteminde ilk başvuru yeri olarak sağlık sorununun tipi ve ciddiyetine göre genel pratisyenler (GP) görev alır. Herkes ücretsiz olarak bu hizmete ulaşabilmektedir. GP'ler hastanın durumunu dikkate alarak yönlendirme yapar ve uzman bakımı için hastalar kamu ya da özel hizmet sağlayıcılarına gidebilirler. Yönlendirmeye bağlı olmadan ve randevu sistemini beklemek istemeyenler veya bireysel olarak bir uzmanı seçenlerin ücret ödemesi gerekir. Hastaların izlediği süreç Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 2. Hastaların izlediği süreç

**Kaynak:** İtalya sağlık bakanlığı ve istatistik sistemi genel müdürlüğü, 2021 raporuna dayanmaktadır.

Klinik süreçler ve sonuçlardaki iyileştirmeleri değerlendirmek için 2012 yılında başlatılan "Ulusal Sonuç Programı" ile tedavi sonuçları periyodik olarak bir web sitesinde yayımlanmaktadır. Örneğin, akut miyokard infarktüsü nedeniyle hastaneye yatırıldıktan sonraki ölüm oranları, AB'deki en düşük oranlardır. Tarama oranları çok yüksek olmasa da kanserlerdeki sağkalım oranları AB ülkelerinden biraz daha yüksektir(OECD/EU, 2019).

Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği değerlendirildiğinde tüm İtalyanların, tıbbi maliyetlerin çoğunu kapsayan Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında olduğu görülmektedir. Nüfusun sadece %2'si tıbbi bakım için karşılanmamış hizmet bildirmiş olup, bu da maliyet ve bekleme süreçleriyle ilgilidir. Bekleme süresi ve mesafe nedeniyle bildirilen ihtiyaçlar güney bölgelerinde daha yüksektir (Eurostat, 2020).

2017'deki ekonomik krizin ardından cepten harcama ödemelerinin payı %21'den %23.5'e yükselmiş olup, bu oran AB ortalamalarının üzerindedir. İtalya'da 1000 kişi başına düşen hasta yatağı sayısı 2000-2017 yılları arasında %30 düşerek 3.2 olmuştur ve AB ortalamasının altındadır (OECD/EU, 2019).

### 1.5. Sağlık reformları

Ulusal Sağlık Sistemi, radikal bir reformla 1978'de kurulmuş olup, sağlık hizmetlerine erişimi garanti eden bir sistemdir. Ancak 1992'de ve 2001'de yapılan reformlarla yetkiler bölgeselleştirilmiştir. Artık çoğu

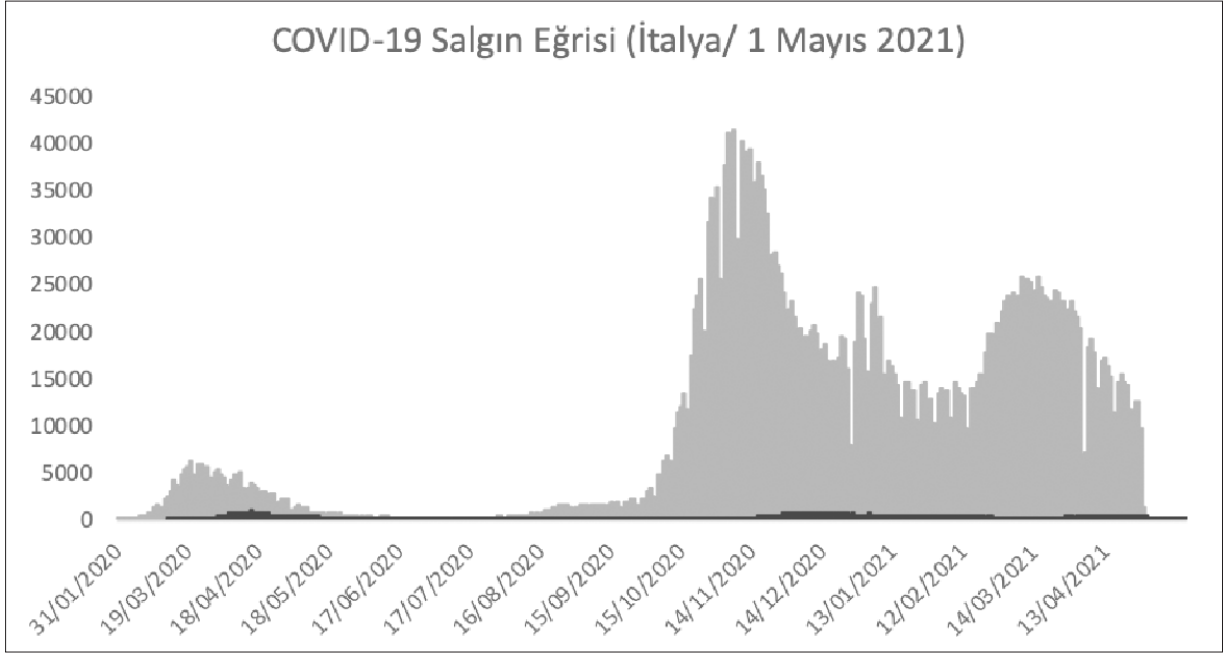
sağlık politikası; ödeme kuralları, hizmet miktarı ve kalitesi açısından artan bir heterojenite göstererek bölgeler tarafından geliştirilmektedir. 1992 reformu, aynı zamanda hizmet sağlayıcılar arasında rekabete dayalı bir yarı pazar öngörmüş, ancak bölgesel otoritelerin önlemleriyle hafifletilmiştir (OECD/EU, 2019; Ferre ve ark, 2014).

### 1.6. Sağlık sisteminin değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişim sistemin hedeflerinden biri olsa da sosyoekonomik duruma göre eşitsizlikler bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda güney bölgesindeki farklılıklar sosyoekonomik ve kültürel faktörleri de yansıtmakla birlikte, son yıllardaki politikaların sonucunda merkezi desteğin azalmasıyla ilişkilidir. Ortalama yaşam süresi, dünyadaki en uzun ülkelerden birisidir. Ölüm oranları yüksek gelirli ülkelerle karşılaştırılabilir düzeydedir. Kronik hastalıklarla ilgili bakım hizmetleri iyi olup artan mali kontrole rağmen, hizmet başına maliyetlerin azalmaması, yüksek sayıda küçük hastanelerin varlığıyla ilişkilendirilmektedir. Koruyucu sağlık çalışmaları başarılı olmakla birlikte, obezite gibi bazı risk faktörlerinin yaygınlığı önemlidir. Ulusal Sağlık Sistemi, sağlık hizmet sunumunu azaltmadan sağlık harcamalarını sınırlamayı hedeflemiş ve büyük ölçüde başarılı olmuştur. Sorunlar; önemli ölçüde desantralize bölgesel sağlık sistemlerinin farklı uygulama göstermesi, güney ve kuzey bölgeler arasındaki farkın devam etmesi ve tüm dünyada olduğu gibi reformlarla birlikte cepten ödemelerin artış göstermesidir.

**Tablo 1.** İtalya'da bölgelere göre COVID-19 vaka, ölüm ve test sayıları ile ilgili verilerin dağılımı (1 Mayıs 2021)

Ülke/Bölge	Nüfus	Toplam Vaka		Toplam Ölüm		VFH	Toplam Test	Milyon Kişi Başına Test	Ro
		N	%	N	%				
<b>İtalya</b>	60.421.760	4.035.617	100,0	121.033	3,0	58.957.954	975774	-	
<b>Lombardiya</b>	10.060.574	722.214	17,9	32.922	4,6	9.534.440	947703	2,96 (95%GA: 2,73-3,17)	
<b>Veneto</b>	4.905.814	379.687	9,4	11.310	3,0	7.176.728	1462903	2,51 (95%GA: 2,18-2,86)	
<b>Piemonte</b>	4.356.406	319.531	7,9	11.273	3,5	3.978.892	913343	-	
<b>Emilia Romagna</b>	4.459.477	315.957	7,8	12.893	4,1	5.620.325	1260310	2,84 (95%GA: 2,57-3,13)	
<b>Campania</b>	5.785.861	295.740	7,3	6.405	2,2	4.336.049	749422	-	
<b>Lazio</b>	5.865.544	273.842	6,8	7.686	2,8	6.166.300	1051275	-	
<b>Toscana</b>	3.729.641	201.136	5,0	6.202	3,1	4.152.203	1113298	2,50 (95%GA: 2,18-2,83)	
<b>Puglia</b>	4.008.296	182.310	4,5	5.894	3,2	2.235.853	557806	-	
<b>Sicilia</b>	4.968.410	179.294	4,4	5.420	3,0	3.920.442	789074	-	
<b>Liguria</b>	1.550.640	89.913	2,2	2.943	3,3	1.449.115	934527	-	



**Şekil 3:** COVID-19 salgın eğrisi (İtalya, 1 Mayıs 2021)

Birinci basamak sağlık hizmetinde pratisyen hekim veya pediatristlerin tek başına çalışması sorunu için de çeşitli sağlık çalışanlarını içeren ekip çalışması vb modeller teşvik edilmektedir (OECD/EU, 2019).

## 2. İtalya'da COVID-19 Pandemisi ve Sağlık Sisteminin Yanıtı

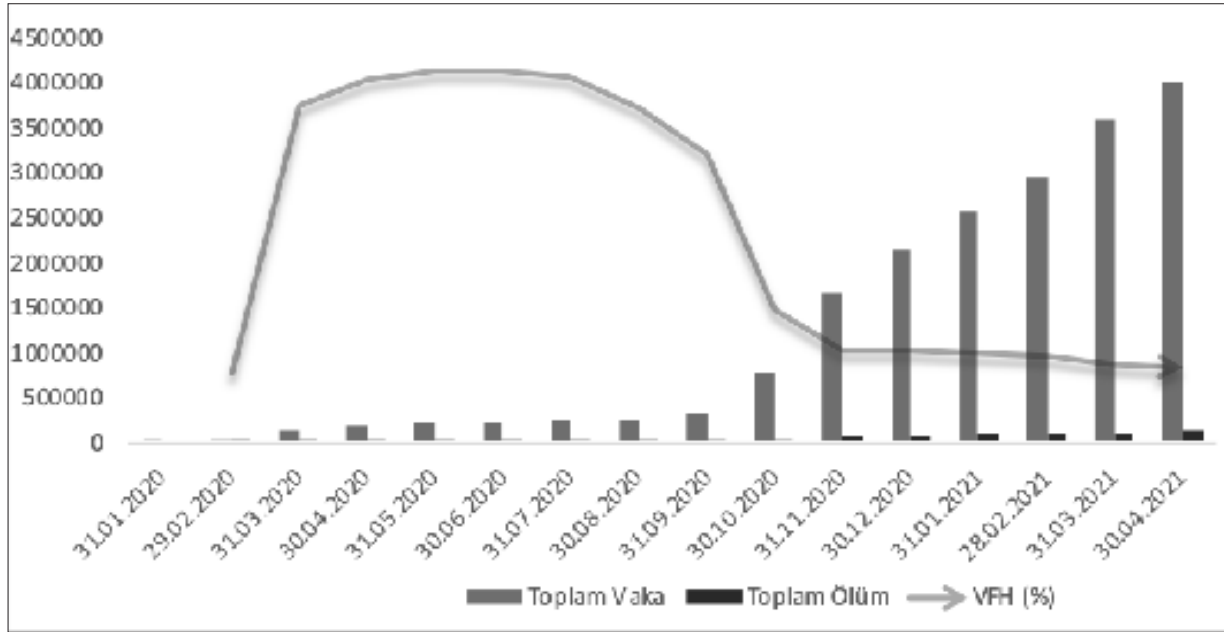
2019 yılı sonunda Çin'in Wuhan şehrinde ilk bildirilen COVID-19 vakalarından sonra, hastalık birçok ülkeye hızla yayılmış ve 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir (WHO, 2020a). İlk vakaların saptanmasından sonra Çin'de salgın kontrolü sağlanmaya çalışılırken dünyanın pek çok ülkesine ve özellikle Avrupa'ya hastalık hızla yayılmıştır. Bu ülkeler arasında İtalya en çok etkilenen ülkelerden biri olmuştur.

2020 yılı Ocak ayı sonunda (31.01.2020), İtalya'da ilk COVID-19 vakaları (3 vaka) tespit edilmiş, Şubat ayında Lombardia bölgesinde vaka sayıları artmaya başlamış ve ülkede COVID-19 nedenli ilk ölüm olguları (2 olgu), 23 Şubat'ta görülmüştür. Vakaların hızla artışıyla İtalya, Nisan ayında vaka sayısı bakımından dünyada 3. sırada iken, 1 Mayıs 2021 itibarıyla 8. sıradadır (Worldometer, 2021). Vakaların %51.2'si kadın, %48.8'i erkek, medyan yaş ise 47'dir (ISS, 2021).

Mayıs ayı başında dünyada milyon başına düşen test bakımından 39. sırada olan İtalya'da vakaların görüldüğü ilk 10 bölgesinin  $R_0$  değerleri ve toplam

vaka, ölüm, test sayıları Tablo-1 de verilmiştir (Ricardo ve ark, 2020; Ministero della salute, 2021a). Vakaların büyük çoğunluğu (%17,9'u) ve en yüksek vaka fatalite hızı (VFH) Lombardia bölgesindedir. Kuzey bölgelerinde toplam vaka sayıları fazla olmakla birlikte, tatil dönemiyle birlikte güney bölgelerinde ve adalarda vaka artışı dikkat çekmektedir.

İlk vakasını 31 Ocak'ta tespit eden İtalya'nın salgın eğrisine bakıldığında, ilk dalgada, 22 Mart'ta 6.557 yeni vaka ile pike ulaşılmış, Nisan'ın ilk haftası itibarıyla yeni vaka sayısında azalma izlenmiş ve azalma süreklilik göstermiştir. Yeniden açılma sürecinde vaka sayısında azalma devam etmiş ve 24 Haziran'da 113'e kadar düşmüştür. Alınan önlemlere uyumdaki değişiklikler ve yeniden açılma aşamalarıyla küçük dalgalanmalar izlenmektedir. Ağustos'un ilk haftasında günlük yeni vaka sayısı 160-400 arasında seyretmekte olup, ölümler 15'in altındadır (WHO, 2020b). Mayıs başından Ağustos sonuna kadar ülkede SARS-CoV-2 kontrol altındayken, Ağustos sonu itibarıyla salgında ikinci dalga başlamıştır (Şekil 3). Ağustos sonundan itibaren günlük vaka sayıları 1.000'in üzerine çıkmış, Ekim'de 2.000'in üzerine çıktıktan sonra hızlı bir artışla Ekim sonuna doğru 10.000 ve Kasım'da en yüksek vaka sayılarına ulaşılmış. Kasım sonrası vakalarda bir miktar azalma görülse de Mart başında vakalarda artış tekrar izlenmiş ve Nisan 2021 ortasında vaka sayılarında azalma izlenmektedir. 1 Mayıs'ta vaka sayısı 12.964 kişidir.



Şekil 4: Aylık COVID-19 kümülatif vaka, ölüm sayıları ve vaka fatalite hızları (İtalya, 1 Mayıs 2021)

Haftalara göre kümülatif vaka, ölüm sayıları ve vaka fatalite hızlarına bakıldığında (Şekil 4) 21 Şubat itibariyle vaka ve ölüm sayılarının ve vaka fatalite hızının arttığı görülmektedir. Nisan'dan sonra artış hızı azalmış ve plato çizmiştir. Ağustos sonu itibariyle vaka sayısında artış olurken vaka fatalite hızında düşme görülmektedir. Kasım sonu itibariyle vaka fatalite hızı %3-3,5 arasında seyretmektedir. 1 Mayıs 2021'e geldiğinde de vaka fatalite hızı %3 tür.

İtalya'da vakaların yaşa göre dağılımına bakıldığında Temmuz ayından sonra daha önceki sürece göre gençlerin enfekte olma oranının arttığı söylenebilir (**Epicentro, 2020**). Dolayısıyla ülkede daha etkili temaslı izlemi, test kapasitesinin artması gibi faktörlerin yanısıra, bu durum da vaka fatalite hızındaki düşme üzerine etkili olabilir. Ülkede ölümlerin %95,4'ü 60 yaş üzerinde olup, ölümlerde ortanca yaş 81'dir. Yaş ilerledikçe vaka fatalite hızı da artmaktadır. 1 Mayıs 2021 verilerine göre İtalya'da toplam vaka sayısı 4.035.627, ölüm sayısı ise 121.033'dür ve ülkeler arasında vaka sayısı açısından 8. sırada, ölüm sayıları açısından 6. sıradadır. Başlangıçta vaka fatalite hızının yüksek olmasının nedeni yaş yapısına bağlı olduğu gibi, bu dönemde fazla test yapılmamasına, dolayısıyla hafif ve orta derece vakaların daha az saptanmış olmasına da bağlanabilir (**Worldometer, 2021; Sartor ve ark, 2020**).

## 2.1. İtalya'da COVID-19 salgını ile ilgili alınan genel önlemler

İtalya, 24 Ocak itibariyle, Çin'den gelen uçaklardaki yolcular için COVID-19 yönünden izlem başlatmıştır. İlk vakaların tespit edilmesi ile Çin'den gelen uçuşlar 31 Ocak'ta durdurulmuş, ancak aktarmalı olarak gelen kişiler için özel bir önlem alınmamıştır. İlk COVID-19 vakaları 31 Ocak'ta, Roma'da 2 Çin vatandaşında tespit edilmiş, aynı tarihte 3. vaka ise Wuhan'dan tahliye edilen bir İtalyan olmuştur. Vaka sayısı Lombardia ve Veneto'da 21 Şubat'tan sonra artarken kademeli olarak önlemler alınmaya başlanmıştır.

23 Şubat'ta 2 kişinin COVID-19 nedeniyle ölmesi ve vaka sayılarının hızla artması nedeniyle karantina uygulamaları, okulların, müzelerin kapatılması, etkinliklerin, toplantıların iptali, taşımacılığın durdurulması gibi önlemler başlatılmıştır. 23 Şubat'ta kapatılan kasabalardan biri olan Vo Euganeo kasabasında, asemptomatiklerin yüksek olduğunun belirlenmesi sonucunda test kapsamı genişletilmiştir (**Lavezzo ve ark, 2020, Suman 2020**). 1 Mart'ta, İtalya 3 bölüme ayrılmış olup bunlar; karantinaya alınan bölgeler; çeşitli etkinliklerin askıya alındığı ve okulların, tiyatroların, sinemaların kapalı olduğu bölgeler ve halka açık yerlerde güvenlik önlemleri alınarak toplu taşıma araçlarında dezenfeksiyonların yapıldığı bölgeler olarak belirlenmiştir. Vaka sayısının 1.000'in üzerine,

ölüm sayısının 200'ün üzerine çıktığı 8 Mart tarihinde İtalya'nın kuzeyi karantinaya alınırken, bundan iki gün sonra ise yeni vakaların hızla artması ve ölüm sayısının iki gün içinde iki katına çıkması nedeniyle İtalya'nın tamamı karantinaya alınmıştır (**Ministera della salute, 2021a**). İşçi sağlığı ve güvenliği açısından hükümet ile sendikalar ve şirketler arasında çalışma ortamının düzenlenmesi için bir protokol imzalanmıştır. 16 Mart'ta Çin'den gelen Kızılhaç ekibi, karantinanın yetersiz olduğunu ve toplu taşımanın hâlâ kullanıldığını belirterek uyarıda bulunmuştur (**South Chine Morning Post, 2020**). 20 Mart'ta tüm park ve bahçeler halkın erişimine kapatılırken açık hava etkinlikleri de yasaklanmıştır (**Ministera della salute, 2021a**). 22 Mart'da, salgının 51. gününde İtalya'daki tüm zorunlu olmayan üretim, sanayi ve işletmeleri kapatılarak, serbest meslek sahibi olanlara, sağlık çalışanlarına, mevsimlik işçilere, ailelere, mali destek düzenlemeleri getirilmiştir (**Cartapetti, 2020; Governa Italiano, 2020**). 27 Mart'ta kişilere psikolojik destek sağlayan ücretsiz bir destek sistemi kurulurken, Mayıs ayında da COVID-19 pozitif olan kişiye bluetooth aracılığıyla bilgi verebilen Immuni uygulaması başlatılmıştır. Karantina süresi, 3 Mayıs'a kadar uzatılmış, ancak bazı mağazalar 14 Nisan itibarıyla açılmış, bu dönemde kısıtlamaların kademeli olarak gevşetilmesi için stratejik planlar hazırlanmıştır (**Ministera della salute, 2021a**).

Salgın pik yaptıktan sonra, yeni vaka ve ölüm sayılarında azalma eğilimi ve tüm bölgelerde  $R_t < 1$  olması nedeniyle 4 Mayıs'ta 2. aşamaya geçilmiştir. Sağlık Bakanı Roberto Speranza, 2. aşama için kurallara uymanın daha da belirleyici olacağını belirterek yeni dönemi açıklamıştır. COVID-19 sürveyans raporu haftalık olarak Sağlık Bakanlığı sitesinde kamuoyu ile paylaşılmakta olup, en önemli strateji olarak test sayısının artırılması, izlem ve izolasyon uygulanması belirlenmiştir. Haftalık raporlar ile olumsuzlukları erken saptamak ve müdahale etmek planlanmıştır (**Ministera della salute, 2021a; ECDC, 2020**).

Mayıs 2020 itibarıyla 4.4 milyon kişi işe geri dönmüş, belirli koşullarla cenaze törenlerine, ev ve akraba ziyareti yapılmasına izin verilmiş ve sabit fiyatla maske satışı başlamıştır. Mayıs ayında ayrıca restoranlar, mağazalar vb. belirli koşullarda kullanımı açılmış, Haziran'da ise bu açılım sürdürülmüştür. AB ülkeleri ve sonrasında veriler değerlendirilerek diğer bazı ülkelere sınırlar açılmıştır. Yeniden açılma sürecinde pek çok bölgede vaka sayıları açısından dalgalanmalar görülmeye başlamış ve sonraki süreçlerde insidans artmaya başlamıştır. Ağustos'tan itibaren

çeşitli kısıtlama kararları alınırken, bazı bölgelerde Ekim ayında eğitime ara verilmiştir (**Tgcom24, 2020**). 18 Ekim kararnamesiyle çeşitli etkinlikler askıya alınmış, ortaöğretimde yüzyüze eğitim ve uzaktan eğitimin kombine edilmesi, üniversitelerde bölgelere göre karar verilmesi sağlanmıştır. 25 Ekim'de spor salonlarının, yüzme havuzlarının, tiyatroların ve sinemaların kapatılmasının yanı sıra barların ve restoranların 05:00-18:00 arasında açık olmasına karar verilmiştir. Bölgeler epidemiyolojik veriler dikkate alınarak oluşturulan risk durumuna göre kırmızı, turuncu, sarı ve beyaz olarak kategoriye ayrılmaktadır. 27 Aralık 2020'de aşı kampanyası başlamıştır. (**Ministera della salute, 2021a**).

## 2.2.İtalya'da COVID-19 aşılması

İtalya'da SARS-CoV-2'ye karşı bağışıklığı sağlamak amacıyla, ilk COVID-19 aşısının Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından onaylanmasının ardından 27 Aralık 2020 tarihinde aşılama başlamıştır. Aşılama stratejisinde sağlık çalışanları, yaşlı bakımevi sakinleri ve çalışanları ve ileri yaştaki insanlara öncelik veren bir program belirlenmiştir. EMA tarafından onaylanan Pfizer/BionTech aşısı İtalyan İlaç Ajansı (AIFA) tarafından da onaylanan ilk aşı olmuştur. Daha sonraki süreçte Moderna, Oxford/AstraZeneca ve Johnson&Johnson aşıları da EMA'nın onaylamasından sonra İtalya'da onay almıştır (**Ministera della salute, 2021b**). 26 Nisan 2021 tarihi itibarıyla İtalya'da toplam onsekiz milyon doz COVID-19 aşısı yapılmıştır. İkinci doz aşısı yapılarak aşılması tamamlanan kişi sayısı beş milyondan fazla olup nüfusun yaklaşık %9'unu oluşturmaktadır (**Our world in Data (2021)**).

## 2.2.Bilim Kurulu, toplumun bilgilendirilmesi ve veri paylaşımı

3 Şubat 2020'de Sivil Koruma Bölümü Başkanı'nın emri ile hükümetin sağlık konusunda alacağı kararlarda önerilerde bulunmak üzere, COVID-19 Bilimsel Teknik Kurul "Comitato Tecnico Scientifico" (CTS) oluşturulmuştur (**sky.tg24, 2020**). Bu bilimsel kurul'da; Sağlık Bakanlığı, Sivil Koruma Başkanlığı, Yüksek Sağlık Enstitüsü, Ulusal Bulaşıcı Hastalık Enstitüsü yetkilileri, bazı uzmanlık derneği başkanları, DSÖ Temsilcisi, bölgelerin ve özerk illerin temsilcileri gibi bir çok katılımcının yanısıra; Epidemiyoloji ve Çevresel Hijyen Bölüm başkanı, İlaç ve Tıbbi Cihazlar Genel Müdürü, üniversite hastaneleri'nden ilgili bölüm başkanları, Pediatri Derneği ve Pnömoloji Derneği başkanı da bulunmaktadır. Teknik kurul koordinatörü Miazzo, 7 Eylül'de yaptığı açıklamada ilk toplantının yapıldığı 7 Şubat tarihinde genel bir pandemi planlarının olmadığını ve bunun Sağlık Bakanlığı'nın



en büyük zaafı olduğunu ve hızla bir COVID-19 planı hazırlamak zorunda kaldıklarını belirtmiştir (**Iacometti, 2020**). Dolayısıyla, İtalya'nın COVID-19 pandemisi için ön hazırlığının yetersiz olduğu ve bu planın vakaların çıkışından sonra ve bilimsel komite ile hazırlanmak zorunda kalındığı görülmektedir.

İtalya'da halkı bilinçlendirmek için pek çok konuda pratik rehberler yayımlanmıştır. Maske kullanımı, el hijyeni, fizik mesafe uygulanması, toplu taşıma alanlarında uyulması gereken kurallar, çevre temizliği vb konularda bilgilendirmeler yapılmıştır. Parlamento, yalan haberler konusunda uyarılmış ve bu tür haberleri önlemek için bir izlem birimi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı resmi web sitesinde çeşitli konularla ilgili bilgiler verirken, sosyal medya kanalları aracılığıyla da makale, afiş ve infografikler yayımlanmıştır. Bu sitede; COVID-19 ile ilgili yönetmelik, genelge, epidemiyolojik veriler ve hastalık sürveyans raporları yayımlanmaktadır (**WHO/EU/EurObs, 2020**). 31 Ocak 2020'de olağanüstü hal ilan edilen İtalya'da; Sağlık Bakanlığı dışında da, Sivil Kuruma Başkanlığı ve Yüksek Sağlık Enstitüsü (ISS)'nin COVID-19 bilgilendirici internet siteleri mevcuttur. Bu sitelerde de yine epidemiyolojik veriler, bölgelere ve illere göre vaka sayıları, alınması gereken önlemler topluyla paylaşılmaktadır (**Dipartimento della Protezione Civile, 2020; Leydesdorff, 2020**). Genel olarak verilerin son derece şeffaf bir şekilde topluyla paylaşıldığı ve ayrıntılı bilgilendirme yapıldığı bu sitelerin de incelenmesiyle görülmektedir.

Bilimsel ve teknik komite, işyerleri için çalışanlar ve müşteriler arasındaki mesafeye göre risk sınıflaması yaparak işyerlerini işaretlemiştir. Ayrıca ulusal iş kazalarına karşı sigorta enstitüsü (INAIL), SARS CoV-2 önleme stratejilerine ilişkin teknik belgeler yayımlanmış, işçi sağlığı ve iş güvenliği için bilgilendirici çalışmalar yürütülmüştür. Bunun dışında bölgesel veya özel pek çok girişimde bulunulmuş, sağlık bakım tesislerinin aşırı kalabalıklaşmasını önlemeye yönelik, semptomların ve risklerin değerlendirilmesini destekleyen sanal asistan sistemleri gibi çalışmalar yapılmıştır. (**WHO/EU/EurObs, 2020**).

### 2.3. Pandemi sürecinde birinci basamak ve hastanecilik hizmetleri

#### 2.3.1. Fiziksel altyapı

İtalya'da ilk dalgada fiziksel altyapı için çeşitli çabalara rağmen yine de Ekim ayı sonunda bazı bölgelerde yoğun bakımların doluluk oranı oldukça yüksekti. Bu bölgelerde askeri personelden destek

alınması, ekstra yatak kapasitesi artırılması, sahada geçici hastaneler yapılması gibi ek kaynaklar oluşturulmaya çalışıldı. DSÖ'ye göre İtalya'da hastaların %40'ı hastaneye yattı, %7'si yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alındı. Ancak bunların dağılımında kuzeyde büyük yoğunluk oluştu. Lombardia, YBÜ yatak kapasitesini özel sektörün de desteğiyle büyük ölçüde arttırdı. Milano'da 5 Nisan'da yeni bir hastane açıldı. Yoğun bir şekilde maske üretimi yapıldı, bölgelere ventilatörler dağıtıldı. Bu dönemde birçok ülkeyle de dayanışma sağlandı. Küba Sağlık Bakanlığı bir grup gönüllü hekimi İtalya'ya gönderdi. İşgücü açısından mevcut ihtiyacı karşılamak için süre kısıtlaması olmayan, açık uçlu kontratlarla COVID-19'da önceliği olan sağlık meslek sahipleri ve uzmanlarla anlaşma yapıldı, sağlıkçılara maddi teşvik ödülleri uygulandı. Yeni kararnemelerle, eczanelere, evde tedavi gören hastalar için COVID-19 ilaçlarını dağıtma yetkisi verildi. (**WHO/EU/EurObs, 2020**).

#### 2.3.2. Vakaların yönetimi

Ekim ayı sonunda yeni vakalar çoğunlukla evde izolasyonla izlenmektedir. İtalya'da hastanede olmayan vakalar GP'lerle iletişim yoluyla izlenmektedir. GP'ler hastanede yatmayan hastaların yönetiminde çok önemli rol oynamakta, aynı zamanda klinik sorgulamalarının yapılması, kan testlerinin istenmesi ve uzmanlara sevk edilmesinden sorumludur. Kritik durumda olmayan hastaların evde kalmaları ve GP'ler ile iletişim kurmaları istenmektedir. GP'ler tanı için değerlendirdikten sonra genellikle hastanın evinde nazofaringeal sürüntü alınmasını ister. Ağır solunum sıkıntısı olan hastaların ambulansla hastaneye sevk sağlanır. 9 Mart 2020 de yayımlanan kararname ile hastanede yatması gerekmeyen hastaların evde bakımının yönetimi için özel birimler oluşturuldu ve bu yeni yapılar haftanın her günü, sabah 8'den akşam 20'ye kadar telefon ve video ile konsültasyon ve ev ziyaretlerinden sorumlu olarak çalıştılar. Gönüllü doktorlar, hemşireler ve idari görevliler işe alınarak sağlık sisteminin ön safalarında saatlik yüksek ücretlerle çalıştırıldılar. Ayrıca oksijen satürasyonu izlenmekte ve gerekli durumda oksijen tedavisi de sunulmaktadır.

Bölgelere göre bakıldığında Lombardia, vakaları öncelikle yatan hasta bakımına başvurarak yönetmiştir. Pozitif vakaların %49'u hastaneye yatırılmıştır. Evde bakım için özel birimler ve hemşirelik ekipleri kurulmuştur. Emilia'da pozitif

vakaların %36'sı hastaneye yatırılmış ve birkaç yerel sağlık birimi evden bakım için özel birimlerini hızla etkinleştirmiştir. Venetto'da ise hastaneye yatış oranı %21 olup, daha çok ayakta tedavi hizmetlerine başvurulmuştur. Toplum hastanesi diye bilinen ara bakım yapıları oluşturulmuş ve evde bakım için özel birimler kurulmuştur. Lazio, ağırlıklı olarak hastanede yatarak tedaviyi tercih etmiştir (%44). Evde izlemlerde teletıp konsültasyonları da önemli olmuştur. Piermont, başlangıçta ağırlıklı olarak hastane bakımına başvurmuş, vakalardaki artış nedeniyle, evde bakıma da yönelerek özel birimler kurmuştur. Nisan 2020 itibarıyla vakaların %43'ü hastaneye yatmıştır (WHO/EU/EurObs, 2020).

### 2.3.3. İzolasyon ve karantina

İzolasyon ve karantina endikasyonlarıyla ilgili mevcut genelge 12 Ekim'de güncellenerek, semptomlu, semptomsuz veya uzun süre testi (+) olanlar ile temaslılar için izolasyon, karantina ve test kuralları yeniden belirlendi. Halk sağlığı uygulayıcıları, karantinaya alınan her vakayla ilgilenmek ve maske sağlamaktan, düzenli telefon görüşmeleriyle izleme ve vaka yönetiminde görev yapan pratisyen hekimlerle işbirliği yapmaktan sorumludurlar. Ateş ölçümü, evde beraber yaşanan kişilerle ilgili alınacak önlemler de bu kişilerce uygulanır. Aile hekimi (GP/Pediatrist), ev ziyaretleri yaparak semptomları değerlendirir, ev içinde alınması gereken önlemleri bildirir. Nefes darlığı olanların 112 ve 118'i araması ve doktoruna ulaşması söylenir. Birinci basamakta hekimler, COVID-19 bulgularını sorgulayıp triaj yapar, epidemiyolojik riski ve temaslıları belirler. Semptomları ve klinik bulguları değerlendirir. Bunların sonucuna göre ya hasta gerekli yerlere bildirilir ya da evden takip edilir. İzolasyon ve karantina; mobil uygulamalar veya web platformları gibi dijital araçlarla desteklenmiştir. Özel gruplar için çeşitli uygulamalar olmuştur. Örneğin, fizik mesafenin sağlanması için 3.000 tutuklu ev hapsine alınmış, kronik hastalıklar ve nadir görülen hastalıklar için evde tedavi hizmetleri ve ilaç temin çalışmaları yürütülmüştür. Ayrıca bu süreçte yalnız yaşayan hastalara yiyecek sağlanması, bazı şirketlerin kanser hastalarına ücretsiz ilaç dağıtması gibi hizmetler gerçekleştirildi. Göçmenler için karantina önlemleri alındı ve temel sağlık hizmetleri sağlandı (WHO/EU/EurObs, 2020).

Immuni adlı bir uygulama aracılığıyla izlem ve sürveyans çalışmaları güçlendirildi. İtalya, sürveyans için vakaları Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC) tanımına göre tanımladı.

ISS (internet servis sağlayıcısı) tarafından koordine edilen bir ulusal sürveyans sistemi, 27 Şubat'ta etkinleştirildi ve ISS ulusal laboratuvarında günlük veri toplanması özel bir web portalı aracılığıyla denetlenmeye başlandı. Bu bilgileri detaylandıran bir bülten, günlük olarak yayımlanmakta ve ulusal bilimsel komite üyeleri tarafından yorumlanmaktadır (WHO/EU/EurObs, 2020)..

### 2.3.4. Yatarak tedavi

Çoğu bölgede hastane bakımının yeniden düzenlenmesi için planlar oluşturuldu. YBÜ yatak kapasiteleri artırıldı, 8 Temmuz'a kadar 13 bölge, hastane ağlarını yeniden oluşturdu ve COVID-19 hastaneleri kuruldu. Bakım sürekliliği için özel birimler, hastaneye yatmayan hastalar için özel bakım birimleri oluşturuldu. Pekçok bölge, mevcut huzurevlerinin ve bakım tesislerinin bazılarını COVID-19 hastalarına tesis etti. Otel vb. yerler toplum hastanelerine dönüştürüldü (WHO/EU/EurObs, 2020).

### 3. İtalya'da Sağlık Çalışanları ve Örgütlerinin Tutumu

Ulusal Cerrahlar ve Diş Hekimleri Birliği (FNOMCeO) web sitesinden güncel olarak ölen hekimlerin adları ve uzmanlık alanlarının güncel listesini paylaşmaktadır. Buna göre, 01.05.2021 tarihi itibarıyla İtalya'da 359 hekim COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir (FNOMCeO, 2021).

Sağlık çalışanları, İtalya'daki COVID-19 vakalarının 18 Nisan'da %9.8'ini, 7 Ağustos'ta %12.1'ini, 20 Ekim'de ise %8.3'ünü oluşturmaktadır ve bu oldukça önemli bir orandır. Ancak 1 Mayıs 2021'e gelindiğinde oran %3.3 olmuştur (ISS, 2021). 25 Mayıs 2020 de başlatılan seroprevalans çalışmasında toplumun %2.5'i hastalığı geçirmiş iken sağlık çalışanlarında seropozitiflik oranı %5.6 bulunmuştur (Istituto Nazionale di Statistica, 2020). İtalyan doktorlar tarafından, 26 Mart'ta, İngiliz Tıp Dergisi (BMJ)'nde yapılan çağrıda; sağlık çalışanlarının risk altında olduğu, hastane merkezli modelin salgınla mücadelede yeterli olmadığı, iyi planlanmış toplum sürveyansı ile desteklenmesi, sağlık çalışanlarına hızlı tanı testleri yapılması ve yeterli koruyucu ekipman sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Anelli ve ark, 2020). Ayrıca, 300 İtalyan doktorun yayımladığı bir açık mektupta; virüsün çok hızlı yayıldığı, İtalya'nın Çin'e göre bazı önlemleri 8 gün gecikmeyle almasının toplam ölüm sayısında inanılmaz bir artışa neden olduğu vurgulandı ve daha geriden gelen diğer AB ülkelerine Güney Kore ve Çin'i örnek almaları, onlara benzer şekilde hayatı durdurmak için yeterli sürelerinin olduğu belirtildi. (Paterlini, 2020).

30 Mart 2020 tarihinde, MEDSCAPE’de yayımlanan “İtalya’da 60’tan fazla doktor COVID-19 salgınından öldü” başlıklı makalede, Ulusal Cerrahlar ve Diş Hekimleri Birliği (FNOMCeO) başkanı Filippo Anelli tepkisini “Doktorlarımız silahsız savaşa gönderilmiştir. Ölüler ses çıkarmaz. Yine de buraya siyah beyaz yazılan ölen meslektaşlarımızın isimleri kulakları sağır edici bir ses çıkarır.” şeklinde ifade etmiştir. Ayrıca “Sağlık çalışanları doğru bilgilendirilmiş ve yeterli kişisel koruyucu ekipmanla, koruyucu ekipmanla donatılmış olsaydı bu olaylar büyük ölçüde önlenebilir olacaktı, fakat hala kısa süreli malzeme tedarikine devam edilmekte” demiştir.

30 Mart itibarıyla, 11.591 olan ölümden 61’ini doktorlar oluşturmaktadır. Ölen doktorların neredeyse tamamı, salgının başladığı kuzey İtalya’da bulunuyordu. Hayatını kaybeden 61 doktorun 23’ü (% 38), kendini iyi hissetmeyen herkesin ilk başvuru yeri olan aile hekimleriydi (**Chustecka, 2020**). İtalya’da, 16 Nisan 2020’de Ulusal Sağlık Enstitüsü, 16.991 sağlık çalışanının COVID-19 testi’nin (+) olduğunu bildirdi. Tüm vakalar içinde doktorların oranı %22’idi. Ölen doktor sayısı o tarihte 119 olup, ölen toplam 206 sağlık çalışanından %57.8’ini hekimler, %16.5’ini hemşireler, %8.3’ünü hemşire yardımcıları, %5.8’ini diş hekimleri oluşturuyordu. Vakalar içindeki payı en az olmakla birlikte, ölümlerin en büyük kısmını genel pratisyenler oluşturmaktaydı. Hemşireler Birliği, 16 Nisan’a kadarki hemşire ölümlerinin %32’sinin koruyucu ekipmanları genellikle olmayan bakımevlerinde, %50’sinin de hastane dışı sağlık bakım merkezlerinde olduğunu belirtmiştir (**Pierfrancesco, 2020**). İleri yaşta çalışan doktorlar ve koruyucu ekipman eksikliği, özellikle hastane dışı bakım ortamlarında sağlık çalışanlarının ölüm oranının yüksek olmasına neden olmuştur.

Olağandışı koşullarda tedavi seçenekleri hakkında İtalyan Ulusal Cerrahlar ve Diş Hekimleri Birliği (FNOMCeO) ile Anestezi Analjezi Resüsitasyon ve Yoğun Bakım Derneği (SIAARTI) arasında, 30 Ekim 2020 tarihinde bir belge imzalanmıştır. Buna göre özellikle salgının başında uygulanan tüm önlemlere rağmen en çok etkilenen bölgelerde artışın devam ettiği ve doktorların kabul edecekleri hastaları seçmek zorunda kaldığı belirtilmiştir. İhtiyaç ve mevcut kaynaklar arasında oluşabilecek dengesizlik durumu için etik ilkeler ve sağlık çalışanlarına uygun kriterler oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu yaklaşım kimsenin mesleki veya sağlık anlamında zarar görmemesi adına önemli bir adım olmuştur (**FNOMCeO, 2020**).

Hekim örgütleri bu tespitleri yaparken ve bazı tepkiler verirken artan sağlık hizmeti ihtiyacı için, Lombardia bölgesinde özellikle yoğun bakım kapasitesi açısından yeni hastaneler yapılmış, emekli hekimler göreve çağırılmış ve tıp fakültesi son sınıf öğrencileri erken mezun edilmiştir. Ayrıca bazı ülkelerden doktor alımı, hekim ve diğer personelin çalışma saatlerinin arttırılması gibi önlemlerin hızla uygulanması gerekmiştir. Bazı hekimler bu uygulamaların kısa süreli çözümler getirmekle birlikte, altta yatan sorunların incelenmesi gerektiğine dikkat çekerek sorunların son birkaç yıldır yürütülen kısıtlamalar nedeniyle olduğunu vurguladılar (**La Colla ve ark, 2020**). Yurt dışındaki bu İtalyan doktorlar “tele-medical project” ile bir araya gelerek, insanlara online konsültasyon sağlamışlardır. Bu ve benzeri yaklaşımların yanısıra, sistemin kronik sorunları açısından kalıcı çözümler için sorunları şu başlıklarda ele almışlardır:

- I. En yüksek tıbbi eğitime rağmen mezuniyet sonrası eğitim ve açık kariyer alanlarının az olması, maaş artışlarının yetersizliği,
- II. Yurtdışındaki doktorların ülkelerine geri dönmeleri için kazanılan yetkinliklerin kabul edilmesi ve işe alınma kriterlerinin iyileştirilmesi,
- III. Ulusal sağlık sisteminin dijitalleştirilmesi çabalarının geliştirilmesi,
- IV. Doktorlar aleyhindeki tıbbi davalarda ulusal sağlık sisteminin sorumluluğunun artırılması ve
- V. Ulusal sağlık sisteminin son yıllardaki yetersiz finansmanı.

Sonuçta yurt dışındaki İtalyalı doktorlar, krizin sağlık sisteminde aksayan konularda pozitif değişiklikler açısından bir fırsat oluşturduğunu belirtmişlerdir (**La Colla ve ark, 2020**)

#### 4. İtalya’da Pandemi’ye Yanıtın Yorumlanması

İlk vakanın 31 Ocak’ta tespit edilmesinden sonra, 3 hafta boyunca ciddi bir artış görülmemesi ve hastalığın ciddiyetinin algılanmamış olması, ilk zamanlarda hastalığın kısmen gözardı edilmesine yol açmıştır (**Guiseppe, 2020**). Çin ile ilgili uçuşların yasaklanmasıyla, transit uçuşların önplana çıkması virüsün ülkede farkedilmeden yayılmasına neden olmuştur (**Godin, 2020**). 19 Şubat’taki Atalanta-Valentia maçı ve 8 Mart’ta kuzey bölgesi için yapılan karantina planının erken haber alınması, buradaki insanların bölgeden yer değiştirmesi, salgının yayılmasında önemli rol oynamıştır. Tüm bunların

sonucunda vakaların hızla artması ve belli bölgelerde yoğunlaşması, İtalya'da sağlık sisteminin zorlanmasına neden olmuştur. Önlemlerdeki gecikme nedeniyle vaka sayıları hızla artmış ve koruyucu ekipman ile sağlık personeli yetersizliği, yoğun bakım yatağı ve tıbbi malzeme yetersizliği gibi nedenlerle zor bir süreç yaşanmıştır. Ancak, Nisan ayının ilk haftasında başlayan ve süreklilik gösteren vaka ve ölüm sayılarındaki azalış sonrası sürveyans raporları sürekli değerlendirilerek, Mayıs ayında açılma dönemine girilmiştir. Ağustos sonu itibarıyla vakalarda artış başlamış olup, Ekim-Kasım aylarında İtalya'da COVID-19 salgınının ikinci dalgası yaşanmıştır. Kasım sonunda azalış görülse de Martta tekrar bir artış ve Nisan ortasında azalma yaşanmıştır. Aşılama açısından da epey yol alınması gerekli gözükmektedir.

Bu beklenmedik ve sonuçları açısından çok etkili olan pandemide ülkelerin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliği, sağlık insan gücü durumu, koruyucu ekipmanların yeterliliği, hizmetlerin erişilebilirliği, hastane yatak sayısı, yoğun bakım yatak sayısı, ilaç temini, tanı testleri kullanımı ve salgın için hizmetlerin uygun şekilde düzenlenmesi önemlidir. 1980'li yıllardan itibaren başlayan, 1990'larda giderek güçlenen ve 2000'li yıllarda yerleşen sağlıkta reform uygulamaları, sistemin desantralize olmasını, sağlık sektöründe artan harcamaların kısıtlanması ve piyasa koşullarına açılmasını getirmiştir. İtalya'da da yaşanan bu sürecin salgında ortaya çıkan sonuçlara kısmen yansıdığı söylenebilir (**Armocida ve ark, 2020**). Ülkede salgının erken başlaması, toplumun yaş yapısı, kronik hastalıkların fazlalığı, sağlık sisteminde bu durumun tam olarak dikkate alınmamış olması, agresif test politikası gerekliliğinin sonradan farkedilmesi, İtalya'da sosyal yaşam ve kalabalıkların fazlalığı, ilk aşamada önlemlere fazla adaptasyon olmaması yanısıra, sağlık sisteminde YBÜ yatak sayısının orta düzeyde olması gibi durumlar sonuçlar üzerinde etkili olmuştur. Salgın sırasında hangi hastaların hastaneye yatırılacağı konusunda iyi planlama yapılmamış olması, tüm şehirlerin yükünün birkaç şehirde yoğunlaşması da İtalya'da kapatma önlemlerinin ön plana çıkmasına neden olmuştur (**Boccia ve ark, 2020**).

Sonuç olarak salgının başladığı Çin, Güney Kore ve diğer bazı ülkelerde salgın kontrolü çok etkili önlemlerle yürütülürken, Avrupa'da ilk vakaların başladığı İtalya'da salgın ciddi boyutlara ulaşmıştır. İtalya'da birinci basamağın salgın sırasında önemli rol

oynadığı bilinmekle birlikte, hızlı vaka artışı tedavi hizmetleri açısından sorunlara yol açmış ve özellikle yoğun bakım servisleri ihtiyaca cevap verememiştir. İlk dalgada yaşlı nüfusun daha fazla hastalanması, başlangıçta hastane hizmetlerine ağırlık verilmesi, evde izolasyon ve bakımın daha sonradan organize edilmesi de önemli olmuştur. Bu pandemi karşısında; İtalya'nın sağlık sisteminin şartlara uyum gösterebilecek daha esnek bir yapıya kavuşturulması, insan kaynaklarının daha uzun vadeli olarak planlanması, pandemi planlarının daha yeterli nitelikte olması, önlemlerin uygulanmasında daha güçlü bir yönetsel kararlılık gösterilmesi ve ülkenin sağlık sistemi yapısının bu sonuçlar doğrultusunda gözden geçirilmesi gerekmektedir.

### Kaynaklar

- Anelli F, Leoni G, Monaco R, Nume C, Rossi RC, Marinoni G, vd.** (2020) *Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak.* *BMJ.* 26 Mart 2020;368
- Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E.** (2020). *The Lancet.* Published online March 25. Erişim tarihi 4 Kasım 2020, Available at: [https://doi.org/10.1016/S2468-267\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-267(20)30074-8)
- Boccia S, Ricciardi W, Ioannidis JPA.** (2020). *What other countries can learn from Italy, during the Covid-19 pandemic.* *JAMA Vol 180, No 7 p:927-8* Erişim tarihi 11 Kasım 2020 <https://jamanetwork.com/on11/09/2020>
- Cartapetti L.** (2020). *Cura Italia: con la legge di conversione ecco le misure a sostegno di famiglie e lavoratori [Internet].* [Erişim tarihi: 16 Nisan 2020]. Available at: <https://www.altroconsumo.it/soldi/lavoro-pensione/news/coronavirus-effetti-economia>
- Chustek Z.** (2020). *More Than 60 Doctors in Italy Have Died in COVID-19 Pandemic Medscape,* Erişim Tarihi: 3 Kasım 2020, Available at: <https://www.medscape.com/viewarticle/927753>
- Dipartimento della Protezione Civile.**(2020). *COVID-19 ITALIA - Desktop [Internet].* [Erişim tarihi 02 Kasım 2020]. Available at: <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/ops-dashboards/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>
- ECDC** (2020). *European Centre for Disease Prevention and Control. Testing strategies [Internet].* [Erişim tarihi: 05 Ağustos 2020]. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/testing-strategies>
- Epicentro.**(2020). *EpiCentro - Portale di epidemiologia per gli operatori sanitari [Internet].* [Erişim tarihi 21 Ekim 2020]. Available at: <https://www.epicentro.iss.it>
- European Observatory on HSP** (2020). *The health systems and policy monitor.* Erişim tarihi: 1 Kasım 2020, Available at: <https://hspm.org/countries/italy/25062012/countrypage.aspx>
- Eurostat Statistics [Internet].** [kaynak 02 Kasım 2020]. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en>
- Ferré F, Giulio De Belvis A, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, vd.** (2020). *Health Systems in Transition.* C. 16, *Italy Health system review.* 2014.

- FNOMCeO** (2021). Erişim tarihi 1 Mayıs 2021 Available at: <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid>
- FNOMCeO** (2020). Erişim tarihi 4 Kasım 2020 Available at: <https://portale.fnomceo.it/scelte-terapeutiche-in-condizioni-straordinarie-approvato-il-documento-congiunto-fnomceo-siaarti-frutto-di-un-lavoro-condiviso-supportera-il-medico-di-fronte-a-decisioni-drammatiche/>.
- Godin M.** (2020). Why Is the Coronavirus Outbreak So Bad in Italy? | Time [Internet]. [Erişim tarihi: 05 Nisan 2020]. Available at: : <https://time.com/5799586/italy-coronavirus-outbreak/> **Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri.** (2020). Coronavirus, firmato il Dpcm 22 marzo 2020 [Internet]. [Erişim tarihi: 23 Mart 2020] Available at: <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-22-marzo-2020/14363>
- Group. WB.**(2020) Italy GDP per capita. [Internet]. [Erişim tarihi: 03 Ağustos 2020]. Available at: : <https://data.worldbank.org/country/IT>
- Guisepppe G.** (2020). HealthManagement.org, Management of CO VID-19 in Italy; 20(3) Erişim tarihi 18 Ekim 2020 Available at: <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/management-of-covid-19-in-italy>
- Iacometti S.** (2020). Coronavirus, Agostino Miozzo a capo del Cts accusa il governo: “Nessun piano anti Covid. Si potevano evitare dei morti” – Libero Quotidiano [Internet]. [Erişim tarihi 04 Kasım 2020]. Available at: <https://www.liberoquotidiano.it/news/italia/24449893/coronavirus-miozzo-responsabile-cts-accusa-governo-conte-gestione-emergenza.html>
- ISS** (2021). Istituto Superiore di Sanità. Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia [Internet]. [Erişim tarihi 1 Mayıs 2021]. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>
- Istituto Nazionale di Statistica.** (2020). Primi risultati dell'indagine di sieroprevalenza sul SARS-CoV-2 [Internet]. [Erişim tarihi: 05 Ağustos 2020] Available at: : <https://www.istat.it/it/archivio/246156>
- La Colla L, Polidori MC, Saverço G, Preziosi G, Mantovani L, Caobelli F,** (2020) Letter to Editor. J Inf Pub Health 13;1253-1254
- Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Vecchio C Del, vd.** (2020). Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy. medRxiv [Internet]. 2020;(Ci):2020.04.17.20053157. Erişim tarihi 4 Kasım 2020 Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20053157v1>
- Leydesdorff L, Cucco I.** (2019). Regions, innovation systems, and the North-South divide in Italy. Prof la Inf. 2019;28(2):1-36.
- Ministera della salute** (2021a). Erişim tarihi 01 Mayıs 2021 Available at: <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
- Ministero della Salute** (2021b). Vaccini anti Covid-19. Erişim tarihi 28 Nisan 2021. Available at: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=255>
- OECD** (2020). Organisation for Economic Co-operation and Development. Health resources - Doctors - OECD Data [Internet]. [Erişim tarihi: 04 Haziran 2020]. Available at: : <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
- OECD/EU** (2019). OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Our World in Data** (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research .Erişim tarihi 28 Nisan 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Paterlini M.** (2020). Covid-19: Over 300 Italian doctors and scientists call for more testing BMJ 2020; 368 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1274>
- Pierfrancesco L, Mingoli A, Regent L.** (2020). Deaths from COVID-19 in healthcare workers in Italy - What can we learn. Inf. Cont and Hosp Epid 1-2 doi:10.1017/ice.2020.241
- Riccardo F, Ajelli M, Andrianou XD, Bella A, Del Manso M, Fabiani M, vd.** (2020) Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month into the epidemic. [Erişim tarihi 15 Nisan 2020]; Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.04.08.20056861>
- Sky.tg24.** (2020). Cts, cosè il Comitato Tecnico Scientifico e chi sono i componenti [Internet]. [Erişim tarihi 04 Kasım 2020]. Available at: <https://tg24.sky.it/cronaca/approfondimenti/cts-chi-sono#00>
- South Chine Morning Post** (2020). Coronavirus: More people have now died from Covid-19 in Italy than in China - YouTube [Internet]. [Erişim tarihi: 03 Ağustos 2020]. Erişim adresi: [https://www.youtube.com/watch?v=PWW\\_XQ1JPEI](https://www.youtube.com/watch?v=PWW_XQ1JPEI)
- Sartor G, Riccio MD, Poz ID, Bonanni P, Bonaccorsi G** (2020) Covid-19 in Italy. Considerations on official data. Int J Inf Dis 98;188-190
- Suman F.** (2020). COVID-19, Università e Regione: al via la sorveglianza attiva in Veneto [Internet]. [Erişim tarihi: 12 Nisan 2020]. Available at: <https://ilbolive.unipd.it/it/news/covid19-universita-regione-sorveglianza-attiva>
- Tgcom24** (2020). Covid, De Luca chiude le scuole e le università in Campania fino al 30/10 | Azzolina: “Decisione gravissima” - Tgcom24 [Internet]. [Erişim tarihi 23 Ekim 2020]. Available at: [https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/campania/covid-impennata-di-casi-in-campania-de-luca-chiude-le-scuole-fino-al-30-ottobre\\_24252326-202002a.shtml](https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/campania/covid-impennata-di-casi-in-campania-de-luca-chiude-le-scuole-fino-al-30-ottobre_24252326-202002a.shtml)
- WHO** (2020a). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Available at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>
- WHO** (2020b). COVID-19 situation reports [Internet]. [Erişim tarihi 06 Ekim 2020]. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>
- WHO/EU/European Observatory on HSP** (2020). Covid-19 Health systems monitor..Erişim tarihi 11 Kasım 2020 Available at: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/livinghit.aspx>
- World Bank.** (2020). World Bank Open Data | Data [Internet]. [kaynak 02 Kasım 2020]. Available at: <https://data.worldbank.org/>
- Worldometer.** (2021). Coronavirus Cases [Internet]. Worldometer. 2021 [Erişim tarihi 01 Mayıs 2021]. s. 1-22. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>