

8 **La governance della crisi sanitaria tra livello nazionale, regionale e aziendale: lezioni apprese e prospettive di cambiamento**

di Michela Bobini, Gianmario Cinelli, Mario Del Vecchio, Francesco Longo¹

8.1 **Introduzione**

In linea di principio un complesso servizio pubblico come il SSN potrebbe essere osservato utilizzando due diverse prospettive.

La prima è quella tipica delle istituzioni pubbliche viste come un articolato insieme di strutture e relazioni che si caratterizzano per una certa distribuzione di poteri e responsabilità nei confronti della popolazione. In questa prospettiva il metro di riferimento è, prevalentemente, quello della capacità di una determinata architettura, nel suo concreto funzionamento, di interpretare i bisogni della collettività, di bilanciare nelle decisioni diritti e interessi dei diversi gruppi sociali e degli individui che li compongono, di definire e perseguire obiettivi in grado di dare effettivo soddisfacimento ai bisogni e alle domande della popolazione. Il dibattito su come poteri e responsabilità debbano essere distribuiti ai diversi livelli considererà, quindi, come la vicinanza ai bisogni da soddisfare possa condizionare il processo decisionale o riflettersi sull'equità complessiva che il sistema è in grado di assicurare.

La seconda prospettiva guarda alla struttura del sistema in termini di attività che devono essere svolte e di servizi che devono essere prodotti e messi a disposizione dei destinatari. Il metro di riferimento è, in questo caso, prevalentemente orientato a valutare come attività e servizi possano trovare “contenitori adeguati” in strutture che condizionano le dimensioni che caratterizzano i “processi produttivi” o ne definiscono la collocazione nel quadro delle necessarie interdipendenze di sistema. Da questo punto di vista, la discussione sulla distribuzione delle responsabilità prende maggiormente in considerazione la “dimensione produttiva”, la possibilità che i servizi necessari, definiti nella

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 8.1 è attribuibile a Mario Del Vecchio, il § 8.2 e § 8.4 a Michela Bobini, il § 8.3 e § 8.6 a Gianmario Cinelli, § 8.5 a Michela Bobini e Gianmario Cinelli e § 8.7 a Francesco Longo.

“dimensione politico-istituzionale”, possano trovare le migliori condizioni per perseguire l’efficienza e la qualità della risposta.

Anche se la divaricazione tra due prospettive diverse rimane spesso percepibile e permea sia il dibattito pubblico che le riflessioni degli studiosi, nell’osservazione del funzionamento di un sistema come il SSN e, ancora di più, nella formulazione di giudizi e indicazioni di intervento è fondamentale riuscire a considerare i fenomeni nella loro unitarietà. Gli istituti, soprattutto quelli pubblici, con le loro specifiche finalità, non sono meri contenitori per attività e processi e, viceversa, la possibilità di assolvere a determinate funzioni dipende anche dalla capacità di gestire attività e processi in condizioni di efficacia ed efficienza. Così secondo la nota lezione dell’Economia Aziendale applicata agli istituti e sistemi pubblici (Borgonovi 1973, Rebora 1983) la razionalità politico-istituzionale e quella aziendale, condizionandosi a vicenda, determinano la possibilità per un sistema pubblico di rispondere ai bisogni per i quali esiste e opera.

Il contemperamento delle due dimensioni sia nelle analisi che nelle decisioni attinenti agli assetti dei sistemi e, in particolare, la distribuzione di responsabilità e poteri non è un esercizio molto praticato. Alcune dinamiche istituzionali che hanno interessato il SSN sono, da questo punto di vista, un buon esempio.

A livello regionale, a partire dal triennio 2008-2010, si assiste a una progressiva evoluzione da un precedente sistema di aziende largamente autonome verso un sistema di erogazione unitariamente coordinato, riconducibile a un modello di holding pubblica. Senza entrare nel merito di tale evoluzione, è sufficiente qui notare come la riduzione del numero delle aziende e lo spostamento del baricentro verso l’ente Regione, sia avvenuto prevalentemente sulla base di ragioni economico finanziarie (il controllo della spesa e le “economie di scala”) in assenza di una compiuta riflessione sulla dimensione politico-istituzionale. Temi quali quelli relativi al rapporto con le collettività locali e le loro istituzioni in aziende molto più grandi o a come il livello regionale possa strutturare le proprie relazioni con un gruppo aziendale (ruolo di aziende zero e assessorati, le loro capacità) sono stati solo marginalmente presenti nel dibattito ed emergono ora come problemi.

Rispetto al rapporto tra livello centrale e regioni, segnato da progressive difficoltà del livello centrale a fronte del protagonismo regionale, il dibattito si è, invece, prevalentemente collocato sulla dimensione istituzionale. Esempari da questo punto di vista sono le ragioni spesso addotte per sostenere la necessità di un maggiore potere e responsabilità degli organi centrali nel funzionamento del SSN, ragioni che si fondano sulla esigenza, tipicamente politico-istituzionale, di assicurare una maggiore equità e omogeneità all’intero sistema. Ciò che manca è un riferimento a come legittime scelte di architettura istituzionale, la governance del sistema, possano concretamente influenzare

lo svolgimento e conduzione di attività complesse su scale dimensionali come quelle richieste da un servizio sanitario pubblico.

Il capitolo nasce dalle considerazioni fin qui svolte, analizzando l'esperienza che la pandemia ha consentito di fare in direzione di un maggiore intervento, anche a livello operativo, del livello centrale sulla gestione di alcuni servizi connessi all'emergenza. Infatti, con l'avvento della pandemia Covid-19, è emersa la necessità di ricondurre a livello nazionale alcune responsabilità, poteri e funzioni. In particolare, la campagna vaccinale anti Covid-19 rappresenta un caso studio interessante perché ha comportato numerose e rilevanti modifiche al sistema di governance del SSN. Il rapporto fra il livello nazionale – Struttura Commissariale, il Ministero della Salute, la Protezione Civile e altre istituzioni centrali coinvolte – e le regioni è mutato fortemente visto che per far fronte all'emergenza diverse attività tradizionalmente attribuite al livello regionale sono state centralizzate a livello nazionale. L'analisi di un caso caratterizzato da grandi complessità operative, rilevanza ed esposizione politica, coinvolgimento dei diversi livelli del sistema in una responsabilità congiunta, consente di trarre alcune prime indicazioni sui fattori che possono condizionare l'efficacia degli interventi del livello centrale nel SSN.

8.2 Obiettivi e metodi

Il capitolo si propone di analizzare l'efficacia e la razionalità gestionale delle modifiche del sistema di *governance* del SSN, ossia del rapporto fra lo Stato centrale e le regioni, in risposta alla pandemia Covid-19. Nello specifico, è stata selezionata come dimensione di analisi la campagna vaccinale, in quanto rappresenta una parte rilevante della risposta all'emergenza Covid-19 e fornisce un campione sufficientemente ampio e variegato di relazioni tra centro e periferia. Ai fini della ricerca è stato adottato uno schema che semplifica il sistema di governance del nostro SSN, raggruppandoli diversi attori in due livelli principali: i) il livello centrale (o nazionale) che comprende il Ministero della Salute, la Struttura Commissariale, la Protezione Civile e tutte le altre istituzioni centrali coinvolte; ii) il livello regionale che comprende invece tutti gli attori dei diversi SSR: dalle regioni, agli enti intermedi e alle aziende sanitarie.

Sulla base dei contributi teorici offerti dalla letteratura di riferimento e delle evidenze suggerite da interviste semi-strutturate, il capitolo mira a:

- a) descrivere e indagare i cambiamenti intervenuti nelle relazioni tra centro nazionale e periferia regionale, individuando quali attività sono state centralizzate;

b) fornire una classificazione rispetto alle variazioni identificate e approfondire, se e come, tali cambiamenti siano stati efficaci secondo la prospettiva del livello regionale.

In particolare, sono state adottate tre diverse metodologie di indagine. Inizialmente è stata analizzata la letteratura disponibile sui sistemi di governance in periodi di emergenza. In un secondo momento è stata compiuta un'analisi desk sulle norme e sui documenti che disciplinano il piano vaccinale italiano. Infine, sulla base delle evidenze emerse dalle due indagini iniziali, sono state realizzate delle interviste semi-strutturate a quattro *key informant*² regionali.

Coerentemente con la metodologia adottata, lo studio si articola in tre fasi. In primo luogo, sono stati analizzati i documenti relativi al piano vaccinale italiano al fine di comprendere per quali attività fosse stata prevista una centralizzazione a livello nazionale. In secondo luogo, è stata approfondita l'implementazione del piano in modo da verificare le attività effettivamente implementate dal livello centrale e indagare sull'efficacia dell'accentramento. In terzo luogo, sono state compiute alcune riflessioni teoriche sulle condizioni e sulla tipologia di attività che dovrebbero essere accentrate durante i periodi di emergenza.

8.3 Sistemi di governance multilivello in periodi di emergenza

Negli ultimi decenni sono stati sviluppati molteplici analisi sui sistemi di governance. I diversi studi si sono focalizzati su aspetti molto diversi, a causa della difficoltà di definire, valutare e operazionalizzare il concetto governance (Barbazza e Tello 2014). Tale ambiguità è dovuta anche al fatto che i sistemi di governance sono stati analizzati secondo differenti approcci e finalità, visto che il concetto è stato oggetto di indagini di accademici e *practitioners* e, con riferimento ai primi, da studiosi appartenenti a discipline diverse come il management, le scienze dell'amministrazione pubblica e le scienze politiche.

Secondo una definizione ampia, la governance può essere intesa come l'insieme dei principi, delle regole e delle procedure che riguardano la gestione e il governo di una società, di un'istituzione, di un fenomeno collettivo (Clarke and Newman, 1997). Questa definizione poggia sulla nozione di March e Olsen (1989) di regole intese come un insieme di “routines, procedure, convenzioni, ruoli, strategie, forme organizzative e tecnologie”, che possono essere formali o informali (Ostrom 2010).

Con riferimento ai sistemi sanitari, Brinkerhoff e Bossert (2008) hanno de-

² I quattro informant, in ordine alfabetico, sono stati: Massimo Annicchiarico (Regione Lazio), Lolita Gallo (Regione Molise), Carlo Rinaldo Tomassini (Regione Toscana) e Marco Trivelli (Regione Lombardia).

scritto la governance come “l’insieme delle regole che distribuiscono ruoli e responsabilità tra gli attori dei sistemi sanitari e modellano l’interazione tra loro”. In Italia, Del Vecchio (2017) ha definito governance come un insieme di elementi quali: i) la distribuzione delle responsabilità e delle autonomie tra il centro e la periferia (soprattutto Stato, regioni e aziende sanitarie); ii) le modalità e strutture di esercizio delle funzioni di governo ai diversi livelli; iii) le norme che regolano il funzionamento delle aziende.

Nel caso in cui, come nei sistemi sanitari, la distribuzione dei ruoli e delle responsabilità avvenga fra livelli territoriali differenti allora la *governance* può essere definita multilivello (Hooghe e Marks, 2003). In questi casi, un aspetto centrale per il funzionamento dei sistemi è l’efficacia nel coordinamento fra attori appartenenti a diversi livelli territoriali. La *governance* multilivello presenta alcuni svantaggi e vantaggi. Per quanto riguarda gli svantaggi, vi è il rischio che l’esistenza di una pluralità di attori comporti costi di coordinamento molto elevati e contribuisca a un *deficit* implementativo (Pressman e Wildavsky, 197/1984). In termini di benefici, la *governance* multilivello garantisce una maggiore flessibilità di scala e contribuisce a generare delle soluzioni che si adattano maggiormente alle caratteristiche specifiche dei diversi livelli territoriali. Infine, i sistemi multilivello permettono di enucleare in modo strutturato il portafoglio delle funzioni da esercitare e distribuire, permettendo una allocazione esplicita delle medesime, correlate al capitale istituzionale disponibile in ogni livello di governo, che potrebbe assumere anche configurazioni a geografia variabile tra i diversi territori (es. regioni in piano di rientro vs. quelle a prerogative di governo ordinarie).

Alcuni studi hanno provato a individuare i criteri o le condizioni per stabilire se centralizzare o decentralizzare una determinata attività. Azfar (2001) individuano due ragioni principali per decentralizzare i servizi pubblici: i) promuovere l’efficacia allocativa, visto che la decentralizzazione permette di adattare l’impiego delle risorse alle caratteristiche specifiche dei diversi contesti. Secondo questa prospettiva le risorse sarebbero allocate in modo più efficace perché i livelli periferici hanno informazioni migliori sulle preferenze delle popolazioni locali (Hayek 1945, Musgrave 1945); ii) incrementare il livello di accountability, ridurre il rischio di corruzione e, di conseguenza, incrementare l’efficacia e l’efficienza produttiva (Ostrom, Schroeder e Wynne, 1993). Un secondo studio di Porter e Olsen (1976) sostiene che la scelta di centralizzare o decentralizzare una determinata attività dovrebbe avvenire sulla base delle sue specifiche caratteristiche. In particolare, gli autori individuano due tipologie di fattori: gestionali ed economici. I fattori gestionali sono: i) il livello di *consensus* sugli obiettivi – nel caso in cui gli obiettivi siano chiari, misurabili e condivisi allora è possibile decentralizzare efficacemente l’attività; ii) la complessità dei processi produttivi – processi produttivi standardizzabili sono in generale eseguiti più efficacemente dal livello centrale; iii) il livello dei

costi di coordinamento – nel caso in cui l'attività richieda costi di transazione elevati allora è preferibile che venga centralizzata. I fattori economici sono: i) la presenza di economie / diseconomie di scala – elevate economie di scala suggeriscono la centralizzazione dell'attività; ii) la presenza di *spillovers*, che avviene quando la realizzazione di un'attività produce conseguenze su ambiti diversi. In caso di *spillover* elevati la scelta di centralizzare un'attività può attenuare i rischi di *free riding*.

Altri studi hanno provato ad analizzare il tema del decentramento nei periodi di emergenza (*Crisis governance*), investigando come dovrebbero cambiare i sistemi di *governance* durante gravi emergenze o crisi collettive, come nel caso della diffusione di pandemie. Secondo Aoki (1986), sistemi di *governance* centralizzati sono preferibili durante periodi emergenziali: in contesti in cui le condizioni dell'ambiente cambiano velocemente forme di *governance* meno decentrate facilitano il coordinamento fra attori differenti. L'autore ritiene che sistemi gerarchici possano favorire risposte efficaci alle pandemie perché garantiscono una maggiore velocità nei processi decisionali e una comunicazione uniforme.

Questo filone della letteratura ha avuto un rinnovato interesse dopo la diffusione della pandemia Covid-19. La diffusione della pandemia ha indotto molti paesi ad accentrare alcune funzioni. Secondo Greer e Jarman (2020) la centralizzazione dei sistemi di *governance* ha riguardato sia il ruolo del governo nazionale rispetto al settore sanitario (in Italia il ruolo della Presidenza del Consiglio dei Ministri rispetto al Ministero della Salute) sia, all'interno del settore sanitario, il ruolo delle autorità nazionali (Ministeri o Agenzie della Salute) rispetto a livelli territoriali subnazionali (regioni e aziende).

Negli ultimi due anni sono stati scritti diversi articoli che hanno analizzato la relazione fra i sistemi di *governance* multilivello e la pandemia. In particolare, tali studi hanno classificato i sistemi di *governance* dei sistemi sanitari di diversi paesi come “centralizzati” o “decentralizzati” e successivamente analizzato empiricamente l'esistenza di differenze statisticamente significative negli outcome di salute fra le due tipologie di sistemi di *governance* (Bailey *et al.*, 2020). Secondo Sharma e Borah (2021), sistemi di *governance* centralizzati hanno favorito strategie di risposta “reattive” (misure di distanziamento sociale, limitazioni agli spostamenti) al Covid-19 ma non sono stati altrettanto efficaci nel garantire risposte proattive. Secondo Angelici e Berta (2021), i sistemi di *governance* decentralizzati sono stati maggiormente efficaci perché hanno permesso di sviluppare politiche sanitarie – in particolare misure di distanziamento sociale – specifiche dei diversi contesti locali.

Al contrario, recentemente non sono stati realizzati studi che abbiano approfondito i criteri o le condizioni che sono state impiegate per stabilire se centralizzare o decentralizzare una determinata attività (o funzione) durante i periodi emergenziali.

8.4 Institutional background: il piano vaccinale nazionale

Per ricostruire il piano nazionale vaccinale e individuare l’allocazione di responsabilità tra centro e periferia (regioni e aziende sanitarie) si è fatto principalmente riferimento ai due documenti seguenti, prodotti dalle diverse istituzioni del livello centrale:

- ▶ il Piano strategico “Elementi di preparazione della strategia vaccinale” presentato dal Ministro della Salute al Parlamento il 2 dicembre 2020 (Decreto 2 gennaio 2021). In riferimento al Piano sono state prese in considerazione anche le raccomandazioni ad interim, prodotte sempre dal Ministero, con alcuni aggiornamenti relativi a specifici ambiti.
- ▶ il Piano vaccinale del Commissario straordinario per l’esecuzione della campagna vaccinale nazionale.

Il Piano strategico è stato elaborato dal Ministero della Salute con il supporto del Commissario Straordinario per l’Emergenza, l’Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa, e ha una duplice finalità: a) da una parte funge da strumento regolatorio, definendo procedure, standard e priorità comuni su tutto il territorio, tra cui strumenti di monitoraggio e attività di supporto in modo da garantire un’uniformità erogativa; b) dall’altra identifica alcune macro-aree di attività imprescindibili per un’efficace e tempestiva esecuzione della campagna. Il piano vaccinale del Commissario è stato elaborato in armonia con il Piano strategico del Ministero della Salute e fissa le linee operative per completare la campagna vaccinale intervenendo su tutti gli aspetti relativi alla logistica e alla catena di approvvigionamento, stoccaggio e trasporto dei vaccini.

Per quanto riguarda la programmazione, il Piano strategico identifica gli obiettivi della vaccinazione, definisce i gruppi prioritari, stima le dimensioni dei gruppi target e le dosi di vaccino necessarie. Se nelle fasi iniziali sono state identificate come categorie prioritarie operatori sanitari e sociosanitari, residenti e personale di RSA e persone di età avanzata, nelle fasi successive questo sono poi aggiornate grazie alle raccomandazioni ad interim.

Inoltre, sempre a livello nazionale, sono definite le procedure, gli standard operativi e il lay-out degli spazi per l’accettazione, la somministrazione e la sorveglianza degli eventuali effetti avversi a breve termine. A livello regionale e a livello locale si prevede l’identificazione di referenti che rispondano direttamente alla struttura di coordinamento nazionale e si interfaccino con gli attori del territorio, quali i Dipartimenti di Prevenzione, per garantire l’implementazione dei piani regionali di vaccinazione e il loro raccordo con il Piano Nazionale di Vaccinazione.

Il Piano strategico ha inoltre disposto la realizzazione di un sistema informativo interfacciabile con i diversi sistemi regionali e nazionali, per poter

ottimizzare tutti i processi organizzativi e gestionali a partire dalle forniture, fino alla programmazione e gestione delle sedute vaccinali. Si rende quindi necessario implementare le risorse informative di cui dispone il sistema sanitario nazionale, anche attraverso la predisposizione di nuove piattaforme progettate ad hoc. In particolare, il Piano Strategico identifica la necessità di integrare le modalità di gestione della relazione con i cittadini, nonché il supporto alla catena logistica nella distribuzione dall'hub nazionale fino ai punti di somministrazione, con la tracciabilità e gestione in tempo reale dei vaccini e dei device correlati durante le singole fasi del processo e, infine, di implementare una piattaforma di reporting capace di tracciare e rendicontare tutte le attività realizzate.

Il Commissario Straordinario si occupa della programmazione dei fabbisogni e conseguentemente della distribuzione delle dosi, sulla base del monitoraggio degli avanzamenti regionali in sede di campagna vaccinale. Proprio il sistema di monitoraggio rende possibile alla Struttura Commissariale di presidiare l'intero flusso della filiera, intervenendo proattivamente in modo mirato, selettivo e puntiforme dove necessario, sulla base degli scostamenti alla pianificazione. A tal fine si prevede anche la costituzione di una riserva vaccinale, accantonando circa l'1,5% delle dosi, da reindirizzare prontamente in caso di emergenza nelle aree che manifestano criticità. Infine si prevede l'utilizzo di rinforzi del sistema di Protezione Civile e della Difesa, o di altre organizzazioni, intervenendo con tempestività, flessibilità e aderenza nelle aree maggiormente in difficoltà. Nel Piano del Commissario Straordinario la filiera vaccinale si sviluppa attraverso: i) il costante contatto della Struttura Commissariale con tutti gli attori per finalizzare l'approvvigionamento in tempi rapidi; ii) la ricezione delle dosi vaccinali e lo stoccaggio presso l'hub nazionale di Pratica di Mare (RM), ad eccezione di Pfizer Biontech che consegna direttamente ai punti di destinazione; iii) lo smistamento e distribuzione sull'intero territorio, in aderenza al piano di ripartizione definito in Conferenza Stato-Regioni.

Per quanto riguarda l'approvvigionamento delle dosi di vaccino, il Piano Strategico esplicita che la Commissione UE e gli Stati Membri hanno sottoscritto un accordo in base al quale i negoziati con le aziende produttrici sono stati affidati in esclusiva alla stessa. Queste dosi saranno distribuite agli Stati membri in proporzione alla numerosità delle rispettive popolazioni. In questo ambito non sono previste linee di approvvigionamento parallele. Inoltre, il Piano identifica come di competenza del Commissario Straordinario, tutti gli aspetti relativi alla catena di approvvigionamento dei vaccini. In particolare, il confezionamento dei vaccini in multi-dose richiede l'acquisizione di un adeguato numero di siringhe, aghi e diluente (nei casi in cui non siano forniti direttamente dall'azienda produttrice del vaccino), eseguita sia tramite *joint procurement* europeo, sia attraverso la pubblicazione di una richiesta di

offerta aperta emessa dagli uffici del Commissario per l'emergenza Covid-19. A ciò si aggiunge la necessità di fornire il materiale ritenuto essenziale per lo svolgimento delle sedute vaccinali (DPI per il personale delle unità mobili, disinfettante, cerotti etc.), cui, sempre secondo il Piano Strategico, provvederà il Commissario Straordinario.

In ambito di reclutamento e amministrazione del personale, il Piano definisce che il personale delle unità vaccinali debba essere costituito da un numero flessibile di medici, infermieri, assistenti sanitari, OSS e personale amministrativo di supporto. In particolare, il Piano stima un fabbisogno massimo di circa ventimila persone. A tal riguardo, si è previsto di agire da

Tabella 8.1 **Attività svolte dal livello centrale nell'ambito della campagna vaccinale**

| Attività | Descrizione dell'attività |
|--|---|
| Approvvigionamento vaccini | Le negoziazioni dell'acquisto dei vaccini con le aziende farmaceutiche è stata affidata dagli Stati Membri alla Commissione EU in esclusiva |
| Approvvigionamento DPI (mascherine e gel) | La fornitura dei DPI è responsabilità del Commissario Straordinario |
| Approvvigionamento materiali per vaccinazione (siringhe, aghi etc..) | Joint procurement europeo e richiesta di offerta pubblica Struttura Commissariale |
| Nuove assunzioni di personale | Assunzioni a tempo determinato di personale (medici, infermieri, assistenti sanitari, OSS e personale amministrativo) |
| Accordi con categorie professionali | Ampliamento platea dei vaccinatori attraverso accordi tra Governo, Regioni e Associazioni di categoria per impiegare i medici di medicina generale (fino a 44 mila), odontoiatri (fino a 60 mila), medici specializzandi (fino a 23 mila) |
| Definizione target prioritari | Identificazione dei gruppi prioritari per i primi mesi della campagna (operatori sanitari e sociosanitari, residenti e personale di RSA e anziani). Successivamente i gruppi sono aggiornati grazie a raccomandazioni ad interim. |
| Definizione standard operativi | Definizione di procedure, standard operativi e il lay-out degli spazi per l'accettazione, somministrazione e sorveglianza degli eventuali effetti a breve termine (es. raccomandazioni ad interim layout) |
| Target somministrazioni | Proiezioni su % copertura popolazione in base ai volumi di potenziali dosi disponibili |
| Programmazione fabbisogni/distribuzione dosi | Pianificazione del Commissario secondo il Monitoraggio e costituzione di una riserva vaccinale, accantonando circa l'1,5% delle dosi, da reindirizzare prontamente in caso di emergenza nelle aree che manifestano criticità |
| Individuazione dei punti di stoccaggio | Individuazione dell'HUB nazionale e definizione di standard minimi (es. catena del freddo) per gli spoke regionali |
| Distribuzione modello hub & spoke | Ricezione delle dosi vaccinali e lo stoccaggio presso l'HUB nazionale di Pratica di Mare (RM), ad eccezione di Pfizer Biontech che consegna direttamente ai punti di destinazione, e distribuzione agli spoke regionali |
| Monitoraggio su avanzamenti implementativi regionali | Realizzazione di un sistema informativo ad hoc efficiente ed interfacciabile che consenta tracciabilità e gestione in tempo reale della merce durante le singole fasi e di rendicontare tutte le attività di somministrazione |
| Supporto nei processi erogativi | Utilizzo di rinforzi del sistema di Protezione Civile e della Difesa, o di altre organizzazioni, per le vaccinazioni al domicilio nelle aree maggiormente in difficoltà, secondo il monitoraggio |

un lato ricorrendo ad un cospicuo e temporaneo ricorso alle professionalità esistenti nel Paese, anche attraverso la pubblicazione di un invito a manifestare la disponibilità a contribuire alla campagna di vaccinazione, con l'attivazione di conseguenti modalità contrattuali definite ad hoc, nonché alla stipula di accordi con il Ministero dell'Università e della Ricerca nell'ambito dei percorsi formativi delle scuole di specializzazione medica. Inoltre, con l'aumentare della disponibilità dei vaccini, a livello territoriale potranno essere realizzate campagne su larga scala per la popolazione e, in fase avanzata, accanto all'utilizzo delle unità mobili, il modello organizzativo vedrà via via una maggiore articolazione sul territorio, seguendo sempre più la normale filiera tradizionale, incluso il coinvolgimento degli ambulatori vaccinali territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, della sanità militare, e dei medici competenti delle aziende.

Nella Tabella 8.1, si propone una panoramica di sintesi delle diverse tipologie di attività svolte dal livello centrale, in modo talvolta esclusivo e talvolta in compartecipazione con gli altri livelli di governo.

8.5 L'implementazione del piano vaccinale

In primo luogo è possibile analizzare la campagna vaccinale anti Covid-19 come una politica pubblica di carattere nazionale. Negli ultimi due decenni, in seguito alla progressiva regionalizzazione del SSN, le politiche pubbliche nazionali che ha prodotto un impatto significativo sono stati i cosiddetti "Piani di Rientro Regionali" e il DM 70/2015. Gli altri tentativi realizzati, come ad esempio il piano nazionale delle cronicità, i piani di rientro aziendali o il piano nazionale delle liste d'attesa, hanno prodotto risultati inferiori alle attese o sono stati interrotti al termine delle prime fasi attuative.

La campagna vaccinale anti Covid-19 si configura come una politica pubblica nazionale complessa, in cui il centro ha individuato degli obiettivi e dei target prioritari comuni per le vaccinazioni, sviluppato degli standard operativi, introdotto e raccolto un insieme di metriche, realizzato un sistema di monitoraggio costante e introdotto dei meccanismi di affiancamento e supporto per le regioni che presentavano risultati inferiori alle attese.

Per quanto riguarda la definizione dei gruppi target prioritari per la vaccinazione, in una prima fase questi sono stati identificati nel Piano Strategico vaccinale del Ministero della Salute pubblicato a metà dicembre 2020 e successivamente sono stati rivisti e aggiornati attraverso l'emanazione di raccomandazioni ad interim emanate a marzo 2021. Rispetto a tali indicazioni del livello centrale, i key informants hanno evidenziato ampi margini di interpretazione rispetto ad alcune categorie che, combinati con una forte influenza da parte della politica regionale, si sono tradotti in traiettorie di prioritizzazione

variegate. Sebbene questa elevata differenziazione possa essere stata percepita negativamente dall'opinione pubblica, è parere unanime dei nostri intervistati che la priorità in quel momento non ricadesse tanto sullo stabilire "chi" vaccinare ma nel procedere a tappeto con la vaccinazione, raggiungendo talvolta prioritariamente i target più pronti e reattivi all'invito a vaccinarsi o al centro di agende locali. Le interpretazioni locali hanno riguardato anche la scelta del tipo di vaccino da privilegiare per i diversi target, anche per smaltire i vaccini più disponibili (es. Astra Zeneca), ma con target definiti dal centro progressivamente minoritari. In generale le indicazioni sui target per la vaccinazione sono state reputate utili dai nostri interlocutori regionali perché, seppur non strettamente vincolanti, hanno fornito linee guida all'interno delle quali muoversi in sicurezza. Sempre attraverso lo strumento delle raccomandazioni, il Ministero ha provveduto a definire anche standard e procedure per l'erogazione delle vaccinazioni. Queste indicazioni sono state valutate positivamente per aver definito un perimetro comune a tutte le regioni, in cui declinare operativamente le diverse fattispecie locali. In questo modo è stato possibile garantire un servizio il più omogeneo e uniforme possibile nell'ambito del SSN.

La funzione di monitoraggio svolta dal centro durante il periodo emergenziale ha sottoposto le regioni a un processo di monitoraggio e verifica più stringente del solito e soprattutto continuo, sottoponendole a ripetute sollecitazioni in direzione della massima efficienza vaccinale possibile.

Altra attività strettamente connessa al monitoraggio è quella del supporto e affiancamento. Il piano vaccinale anti Covid-19 del Commissario Straordinario aveva infatti previsto la possibilità di attivare unità di rinforzo del sistema di Protezione Civile e della Difesa, o di altre organizzazioni, intervenendo con tempestività, flessibilità e aderenza nelle aree rilevate come maggiormente in difficoltà. Tra i nostri interlocutori, soltanto una regione ha usufruito degli aiuti messi a disposizione dal livello centrale: alcune squadre dell'esercito sono intervenute direttamente nelle vaccinazioni al domicilio per i soggetti fragili individuati dalle strutture sanitarie locali. Nel suddetto caso, l'apporto del livello centrale è stato valutato come un supporto molto rilevante ai fini della vaccinazione.

8.5.1 Gestione nazionale della supply chain

In secondo luogo, durante la campagna vaccinale, il livello centrale ha gestito direttamente le diverse fasi della *supply chain*. Infatti, la Struttura Commissariale, in collaborazione con le altre istituzioni centrali, si è occupata dell'approvvigionamento dei vaccini, della programmazione dei fabbisogni, dell'identificazione dei criteri per l'individuazione dei punti di stoccaggio e della distribuzione dei vaccini e degli altri beni necessari per la somministrazione delle dosi.

Le politiche di approvvigionamento hanno riguardato gli input produttivi, ovvero: i) dosi di vaccino; ii) materiali primari per la vaccinazione (siringhe, aghi); iii) dispositivi di protezione individuale (mascherine, tute, guanti etc.) ed altri materiali secondari (cerotti, disinfettante). L'approvvigionamento delle dosi di vaccino è stato realizzato a livello comunitario, visto che la negoziazione con le aziende farmaceutiche è stata affidata in esclusiva alla Commissione EU, escludendo di fatto le diverse centrali di acquisto presenti sia a livello nazionale che regionale. Si sono verificati alcuni tentativi sporadici da parte di alcune regioni di ottenere una linea di approvvigionamento parallela al fine di poter accelerare il ritmo delle vaccinazioni. Tuttavia questi tentativi si sono rivelati inefficaci in quanto, anche per questa modalità di approvvigionamento, è previsto un iter di approvazione nazionale che non ha reso possibile velocizzare il processo di acquisto. Per quanto concerne l'approvvigionamento dei materiali prettamente necessari alla vaccinazione, ovvero aghi e siringhe, questo processo è stato centralizzato, in parte grazie a un Joint procurement europeo e in parte a livello nazionale affidando l'acquisto alla Struttura Commissariale. Infine, la responsabilità relativa alla fornitura dei DPI è stata individuata in capo al Commissario Straordinario che ha provveduto all'acquisto e distribuzione attraverso l'ausilio della Protezione civile. L'azione di approvvigionamento centrale è stata reputata rilevante dalle regioni soprattutto nelle prime fasi della pandemia. Successivamente l'approvvigionamento dei DPI è avvenuto su più linee parallele con il contributo delle centrali di acquisto regionali, essendo un bene di prima necessità non solo in ambito vaccinale. Anche per i materiali secondari ma necessari alla vaccinazione, come disinfettante e cerotti, sono stati contemplati molteplici canali di approvvigionamento, in cui l'azione del centro è stata percepita come supportiva ma non esclusiva.

Le attività di programmazione dei fabbisogni vaccinali regionali sono state svolte a livello centrale. Nello specifico, il livello centrale ha pianificato i fabbisogni e la distribuzione dei vaccini basandosi sia su interrogazioni dirette alle regioni finalizzate alla stima dei fabbisogni locali, sia sul monitoraggio dell'andamento della campagna vaccinale. Il monitoraggio ha quindi consentito di ottimizzare il flusso della filiera, rendendo possibile l'intervento mirato del livello centrale dove necessario, sulla base degli scostamenti alla pianificazione. L'accentramento della programmazione ha permesso di mantenere al minimo le riserve vaccinali regionali a favore di una riserva centrale, da reindirizzare prontamente in caso di emergenza nelle aree più critiche.

Il tipo e il perimetro di intervento del livello nazionale per l'individuazione dei punti di stoccaggio regionali dei vaccini (hub) è stato percepito come efficace per due principali ragioni. In primo luogo, ha contribuito a garantire il rispetto delle tempistiche previste per l'individuazione degli hub regionali in tutti i contesti. In secondo luogo, il centro ha definito standard minimi, senza fissare criteri rigidi sulla numerosità (bacini d'utenza) e localizzazione degli

hub, e le regioni hanno avuto la possibilità di determinare in modo autonomo i punti di stoccaggio sulla base delle differenti caratteristiche dei contesti locali.

La struttura commissariale ha garantito la distribuzione dei vaccini alle diverse regioni italiane. In particolare, la struttura commissariale si è occupata direttamente della distribuzione agli hub regionali delle dosi dei vaccini consegnate presso l'Aeroporto di Pratica di Mare, hub nazionale della Difesa, e ha negoziato con le aziende produttrici le condizioni di fornitura degli acquisti consegnati presso gli hub regionali. La struttura commissariale, composta da personale che aveva maturato esperienze specifiche nel campo della logistica militare, ha garantito velocità e il rispetto dei tempi di consegna. I rari casi di ritardi nelle forniture sono avvenuti a causa del mancato rispetto dei tempi di consegna delle aziende produttrici.

8.5.2 Rafforzamento del ruolo centrale nel reclutamento e contrattualizzazione amministrazione del personale

In terzo luogo, il livello nazionale ha centralizzato diverse attività tipiche del reclutamento e contrattualizzazione del personale. La Struttura Commissariale, in collaborazione con le altre istituzioni centrali, ha assunto la responsabilità di ampliare la platea di vaccinatori, ossia di definire e individuare i professionisti che avrebbero dovuto somministrare le dosi di vaccino. In particolare, il centro aveva previsto tre distinte attività: i) reclutamento di personale a tempo determinato; ii) sviluppo di accordi con medici di medicina generale (MMG), odontoiatri, farmacisti, medici specializzandi; iii) definizione dei criteri per la remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario dipendente del SSN.

Nella fase iniziale della campagna vaccinale il livello nazionale aveva individuato l'assunzione di personale a tempo determinato come la strategia prevalente per ampliare la platea di vaccinatori. A dicembre 2020, la struttura commissariale ha avviato un concorso per il reclutamento e l'assunzione di 15.000 operatori sanitari (3.000 medici e 12.000 infermieri) a tempo determinato. Il concorso presentava due criticità, che sono state inizialmente trascurate. In primo luogo, a causa della carenza di infermieri nel SSN i professionisti sanitari erano in larga parte già occupati, anche a causa dell'incremento delle attività generato dalla pandemia Covid-19 e delle 6000 assunzioni già effettuate dal SSN nel 2020. In secondo luogo, il concorso riservato a infermieri in libera professione e in pensione, prevedeva un rapporto di subordinazione e fissava delle retribuzioni mensili inferiori rispetto a quelle offerte dagli operatori privati. Di conseguenza, il concorso non si è rilevato attrattivo. Nelle prime settimane dall'avvio delle procedure di reclutamento, le domande degli infermieri sono state largamente inferiori alle attese. Successivamente, anche sulla base delle criticità sollevate dalle regioni e dalle associazioni di categoria (Fnopi), il concorso è stato bloccato.

In secondo luogo, il livello centrale ha negoziato accordi con medici di medicina generale (MMG), odontoiatri, farmacisti, medici specializzandi. Secondo le percezioni dei rappresentanti delle regioni intervistate, gli accordi hanno comportato il beneficio di definire un quadro normativo chiaro, eliminando il livello di incertezza e il rischio di ricorsi, e le conseguenze negative in termini di rallentamento dei tempi che ne sarebbero seguite. A titolo esemplificativo, nel caso degli accordi con gli specializzandi, il livello nazionale ha introdotto una deroga all'incompatibilità delle somministrazioni dei vaccini prevista nei contratti di formazione specialistica, recependo le esigenze rappresentate dalle regioni.

Per quanto riguarda la qualità degli accordi, in termini di velocità e costi per i sistemi sanitari regionali, i contratti stipulati con le diverse categorie professionali hanno avuto effetti diversi nei diversi contesti regionali. Alcune regioni avevano sviluppato negoziati maggiormente vantaggiosi rispetto agli accordi definiti dal livello nazionale. In questi casi, l'intervento del centro è stato controproducente. Altre regioni, invece, non erano riuscite a sviluppare negoziati concreti, e quindi hanno beneficiato fortemente degli accordi sviluppati dal centro. Non tutte le categorie contrattualizzate sono poi state usate e valorizzate dalle singole regioni, anche in funzione della geografia dei poli vaccinali più capillari o più basati su hub di massa.

Infine, il livello nazionale ha provato ad ampliare la platea di vaccinatori attraverso la definizione dei criteri per la remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario del SSN. I criteri hanno creato, in alcuni contesti, un sistema di incentivi distorto. Infatti, sono stati fissati dei livelli nazionali per la remunerazione del lavoro straordinario di medici e infermieri per le somministrazioni dei vaccini, rispettivamente pari a 80 e 50 euro/ora. Si tratta di valori significativamente superiori rispetto a quelli che sono tradizionalmente corrisposti per le altre prestazioni sanitarie alle stesse categorie. Di conseguenza, il personale medico ed infermieristico è stato disincentivato a realizzare lavoro straordinario per prestazioni sanitarie diverse da quelle incluse nella campagna vaccinale, come il recupero dell'enorme quantità di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri di elezione. In questi contesti, i criteri per la remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario hanno rappresentato un fattore ostacolante per il recupero delle liste d'attesa che è una priorità paragonabile a quella dei vaccini per la tutela della salute della popolazione, dopo oltre un anno di significativo ritardo delle attività ordinarie.

8.6 Discussione dei casi studio

Nell'ambito del piano vaccinale anti Covid-19, numerose attività che in tempi di gestione ordinaria sarebbero state di competenza del livello regionale, sono state svolte in toto, o almeno in parte, dal livello centrale. La campagna vac-

cinale rappresenta un caso rilevante per analizzare se e in quali condizioni il livello nazionale può accrescere con successo le proprie prerogative di governo sul SSN.

8.6.1 Politica pubblica nazionale

La campagna vaccinale anti Covid-19, intesa come politica pubblica, può essere considerata come un caso di successo. Le regioni hanno trovato utile l'individuazione di target prioritari e standard operativi, considerato che l'esistenza di linee guida comuni ha diminuito il livello di incertezza nel sistema. In questo contesto, le regioni hanno potuto delegare le attività di pianificazione strategica al livello nazionale – quali target vaccinare in via prioritaria, quali standard per il processo di vaccinazione – e concentrarsi sugli aspetti operativi connessi alla organizzazione e gestione delle somministrazioni.

Inoltre, l'adozione di una strategia nazionale ha garantito una maggiore omogeneità di procedure e risultati e di fatto ha innescato una politica di comunicazione nazionale comune. Si è trattato di un elemento molto importante perché, nel caso in cui i diversi contesti regionali avessero preso decisioni differenti, il livello di incertezza e iniquità nel sistema sarebbe ulteriormente aumentato. Si pensi, ad esempio, al caso ipotetico in cui una regione italiana di grandi dimensioni avesse adottato l'approccio scelto dalla Gran Bretagna di somministrare una sola dose di vaccino. Presumibilmente un caso di questo tipo, seppur isolato, avrebbe sollevato grande incertezza nell'opinione pubblica e ridotto il livello di *compliance* dei cittadini.

Il successo della campagna vaccinale anti Covid-19 ha fatto emergere alcuni spunti di riflessione in merito a quali condizioni possano agevolare il successo di politiche pubbliche nazionali in un contesto istituzionalmente decentrato. Nello specifico, possiamo individuare almeno due diverse caratteristiche della campagna vaccinale che hanno contribuito a determinare l'efficacia dell'intervento centrale. In primo luogo, l'esistenza di un obiettivo ben definito e un sistema di metriche efficace. I sistemi sanitari regionali dovevano mirare a raggiungere un obiettivo unico e mono-dimensionale, ossia una copertura vaccinale ampia e rapida in coerenza alle dosi ricevute. Inoltre, la somministrazione dei vaccini rappresenta un obiettivo che è possibile misurare in tempi reali e monitorare in modo tempestivo. Si tratta di condizioni molto diverse da quelle che si verificano in altre politiche sanitarie nazionali. Ad esempio, nei Piani di Rientro, i sistemi sanitari regionali devono perseguire contemporaneamente due obiettivi in parte in conflitto tra di loro, ossia il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e il rispetto dei LEA, che misurano impatti di politiche regionali complesse e di medio-lungo periodo. In secondo luogo, la campagna vaccinale ha rappresentato una risposta a un evento ad alto rischio e di grande centralità nel dibattito pubblico. In un contesto di forte emergen-

za, l'intervento nazionale è stato percepito dalle regioni come un supporto in termini di condivisione di responsabilità, piuttosto che come una pretesa di acquisizione di sovranità. L'insieme delle due condizioni ha comportato una riduzione dei costi di coordinamento e un allineamento degli incentivi fra il centro e la periferia del sistema, contribuendo a determinare l'efficacia della politica nazionale.

8.6.2 Gestione nazionale della supply chain

La gestione della *supply chain* da parte del livello nazionale è stata considerata particolarmente efficace, soprattutto in merito ai vaccini in senso stretto. Si è trattato di un'esperienza particolarmente significativa visto che, negli ultimi due decenni, le regioni hanno generalmente gestito le diverse fasi della supply chain in modo autonomo. Negli ultimi anni, in contrapposizione con una forte dinamica di decentramento regionale del nostro SSN, era emersa la necessità di centralizzare a livello nazionale determinati ambiti e sulla scia degli obiettivi di razionalizzazione della spesa, abbiamo assistito, ad esempio, alla costituzione di un soggetto unico di committenza a livello nazionale (Consip – Cusumano, 2017). In questo senso, la campagna vaccinale può essere concepita come una sperimentazione della gestione nazionale della supply chain per alcuni servizi sanitari fortemente standardizzabili. Le regioni hanno valutato positivamente il lavoro svolto dalla Struttura Commissariale, in collaborazione con le altre istituzioni centrali, nelle fasi di acquisto dei vaccini, programmazione dei fabbisogni, individuazione dei punti di stoccaggio e distribuzione delle dosi. Le regioni hanno potuto delegare la gestione della catena della fornitura al livello nazionale e concentrare i propri sforzi su altri aspetti operativi connessi alla erogazione delle vaccinazioni.

Nella attività che richiedono un'interazione fra centro e periferia il livello nazionale ha promosso un approccio di *governance* particolarmente efficace, evitando di adottare un approccio esclusivamente *top-down* nella attività in cui sarebbe stato presumibilmente inefficace. Ad esempio, per quanto riguarda la determinazione dei criteri per l'individuazione dei punti di stoccaggio, il centro ha definito degli standard minimi, senza fissare criteri rigidi sulla numerosità (bacini d'utenza) e localizzazione degli hub, e le regioni hanno avuto la possibilità di determinare in modo autonomo i punti di stoccaggio sulla base delle differenti caratteristiche dei contesti locali e dei loro modelli sanitari.

La gestione efficace dell'intera *supply chain* durante la campagna vaccinale suggerisce che potrebbe essere auspicabile avere una gestione nazionale della catena della fornitura di alcuni beni o servizi sanitari altamente standardizzati e dal consumo omogeneo. Nello specifico, l'esperienza dalla campagna vaccinale anti Covid-19 individua due caratteristiche della *supply chain* che hanno contribuito in particolar modo a garantire l'efficacia dell'intervento centrale.

In primo luogo, la scelta di gestire direttamente l'intera *supply chain*, piuttosto che alcune singole fasi della catena della fornitura, si è rilevata vincente. La scelta di centralizzare la distribuzione dei vaccini agli hub regionali e la definizione di standard e tempistiche per l'individuazione dei punti di stoccaggio appare coerente sotto il profilo gestionale, visto che si tratta di attività fortemente condizionate dalla politica di approvvigionamenti. Ad esempio, gli standard e le tempistiche per l'individuazione dei punti di stoccaggio devono essere definiti sulla base delle caratteristiche dei vaccini e delle condizioni di fornitura e i tempi di consegna negoziati con le aziende produttrici. Visto che la gestione degli approvvigionamenti è stata affidata al livello nazionale (e comunitario), allora sotto il profilo teorico appare opportuno aver centralizzato anche la gestione logistica. In sintesi, avere una regia unica sia per le attività di approvvigionamento dei vaccini che per la distribuzione degli stessi ha garantito continuità nella filiera produttiva ed eliminato i potenziali costi di coordinamento per attività che di fatto sono fortemente interdipendenti.

In secondo luogo, le caratteristiche del bene, ossia del vaccino anti Covid-19, appaiono ideali per promuovere un processo di centralizzazione della *supply chain*. Le dosi di vaccino e gli altri materiali propedeutici alla vaccinazione, come siringhe, aghi, DPI, disinfettante etc., sono infatti prodotti altamente standardizzabili. Prendendo il caso delle siringhe appare evidente che non è necessario valorizzare le competenze locali per soddisfare i bisogni dei singoli territori. Pertanto accentrare l'approvvigionamento di questa tipologia di beni può solo favorire un maggiore potere negoziale e una diminuzione di costi, generando importanti economie di scala o di potere di acquisto come nella situazione Covid in cui era difficile procurarsi vaccini approvati sul mercato globale. Oltre a generare economie di scale e di potere di mercato in ambito di approvvigionamento, trattare beni standardizzati comporta dei vantaggi anche in termini di logistica e programmazione, potendo identificare condizioni di stoccaggio uniche per tutto il territorio nazionale.

8.6.3 Rafforzamento del ruolo centrale nel reclutamento e contrattualizzazione del personale

L'intervento del livello nazionale nelle attività tipiche dell'amministrazione e gestione del personale rappresenta un ambito di studio particolarmente interessante, visto che, nel SSN, il reclutamento del personale e le politiche di contrattualizzazione sono generalmente affidate alle Aziende Sanitarie Pubbliche e alle regioni. In tempi non emergenziali, il ruolo del livello nazionale nell'amministrazione del personale è di fatto focalizzata esclusivamente sul personale dipendente, per il quale si negoziano i contratti di lavoro e si definiscono norme e vincoli (ad esempio i tetti di spesa). Il personale libero professionale,

occasionale o a tempo determinato è largamente nelle autonomie dei sistemi regionali e aziendali locali.

L'intervento centrale ha prodotto effetti misti. Nei casi in cui il livello nazionale ha esercitato una funzione negoziale sindacale, gli interventi del centro sono stati percepiti come efficaci visto che hanno comportato il beneficio di definire un quadro contrattuale e regolatorio chiaro, eliminando un certo margine di incertezza, il rischio di ricorsi e gli allungamenti in termini di tempo che ne sarebbero potuti derivare.

Al contrario, l'azione del livello nazionale è stata meno efficace quando sono state centralizzate alcune attività operative. Il concorso per l'assunzione di operatori sanitari a tempo determinato ha ricevuto un numero di domande inferiori alle attese ed è stato successivamente bloccato. Le ragioni di tale insuccesso possono essere ricercate nell'incapacità da parte del livello centrale di comprendere le specificità e le interdipendenze dei diversi servizi sanitari regionali. La Struttura Commissariale intendeva ampliare la platea di professionisti sanitari che si sarebbero dovuti occupare delle somministrazioni dei vaccini attraverso l'assunzione di infermieri in libera professione e in pensione. Tuttavia, si è trattato di un errore di valutazione, visto che, a causa dell'incremento delle assunzioni nel SSN generato dal Covid-19, gli infermieri in libera professione erano in larga parte occupati e beneficiavano di retribuzioni migliori rispetto alle condizioni contrattuali offerte dal bando.

Un ulteriore caso che mostra le difficoltà da parte del livello nazionale di valutare le dinamiche di mercato del settore in cui si colloca il SSN è quello della definizione di criteri per la remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario: i criteri individuati hanno creato, in alcuni contesti, un sistema di incentivi distorto. Infatti, sono stati fissati dei livelli nazionali per la remunerazione del lavoro straordinario di medici e infermieri per le somministrazioni dei vaccini, rispettivamente pari a 80 e 50 euro/ora. Si tratta di valori significativamente superiori rispetto a quelli che sono tradizionalmente corrisposti per le altre prestazioni sanitarie. Di conseguenza, il personale medico ed infermieristico è stato disincentivato a lavorare in straordinario per prestazioni sanitarie diverse da quelle incluse nella campagna vaccinale. In questi contesti, i criteri identificati dal livello centrale hanno rappresentato un fattore ostacolante per il recupero delle liste d'attesa.

8.7 Conclusioni

L'esperienza vaccinale ha confermato l'ineludibilità di una governance multi-livello in sistemi pubblici complessi come il SSN, in cui serve contemporaneamente l'intervento dello Stato, delle regioni e delle aziende locali. La questione non è quindi a quale livello istituzionale conferire tutte le prerogative di

governo, ma, al contrario, come distribuire, nel modo più efficace e coerente possibile poteri e responsabilità, e di conseguenza ruoli e funzioni, tra tutti i livelli istituzionali coinvolti. Nell'esperienza vaccinale è emerso che lo Stato è un buyer efficace di prodotti altamente standardizzati che scarseggiano sul mercato globale. Viceversa, è emerso che lo Stato non conosce con sufficiente precisione le dinamiche del mercato del lavoro nel settore sanitario, né per quanto riguarda i bacini di professionisti arruolabili, né per quanto riguarda i valori salariali medi. Le regioni, invece, hanno palesato competenze ed efficacie opposte. Il tema della competenza e della capacità istituzionali disponibili va tenuto in considerazione nell'allocazione delle funzioni lungo la catena istituzionale, oltre a comprensibili e necessarie riflessioni sulle architetture politico-istituzionali complessive.

Il caso dei vaccini ha anche dimostrato che se lo Stato definisce delle priorità e delle politiche nazionali, queste aiutano il livello regionale a gestire i conflitti con i propri attori e accelerano i processi esecutivi, ma solo se viene lasciata sufficiente flessibilità attuativa. Ad esempio, lo Stato ha definito i target prioritari e le tipologie di vaccini da usare per ogni target: le regioni hanno interpretato questi indirizzi di massima calandoli nei propri contesti attuativi e politico-culturali, con la finalità comune di massimizzare il numero dei vaccinati. Le regole centrali aiutano se viene lasciato sufficiente margine di interpretazione e flessibilità locale, ponendo come perimetro la missione ultima della politica pubblica, in base alla quale tale spazio di flessibilità è stato concesso.

Lo Stato ha preso numerose decisioni ma sempre rimanendo in forte contatto con le regioni. Decidere in modo uniforme per il Paese si è rivelato più efficace nel caso in cui la decisione è stata concertata lungo la filiera istituzionale, ovvero se i soggetti attuatori sono stati coinvolti nel processo informativo, decisionale e di monitoraggio. Infatti, uniformità di policy nazionale non si traduce con un esercizio esclusivo e autonomo delle prerogative di governo da parte del centro. Probabilmente ha inciso di più il processo relazionale Stato-Regioni che la struttura formalmente codificata, a conferma del fatto che la governance è fatta di allocazione di poteri e responsabilità ma anche, e soprattutto, di meccanismi di connessione, regole, incentivi e mappe cognitive condivise.

L'emergenza Covid-19 ha imposto la nascita di organismi ad hoc paralleli alle istituzioni deputate (Ministero della Salute, ISS, AGENAS, AIFA, CSS, ecc.), anche se queste sono state costantemente ascoltate e coinvolte. Questo ha aumentato i costi di coordinamento e in parte rischia di disperdere un know how accumulato nella struttura costituita ad hoc, una volta che questa cessa la propria funzione legata all'emergenza. Questo può servire da lezione al SSN per preparare per tempo piani e strutture dedicati alla gestione di eventuali future emergenze, in modo che si disponga immediatamente di maggiore know how specifico legato al settore e che le ulteriori competenze apprese durante la

gestione di crisi, diventino patrimonio istituzionale, accumulato e valorizzato nelle strutture ordinarie deputate.

Lo Stato si è mobilitato da subito per intervenire, a geometria variabile, nei diversi contesti regionali, con azioni e mezzi di supporto diretto per le regioni più deboli o più in difficoltà. Questa tipologia di interventi sono ormai frequenti nel nostro SSN, sarebbe pertanto auspicabile concettualizzarli in modo più esplicito e consapevole. Questo permetterebbe, finalmente, di aprire una riflessione complessa, su quali siano le forme di supporto esterno da parte di organismi sovraordinati più efficaci nei confronti delle regioni più deboli. Ad oggi, crediamo che ci sia una diffusa consapevolezza rispetto alla necessità di una geometria istituzionale variabile nell'ambito del SSN. Tuttavia, manca ancora un cantiere codificato per capire quali siano le modalità davvero efficaci per aiutare le realtà dotate di minore capitale istituzionale.

La governance del SSN, come per tutti i sistemi complessi, è un assetto fortemente dinamico e oggetto di costanti spinte manutentive, sia per gli interessi delle singole istituzioni coinvolte, sia per le trasformazioni ambientali e di contesto. Sono due le lezioni fondamentali del Covid-19 che ci segnalano che la questione cruciale non è se dare più peso allo Stato o alle regioni:

- a) La scelta decisiva è enucleare tutte le funzioni di governo ed operative e in maniera specifica e distintiva distribuirle lungo la filiera istituzionale, in base alle attitudini e alle competenze dei singoli livelli di governo. A questo proposito il SSN ha spesso scelto in maniera forse inconsapevole, che talvolta appare disordinata e forse incoerente. Ad esempio, le regole di accreditamento sono regionali, mentre il mix tra i fattori produttivi discendono da decisioni nazionali: forse sarebbe più opportuno invertire. La pandemia ci ha segnalato che è necessario selezionare con grande cura quale funzione assegnare a quale livello di governo.
- b) La struttura istituzionale rappresenta una parte della *governance*, un'altra parte è costituita dai meccanismi di coordinamento. Per troppo tempo il dibattito sull'architettura del SSN si è concentrata solo sulla dimensione della struttura, trascurando i processi relazionali tra i diversi livelli istituzionali. Queste sono componenti più soft, in parte implicite e in parte culturali. Con il Covid-19 abbiamo visto che quando hanno funzionato hanno anche generato maggiore efficacia di sistema e capacità di orientare l'opinione pubblica.

8.8 Bibliografia

Angelici, M., Berta, P., Costa-Font, J., Turati, G. (2021), «Divided We Survive? Multi-Level Governance and Policy Uncertainty during the First Wave of Covid-19».

- Aoki, M. (1986), «Horizontal vs. vertical information structure of the firm», *The American Economic Review*, 971-983.
- Azfar, Omar (2001), «Conditions for effective decentralized governance: A synthesis of research findings».
- E. Borgonovi (1973), «L'economia aziendale degli istituti pubblici territoriali», *Milano, Giuffrè Editore*.
- G. Reborà (1983), «Organizzazione e direzione dell'ente locale», *Milano, Giuffrè Editore*.
- Bailey, D., Clark, J., Colombelli, A., Corradini, C., De Propris, L., Derudder, B., Usai, S. (2020), «Regions in a time of pandemic».
- Barbazza, E., Tello, J. E. (2014), «A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern» *Health policy*, 116(1), 1-11.
- Brinkerhoff DW, Bossert T (2008), «Health governance: concepts, experiences, and programming options» *United States Agency for International Development*.
- Clarke, J., & Newman, J. (1997), «The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare». *Sage*.
- Del Vecchio, M. (2014), «Assetti istituzionali, confini aziendali e problemi di gestione nel Servizio Sanitario Nazionale». *Social Policies*, 1(3), 437-452.
- Hayek, F. A. (1945) «The use of knowledge in society». *The American economic review*, 35(4), 519-530.
- Marks, G., & Hooghe, L. (2003) «National identity and support for European integration» (No. SP IV 2003-202). WZB Discussion Paper.
- March, J. G. and Olsen, J. P. (1989), «Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics», *Free Press, New York*.
- Musgrave, Richard A. (1945), «Alternative budget policies for full employment», *The American Economic Review* 35.3: 387-400.
- Ostrom, Elinor, Larry Schroeder, and Susan Wynne (1993), «Institutional incentives and sustainable development: infrastructure policies in perspective», *Westview Press*.
- Ostrom, E. (2010), «Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems» *American economic review*, 100(3), 641-72.
- Porter, David O., and Eugene A. Olsen (1976), «Some critical issues in government centralization and decentralization» *Public Administration Review* 72-84.
- Pressman J and Wildavsky A (1973/1984) «Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes», *Berkeley: University of California Press*.
- Trump, B. D., Bridges, T. S., Cegan, J. C., Cibulsky, S. M., Greer, S. L., Jarman, H., Linkov, I. (2020), «An analytical perspective on pandemic recovery. Health security», 18(3), 250-256.