

9 | settembre | 2021

La gestione multilivello dell'emergenza sanitaria CoV-19

C. Ferretti (IRPET), L. Grazzini (Unifi), P. Lattarulo (IRPET), M. Macchi (Unifi)

Indice

1. Premessa. Salute bene comune globale

- Decentramento e pandemia

2. Le regioni di fronte all'emergenza CoV-19, responsabilità e *interventi* di contrasto alla pandemia

Gli interventi dell'emergenza, ripartizione tra enti

- Organici
- Acquisti sanitari

3. Sanità regionale e risposte all'emergenza pandemica

“Le regioni si presentano con diversi livelli di preparazione di fronte alla pandemia”, le implicazioni sulle performance in epoca Covid

4. Spazi di autonomia regionale in ambito di istruzione

Quali spazi di autonomia regionale nella gestione dell'istruzione?

Quali relazioni con le dotazioni sanitarie?

Conclusioni. Sanità bene comune, PNRR e sostenibilità della spesa

La sostenibilità finanziaria della nuova domanda di tutela

1. Premessa. Salute bene comune globale

Salute come bene pubblico globale

Salute dell'intera popolazione mondiale => bene pubblico globale (Buchholz e Sandler, 2021).

- le proprietà di non escludibilità e non rivalità si estendono all'intero pianeta
- gli agenti coinvolti sono tipicamente istituzioni o Paesi e non singoli individui

In generale: **Globalizzazione** => i confini tra i Paesi e, all'interno di ciascun Paese, tra le diverse regioni sono diventati sempre più permeabili

In particolare: **Pandemia** =>

- esternalità negative provocate dalla malattia sono universali
- esternalità (positive e negative) dovute alle politiche sanitarie adottate da un territorio si ripercuotono sugli altri



Sono beni pubblici globali tutte quelle politiche che concorrono alla sorveglianza sanitaria in caso di epidemia. Infatti: Corte Costituzionale ordinanza n. 4/2021: <<per le sue caratteristiche di spillover tra Paesi e tra Regioni all'interno del territorio nazionale, la gestione dell'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 deve rientrare nell'ambito della "profilassi internazionale" e quindi di competenza esclusiva dello Stato e non tra le materie concorrenti come invece è la "tutela della salute" (art. 117 della Costituzione). >>

Implicazioni per le politiche di contenimento di una epidemia

- Bene pubblico globale => controllo della pandemia attraverso la fornitura collettiva a tutti i Paesi/Regioni coinvolti, tenuto conto non solo delle diverse esigenze di profilassi che dipendono dalle caratteristiche dei vari territori ma anche degli effetti di spillover che inevitabilmente vengono a crearsi tra le politiche dei diversi Paesi/Regioni
- Tutti i territori, indipendentemente dal loro livello di ricchezza, hanno interesse che le politiche di contenimento di una epidemia (tracciamento, vaccinazioni, ecc.) siano efficienti ovunque per ridurre il più possibile l'operare degli effetti esterni negativi.
- Migliorare l'efficienza delle politiche dei territori più arretrati
 - aumenta il benessere dei residenti di quei territori (effetto diretto)
 - aumenta il benessere di tutta la popolazione (effetto indiretto)

La risposta alla crisi dei sistemi federali è meno efficace ed efficiente di quella fornita dai sistemi centralizzati?

Pandemia ha colpito in modo asimmetrico i territori sia per quanto riguarda le tempistiche dei contagi che il grado di severità dell'epidemia (OECD 2021)

⇒ politiche diverse non solo a seconda dei vari Paesi ma anche all'interno degli stessi a seconda delle varie regioni



Decentramento vs Accentrimento in risposta agli shock esogeni

- Dalla crisi finanziaria del 2008-2009, emerge in letteratura la visione per cui lo stato centralizzato è più efficiente nella gestione delle crisi (Kincaid et al, 2010)
- Nel caso della crisi pandemica la letteratura e gli studi paese non trovano una risposta univoca al confronto tra i due sistemi (es. oltre 50 studi su questo aspetto)
- Hegele e Schnabel (2021) sostengono come la capacità di risposta più o meno efficace e tempestiva dipenda non tanto dall'essere un paese federale o meno quanto dalla configurazione assunta dal sistema federale: il tipo di assetto istituzionale, l'allocazione costituzionale dei poteri, il processo di policy making e il contesto socio-politico, -> **l'efficace coordinamento istituzionale**

Le reti tra regioni (rafforzamento della cooperazione e coordinamento istituzionale)

Difficile stabilire il livello ottimale di accentramento/decentramento per fronteggiare una pandemia perché (OECD (2021))

- il decentramento può comportare benefici derivanti dal fatto che la pandemia ha un impatto asimmetrico sul territorio
- l'accentramento può comportare benefici derivanti dall'internalizzazione degli effetti di spillover tra territori

La costituzione di reti tra regioni può rappresentare una utile strategia per affrontare le difficoltà del contrasto alla pandemia e per **rafforzare la cooperazione e coordinamento istituzionale**

Natura di bene pubblico del contrasto alla pandemia + la presenza di asimmetrie informative + e di incertezza => utili reti tra regioni:

- per internalizzare le esternalità e ridurre eventuali comportamenti opportunistici (free-riding)
- per condividere informazioni a livello orizzontale (tra governi allo stesso livello) e verticale (tra governi a diversi livelli) e ridurre le inefficienze dovute alla presenza di asimmetrie informative (ad esempio, sulla diffusione dei contagi, sull'efficacia delle diverse politiche sanitarie, ecc.)
- per ridurre costi di transazione/coordinamento che rendono meno efficienti le politiche pubbliche

2. Le regioni di fronte all'emergenza CoV-19, responsabilità e *interventi* di contrasto alla pandemia

Gli interventi dell'emergenza, ripartizione tra enti.

Confrontiamo i diversi modelli organizzativi ex ante con gli interventi di contrasto alla pandemia:

- Organici
- Acquisti sanitari

In risposta alla pandemia: un approccio stato-centrale/regioni non univoco

Strutture e Organici

Il sistema nazionale ha concesso l'incremento della dotazione di personale.

Non tutte le regioni hanno utilizzato la possibilità di ampliamento appieno

Acquisto dispositivi DPI e Ventilatori

Il sistema nazionale ha avviato acquisti centralizzati (Consip) a cui è seguito un rapido subentro del commissario straordinario con acquisti diretti

Sistema concorrente delle centrali di acquisto regionali (che hanno agito con gli strumenti ordinari)

Vaccinazioni

Campagna vaccinale = bene comune (acquisti EU)

In una prima fase si sono lasciate le regioni libere di identificare i gruppi prioritari con scarsa efficacia.

Un coordinamento più forte si è dimostrato più efficace nella gestione della vaccinazione

La gestione regionale ha innescato effetto benchmark tra regioni (tra i principali contributi all'efficienza del decentramento riportato in letteratura)

Le politiche per il personale in epoca Covid

La situazione ex ante

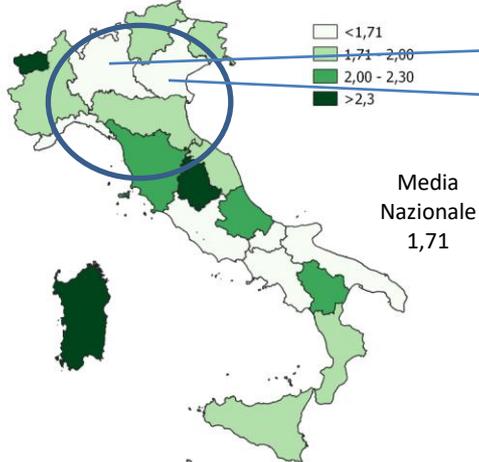
- La dotazione organica della sanità ha subito ridimensionamenti in tutte le regioni dovuti a tagli ai tetti di spesa, nelle regioni in piano di rientro e non
- La dotazione di personale pre covid è differenziata sul territorio: la pandemia trova le regioni con diverse dotazioni organiche, tra aree in piano di rientro e non, ma anche tra queste ultime
- Alcuni spazi di nuove assunzioni erano già stati aperti prima della pandemia e alcune regioni stavano riavviando concorsi

Interventi durante la pandemia

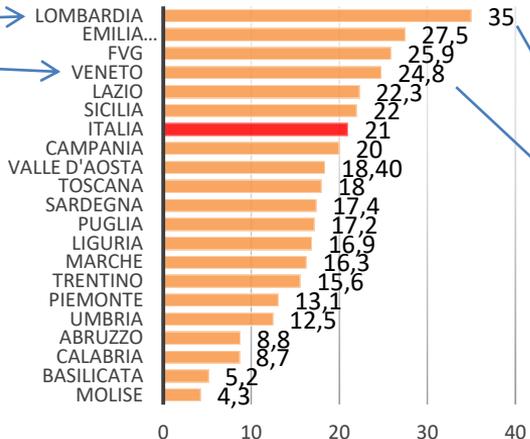
- Stanziamento di risorse da parte del governo per assunzioni a tempo determinato, ripartite per quote tra regioni
- Sospensione dei tetti di spesa per assunzioni a tempo indeterminato, attraverso stabilizzazione, scorrimento graduatorie, concorsi

Le regioni utilizzano diversamente queste possibilità
I diversi modelli organizzativi

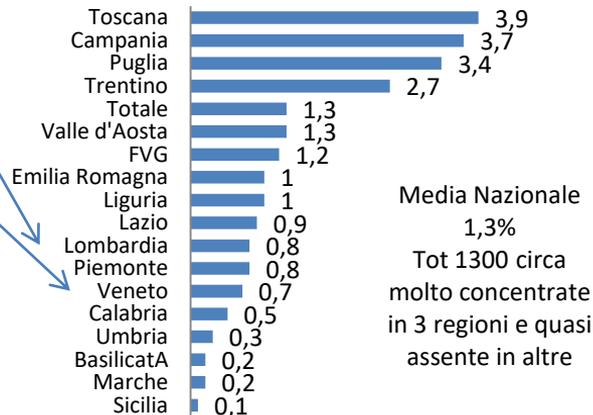
Medici per 1.000 abitanti (2018)



Quota risorse umane Covid sulle preesistenti - MEDICI

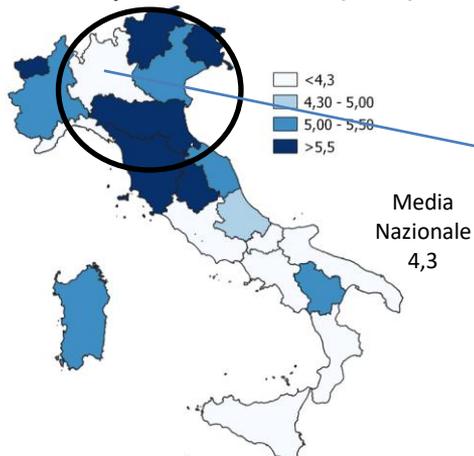


Medici nuovi assunti a tempo indet. su organici preesistenti (2018)

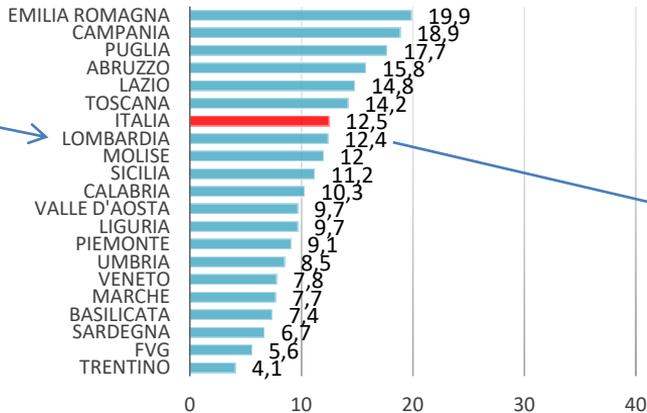


Tot 1300 circa molto concentrate in 3 regioni e quasi assente in altre

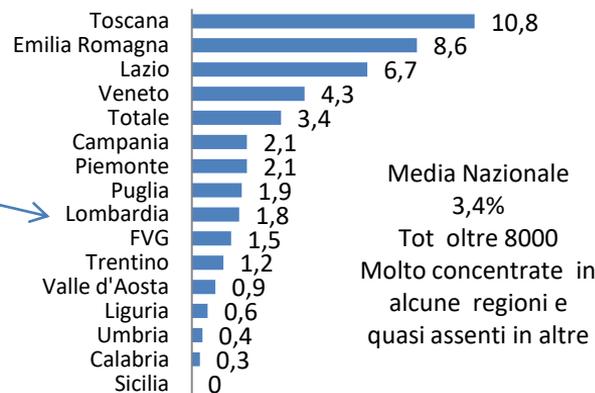
Infermieri per 1.000 abitanti (2018)



Quota risorse umane Covid sulle preesistenti - INFERMIERI



Infermieri nuovi assunto a tempo indet. su organici preesistenti (2018)



Tot oltre 8000 Molto concentrate in alcune regioni e quasi assenti in altre

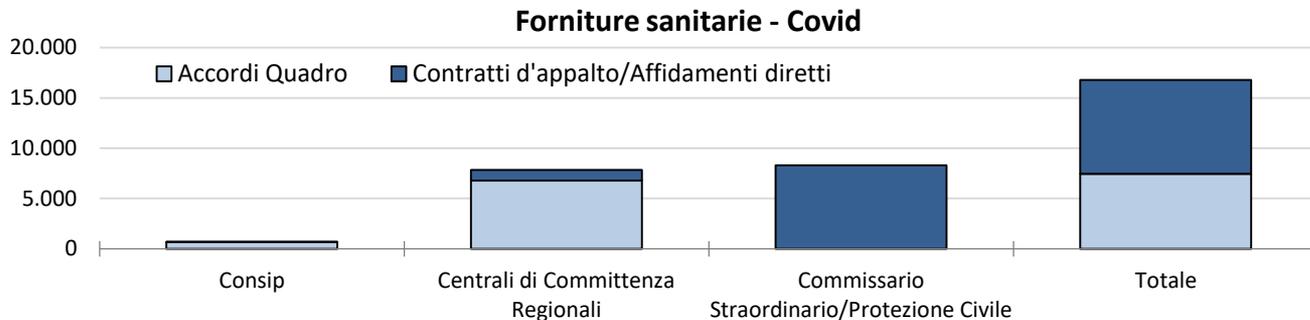
Disparità territoriale nelle dotazioni iniziali (es. Lombardia e Veneto -2 regioni più colpite- Toscana e Emilia)

Le regioni più colpite colmano il ritardo soprattutto del personale medico

Assunzioni attraverso stabilizzazioni, scorrimento graduatorie, concorsi. Utili concorsi già aperti

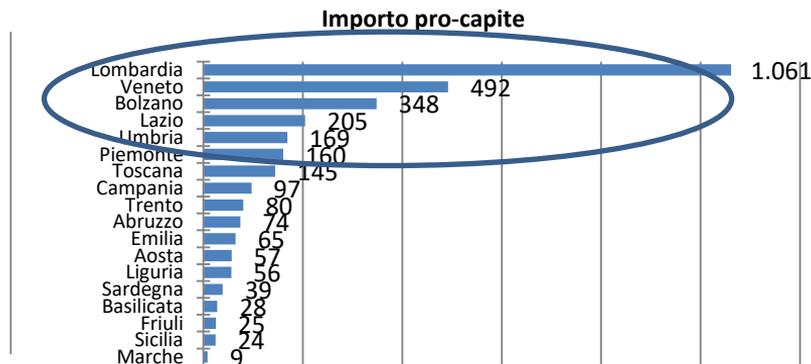
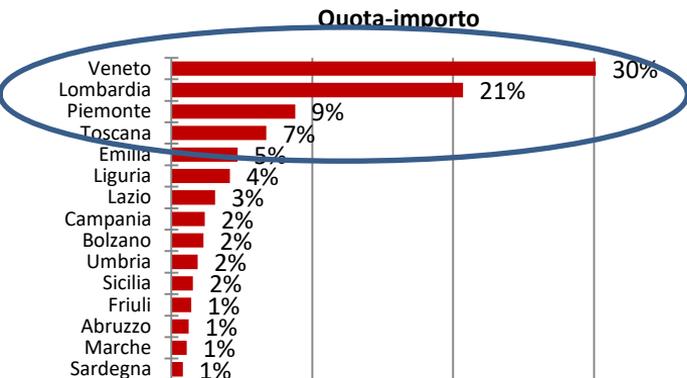
Acquisti sanitari, il concorso delle regioni

Importo (Milioni di euro) delle procedure Covid di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e contrattuale. Febbraio 2020-Luglio 2021



A Consip è subentrato il commissario straordinario attraverso affidamenti diretti.

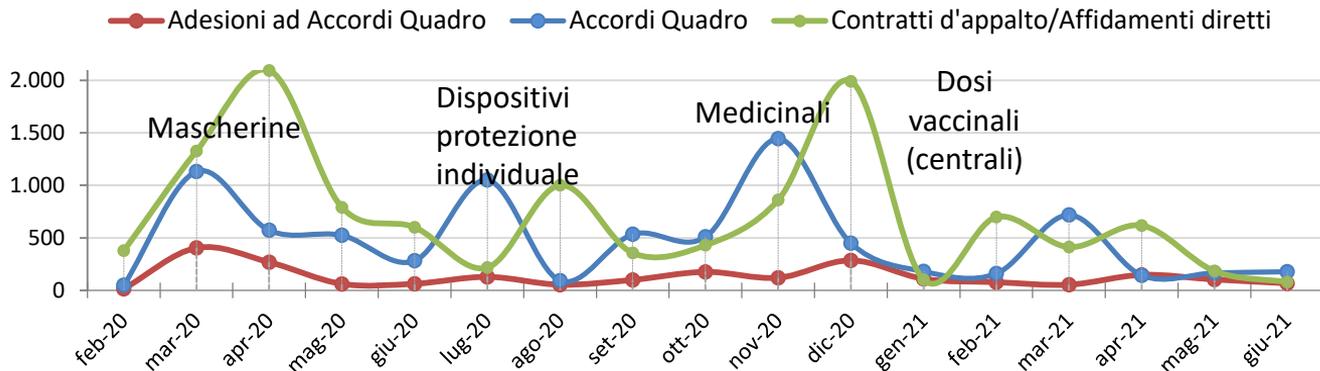
Quota-Importo e importo pro-capite delle procedure di accordo-quadro Covid di forniture sanitarie per regione. Febbraio 2020-Luglio 2021



Accordi quadro concentrati in poche regioni

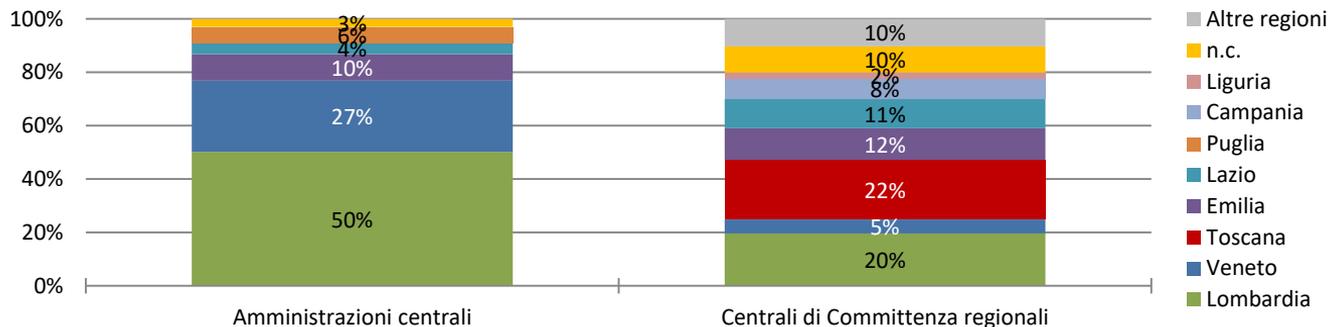
Acquisti sanitari

Quota-Importo e importo pro-capite delle procedure di accordo-quadro Covid di forniture sanitarie per regione. Febbraio 2020-Luglio 2021



Le centrali di committenza (l'organizzazione ordinaria) regionali si sono attivate in modo tempestivo attraverso le modalità ordinarie degli Accordi quadro.

Quota-Importo delle procedure Covid (escluse adesioni ad accordi quadro) di forniture sanitarie per tipologia di stazione appaltante e regione di provenienza dell'impresa aggiudicataria. Febbraio 2020-Luglio 2021.



Esteso coinvolgimento delle realtà economiche territoriali (* su un numero parziale di oss)

3. Sanità regionale e performance in risposta all'emergenza pandemica

“Le regioni si presentano con diversi livelli di preparazione di fronte alla pandemia” implicazioni sulle performance nell'emergenza

“Le regioni si sono presentate diversamente preparate al CoV-19”.

Il mondo scientifico ha dedicato molta attenzione alle cause che hanno determinato l'accentuarsi e il diffondersi della pandemia, non solo dal punto di vista epidemiologico, ma anche da parte delle altre discipline (tra le cause del diffondersi: le relazioni economiche e produttive tra territori, il pendolarismo, la concentrazione urbana, ...)

Difficile stabilire il livello ottimale di accentramento/decentramento per fronteggiare una pandemia (OECD (2021))

La letteratura internazionale non ha trovato una risposta univoca all'efficacia degli assetti decentrati nel contrastare l'evento pandemico (oltre 50 articoli sui temi del federalismo e del decentramento nella gestione del Covid)

L'evento pandemico banco di prova per la sanità del paese:

I tagli alle risorse e le scelte di governance regionale nella gestione della pandemia, anche alla luce della nuova domanda di tutela da parte della popolazione

Sanità regionale e performance di fronte all'emergenza, le variabili

Le performance delle sanità regionali di fronte alla prima ondata pandemica

Variabili socio economiche e demografiche (di controllo)

VARIABILI ECONOMICHE E DEMOGRAFICHE (da letteratura)

Popolazione di +75 (%)	Istat, 2019
Popolazione	Istat, 2020
Pil pro capite	Istat, 2019
% di famiglie in povertà relativa	Istat, 2019
Quota occupati nella manifattura	Istat, 2017
Quota di studenti che usano il TPL	Istat, 2011
Regioni primo ingresso della pandemia	Irpet
Persone in entrata nelle regioni per motivi di pendolarismo (esclusi movimenti interni)	Istat, 2011
Quota di lavoratori che nel periodo apr-giu 2020 ha dichiarato di aver praticato smart working	Istat, 2020

Variabili relative alla sanità regionale

VARIABILI SANITARIE (priorità della spesa sanitaria nei bilanci regionali, modello verticalmente integrato, posti letto TI, organici e servizi territoriali)

Ospiti RSA (*1000 ab.)	ISS, 2020
Anziani ospiti nei presidi residenziali e assistenziali (*1000 ab.)	Istat, 2018
Spesa sanitaria corrente 2019 (euro pro capite)	Ministero della Salute, 2019
Quota spesa sanitaria rispetto alla spesa corrente	CPT, 2020
Personale medico e infermieristico (*1000 ab)	Ministero della Salute, 2019
Posti letto in terapia intensiva (*1000 ab)	Ministero della Salute, 2019
Popolazione servita da un ospedale	Istat, 2019
Diffusione strutture ospedaliere (x 100 Km2)	Ministero della Salute, 2019
Quota posti letto in strutture private	Ministero della Salute, 2020
Servizi territoriali totali per km2	Ministero della Salute, 2021

Sanità regionale e performance anell'emergenza, i risultati dell'analisi

Regressione lineare semplice sull'eccesso di mortalità

	Coef.	P> t	
Popolazione di +75 (%)	4.8723	0.051	°
Anziani ospiti nei presidi residenziali assistenziali (*1000 abitanti)	3.0573	0.045	**
Personale medico e infermieristico (*1000 abitanti)	-16.1431	0.030	**
PIL pro capite	0.0022	0.015	**
Popolazione	0.0000	0.015	**
Posti letto in terapia intensiva 2019 (*1000 ab)	-787.0720	0.050	*
Diffusione strutture ospedaliere (x 100 Km2)	-124.0219	0.016	**
Quota di studenti che utilizza il TPL	0.7262	0.047	**
Quota posti letto in strutture private	0.7424	0.047	**

Risultati della regressione lineare

Livello di significatività: '***' 0.001; '**' 0.01; '*' 0.05; '°' 0.1

Importanti le dotazioni (personale. Posti letto TI, sanità territoriale e modelli di offerta (integrata vs non integrata)

Si conferma quanto emerso nelle analisi descrittive: organici, i posti letto in TI, i servizi territoriali sono dotazioni importanti dell'affrontare la pandemia.

A monte dell'offerta dei servizi ci sono i tagli e vincoli alla spesa vissuti fino ad oggi, assieme alle diverse scelte di governance

La pandemia ha fatto emergere le criticità dell'offerta alla quale si aggiunge la nuova domanda di tutela da parte della popolazione

4. Spazi di autonomia regionale in ambito di istruzione

Quali spazi di autonomia regionale nella gestione dell'istruzione?

Quali motivazioni dietro le scelte delle regioni (anche ritardo nei servizi sanitari)?

Dalla sanità all'istruzione: gli spazi di autonomia regionale *

Giorni di chiusura scolastica e DAD/DDI

- La prima ondata (da febbraio/marzo anno scolastico 2019/20) -> Uniformità tra i gradi di istruzione e il territorio, a seguito di DPCM governo -> DAD per quasi metà anno scolastico
- Seconda ondata (anno scolastico 2020/21)

introduzione del sistema dei “colori” per indicare il diverso rischio sanitario -> apre spazi di autonomia nella gestione delle chiusure scolastiche, che vengono ampiamente utilizzati attraverso “ordinanze regionali”.

ANNO SCOLASTICO 2020/21			
Periodi di chiusura per ordine di scuola, indicazioni del governo	Novembre-Dicembre 2020	Gennaio-Aprile 2021	Aprile-Giugno 21
Scuola primaria	presenza	presenza	presenza
Scuola secondaria			
di cui 1° anno	presenza	presenza	presenza
di cui 2°e3° anno	DAD in caso di "zona rossa"	DAD in caso di "zona rossa"	DAD in caso di "zona rossa"
Scuola secondaria di secondo livello			
zona gialla o arancione	DDI 100%	50% presenza	70% presenza
zona rossa	DDI 100%	DDI 100%	DDI 100%

* Con il contributo di Giada Garbini

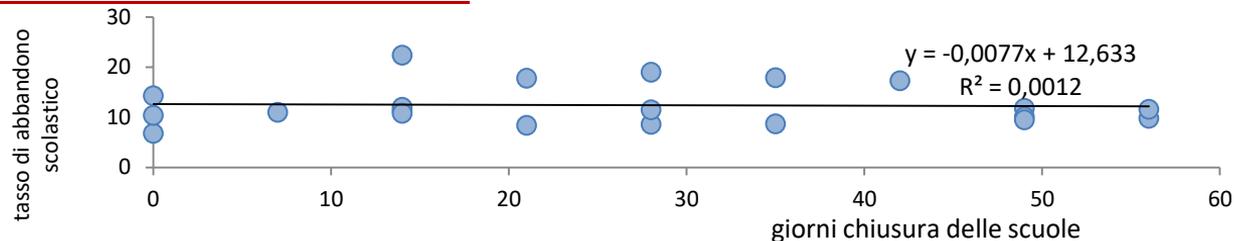
Le scelte delle regioni, possibili motivazioni

- **Rischio sanitario:** Le scelte di chiusura scolastica su indicazione della regione non sono state determinate dal rischio sanitario, già alla base delle indicazioni del governo. Comunque le regioni più colpite non hanno attivato le chiusure più delle altre (Lombardia vs Campania).
- **Apprendimento scolastico:** maggiore apertura scolastica può essere guidata dal danno potenziale conseguente al non essere in presenza, e quindi dai livelli di apprendimento (tasso di abbandono, *risultati test invalsi*, PISA).
- **Dotazioni scolastiche:** Piuttosto le motivazioni possono essere ricercate in altri fattori di rischio o di difficoltà nel controllo dell'emergenza collegato all'offerta scolastica in alcune aree del paese, ad es.:
 - alunni per classe e possibilità di applicare il distanziamento necessario,
 - vetustà delle strutture scolastiche e accessibilità digitale della popolazione o delle strutture stesse,
 - difficoltà di gestione flussi pendolari di studenti con il mezzo pubblico.
- **Dotazioni sanitarie:** difficoltà legate al carenze nelle strutture sanitarie.

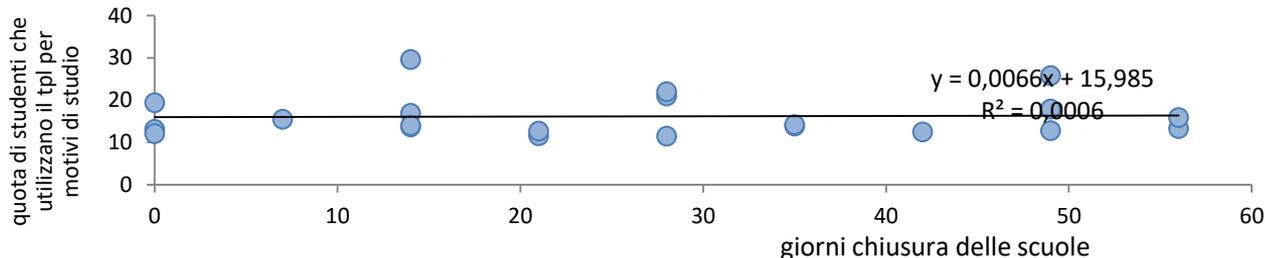
Le scelte delle regioni, le caratteristiche socio economiche e di offerta sanitaria

Non emergono fattori – tra quelli considerati – che abbiano guidato **“sistematicamente”** le scelte delle diverse regioni -> non si evidenziano fattori sistematici e uniformi nelle scelte delle regioni, anche a causa della natura dell'emergenza -> **assenza di coordinamento verticale e orizzontale**

Tasso di abbandono scolastico



Dotazioni scolastiche



- Non vuol dire che non ci sia stata una ratio nelle scelte individuali, ma evidenzia assenza di coordinamento verticale e orizzontale
- Estemporaneità nelle scelte rispetto a un servizio gestito a livello accentrato, le regioni non sono organizzate per una gestione “autonoma” di questo servizio
- Pone quesiti rispetto alle richieste di autonomia avanzate da alcune regioni in questo ambito

Conclusioni. Sanità bene comune, PNRR e sostenibilità della spesa

La sostenibilità finanziaria della nuova domanda

Conclusioni

- Il nostro paese è stato uno dei più colpiti dalla crisi pandemica e soprattutto è stato colto per primo dalla pandemia
- La sanità delle regioni ha cercato di dare risposta alla gravità e pervasività della pandemia
- La pandemia si è rivelato un terreno di prova della tenuta del sistema, ha fatto emergere i molti limiti e aspetti positivi della sanità regionale del nostro paese, che meritano ampio approfondimento
- In questo lavoro abbiamo cercato di sistematizzare alcuni aspetti del quadro confuso delle relazioni centro- periferia durante l'emergenza e di osservare le risposte della sanità regionale alla shock pandemico

Spesa sanitaria pubblica e CPS – Scenario nazionale base

Metodologia del pure ageing scenario



Fonte: RGS 2021, pg 98

Previsioni Def 2021 spesa su PIL

2020	7,5% del PIL (dato rilevato)
2021	7,3% (costi emergenza Covid+minor PIL)
2022	6,7%
2023	6,6%
2024	6,3%

PNRR 20,2 mld in sanità su 5 anni, +3,5% annui

- digitalizzazione
- sanità territoriale
- borse per specializzandi

9 | settembre | 2021

La gestione multilivello dell'emergenza sanitaria CoV-19

C. Ferretti (IRPET), L. Grazzini (Unifi), P. Lattarulo (IRPET), M. Macchi (Unifi)