

L'ALTRA PANDEMIA

Un'analisi sociologica dell'emergenza
sanitaria e delle logiche di governance

a cura di
Stefano Nobile

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

INFERENZE

EVIDENZE

Inferenze/Evidenze

collana diretta da *Antonio Fasanella e Carmelo Lombardo*

Comitato scientifico: Maria Carmela Agodi (Università degli studi di Napoli Federico II), Giuseppe Anzera (Sapienza Università di Roma), Adele Bianco (Università degli studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara), Christian Borch (Copenhagen Business School), Andrea Borghini (Università di Pisa), Wayne Brekhus (University of Missouri/Columbia), Ernesto D'Albergo (Sapienza Università di Roma), Alessandra Decataldo (Università degli studi di Milano Bicocca), Maria Paola Faggiano (Sapienza Università di Roma), Giovanna Gianturco (Sapienza Università di Roma), Srebreinka Letina (University of Glasgow), Mariano Longo (Università del Salento), Veronica Lo Presti (Sapienza Università di Roma), Krzysztof T. Konecki (University of Łódź), Alberto Marinelli (Sapienza Università di Roma), Stefano Nobile (Sapienza Università di Roma), Paolo Parra Saiani (Università di Genova), Massimo Pendenza (Università degli studi di Salerno), Olli Pyyhtinen (University of Tampere), Lorenzo Sabetta (Sapienza Università di Roma), Hizky Shoham (Bar-Ilan University), Stefania Tusini (Università per Stranieri di Perugia), Dieter Vandebroek (Free University of Brussels), Petri Ylikoski (University of Helsinki).

Comitato editoriale: Lorenzo Barbanera (Sapienza Università di Roma), Ernesto Dario Calò (Sapienza Università di Roma), Michela Cavagnuolo (Università degli Studi di Roma "Foro Italico"), Maria Dentale (Università per Stranieri di Perugia), Raffaella Gallo (Sapienza Università di Roma), Melissa Mongiardo (Università della Toscana).

Inferenze/Evidenze intende promuovere il pluralismo delle idee e un approccio integrato di teoria e ricerca, configurandosi come uno spazio di condivisione di prospettive concettuali, strategie di indagine ed esperienze empiriche centrate su un'ampia varietà di temi e problemi tipici del mondo contemporaneo. Guarda a percorsi investigativi capaci di valorizzare la pratica dell'immaginazione sociologica e, attraverso disegni di ricerca rigorosi e innovativi, ancorati a strutture teoriche e a sufficienti e controllate basi di dati, di favorire il più possibile lo sviluppo di programmi di ricerca pluralistici e integrati.

I volumi pubblicati sono sottoposti alla valutazione anonima di almeno due *referees* esperti.

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

L'ALTRA PANDEMIA

Un'analisi sociologica dell'emergenza
sanitaria e delle logiche di governance

a cura di
Stefano Nobile

FrancoAngeli 

INFERENZE

EVIDENZE

Questo volume è stato pubblicato con un contributo del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale (CoRiS) di Sapienza Università di Roma.

Isbn: 9788835180104

Isbn e-book Open Access: 9788835181569

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

*In memoria di zio Mario
e di tutti quelli che contro il Covid-19
non ce l'hanno fatta*

Indice

1. La campagna vaccinale in Italia tra emergenza organizzativa e disuguaglianze regionali, di Stefano Nobile	pag.	11
1.1. L'emergenza sanitaria come evento critico e il deficit dei dati	»	11
1.2. L'Italia tra disuguaglianze regionali, improvvisazione organizzativa e fragilità del sistema sanitario	»	13
1.3. Dalla gestione dell'emergenza alla campagna vaccinale: logiche organizzative e disomogeneità attuative	»	17
Riferimenti bibliografici	»	23
2. Ripensare lo Stato attraverso la crisi: la lezione della gestione commissariale, di Melissa Mongiardo	»	25
2.1. Il tempo zero	»	25
2.2. Le radici della vulnerabilità	»	26
2.3. Nella pancia della balena	»	29
2.4. Prove tecniche di futuro	»	31
2.5. Dall'eccezione alla regola?	»	39
Riferimenti bibliografici	»	40
3. Egemonia vaccinale e Soft Power: la strategia di immunizzazione in Europa e le ombre nel rapporto pubblico-privato, di Selene Greco, Gerardo Ienna	»	42
3.1. Introduzione	»	42
3.2. Nazionalismo vaccinale vs diplomazia vaccinale	»	46

3.3. La strategia vaccinale europea tra interdipendenza e competizione: governance multilivello e distribuzione delle responsabilità	pag.	56
3.4. Conclusioni. Socializzazione dei rischi e privatizzazione dei profitti	»	66
Riferimenti bibliografici	»	71
 4. L'andamento della campagna vaccinale in Lombardia, Lazio e Campania, di Enrico Nerli Ballati, Chiara Coluccia		
4.1. Obiettivi dell'analisi e fonte dei dati	»	80
4.2. Gli esiti della campagna vaccinale	»	82
4.3. L'andamento temporale delle somministrazioni	»	83
4.4. La vaccinazione come processo di scelta condizionale	»	89
Riferimenti bibliografici	»	90
 5. Elementi programmatici e organizzativi della campagna vaccinale: il ruolo degli hub vaccinali e il sistema di approvvigionamento delle dosi, di Raffaella Gallo, Selene Greco		
5.1. Introduzione	»	91
5.2. Il delicato rapporto Stato-Regioni tra centralizzazione statale e autonomia locale	»	94
5.3. Predisposizione e organizzazione degli hub vaccinali	»	96
5.3.1. La distribuzione degli hub vaccinali sul territorio	»	96
5.3.2. Una tipologia degli hub	»	98
5.4. Analisi del sistema di approvvigionamento e distribuzione delle dosi vaccinali	»	101
5.4.1 Sistemi logistici di stoccaggio e distribuzione dei vaccini	»	101
5.4.2 Analisi empirica della distribuzione e ricostruzione dei criteri di ripartizione regionale delle dosi	»	103
5.4.3. Analisi delle tendenze tra dosi distribuite e dosi somministrate	»	107
5.5. Considerazioni conclusive	»	111
Riferimenti bibliografici	»	113

6. La configurazione territoriale dei centri vaccinali tra poli e periferie, di Chiara Coluccia, Enrico Nerli Ballati

	pag.	115
6.1. Il decentramento della campagna vaccinale	»	115
6.2. Caratteristiche territoriali dei punti di somministrazione: Poli e Aree interne	»	116
Riferimenti bibliografici	»	121

7. Come ti racconto il vaccino. Uno studio sulla copertura della campagna vaccinale nei quotidiani italiani, di Mauro Bomba, Alice Luceri, Melissa Mongiardo, Christian Ruggiero

	»	123
7.1. Sapere esperto e infodemia: la prospettiva dei legacy media	»	123
7.1.1. Il contesto: a proposito di infodemia	»	123
7.1.2. L'oggetto di studio: esperti vs media	»	126
7.2. La ricerca: metodologia e obiettivi	»	128
7.3. Le caratteristiche del campione	»	131
7.4. I temi	»	134
7.4.1. Il primo quadrimestre: l'informazione che fa "servizio"	»	134
7.4.2. Il secondo quadrimestre: il green pass e le voci del dissenso	»	137
7.4.3. Il terzo quadrimestre: l'assalto alla Cgil e le opinioni polarizzate	»	140
7.5. Lo studio delle serie temporali	»	142
7.6. Le conseguenze inattese dell'infodemia. Quando i media danno voce al rumore	»	149
Riferimenti bibliografici	»	153

8. Governance pandemica e produzione della verità: le voci dei protagonisti, di Stefano Nobile

	»	156
8.1. Dentro la campagna vaccinale: materiali per una lettura sociologica	»	156
8.2. Comunicazione, fiducia e costruzione del consenso	»	158
8.3. La gestione politica, il ruolo degli esperti e la tensione tra governance e sapere scientifico	»	162
8.4. Hub vaccinali e organizzazione della campagna: il dispositivo tecnico come spazio di governance	»	170

8.5. Il fattore umano: motivazioni, esitazioni, adesione	pag.	172
8.6. Una valutazione della campagna vaccinale: successo, fallimenti e lezioni apprese	»	174
8.8. Conclusioni: la governance pandemica tra previsione mancata e fragilità istituzionale	»	178
Riferimenti bibliografici	»	181
Gli autori	»	183

1. La campagna vaccinale in Italia tra emergenza organizzativa e disuguaglianze regionali

di *Stefano Nobile*

1.1. L'emergenza sanitaria come evento critico e il deficit dei dati

Alzi la mano chi conosce, senza particolari tentennamenti, il vero numero di morti da Covid-19 in Italia. L'incertezza che circonda questo dato non è casuale, ma sintomatica di due criticità strutturali: la mancanza di una definizione chiara e condivisa su cosa si intenda per “morte da Covid-19” e l'insufficiente affidabilità dei dati raccolti. Queste due dimensioni – semantica e statistica – concorrono a generare un quadro frammentato e talvolta contraddittorio, che il presente volume intende contribuire a chiarire, restituendo complessità e rigore analitico alla lettura di una delle più drammatiche vicende della recente storia italiana.

Entrambi gli aspetti, infatti, sono inestricabilmente legati a una dimensione organizzativa dalla quale sarebbero in seguito scaturiti i dati relativi all'efficacia della campagna vaccinale, ovviamente al netto dei contagi nelle diverse Regioni. Le disposizioni in merito ai criteri con cui rubricare i casi di decessi, infatti, sono dipese da linee gestionali dai confini necessariamente porosi e, dunque, inevitabilmente connessi con inclinazioni e obblighi dei medici chiamati a firmare le cartelle cliniche delle morti. Per capirci: un paziente con rilevanti patologie pregresse di tipo cardiocircolatorio oppure respiratorio potrebbe essere entrato nelle statistiche tanto per l'effetto propulsivo che il contagio da Covid-19 potrebbe avere inferto sulle precedenti condizioni, quanto per il solo fatto di essersi infettato e, dunque, la sua morte sarebbe imputabile alla Sars-CoV-2. Le ricadute sulle statistiche sono più che evidenti. Ecco perché, dunque, i dati che circolano sul web e negli altri media sono, se non inaffidabili, quantomeno approssimativi. Lo testimonia ulteriormente il documento intitolato *Relazione alla Presidenza del Consiglio dei ministri sull'attuazione delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 per il periodo 18 marzo 2020 – 28 febbraio*

2021 e firmato dal commissario straordinario per l'emergenza Covid-19, dott. Domenico Arcuri, che lo ha concesso in visione al coordinatore di questo volume. Nel documento il problema della distinzione tra morti "per" e "con" Covid ha avuto ripercussioni importanti sulla costruzione del consenso e sulla fiducia nei dati ufficiali. In questo senso, la relazione di Arcuri conferma quanto già osservato nella letteratura sul tema: nei contesti di crisi, la produzione dei dati è parte di una lotta epistemica e politica per la definizione della realtà (Latour, 2005).

Questa crisi di definizione e legittimazione dei dati, che ha investito tanto la comunità scientifica quanto le istituzioni politiche, può essere letta anche attraverso il concetto di "governamentalità dei numeri", ovvero la tendenza a gestire l'incertezza attraverso dispositivi di quantificazione che però non sempre corrispondono a una reale capacità di governo (Mennicken e Espe-land, 2019). In questo quadro, la costruzione dei numeri non è mai un atto puramente tecnico, ma il risultato di negoziazioni e di poteri che cercano di affermare una propria autorità epistemica.

Per analizzare l'organizzazione della campagna vaccinale in Italia e valutarne l'efficacia nelle sue due principali fasi – quella sotto il secondo Governo Conte e quella a guida Draghi – è necessario considerare due elementi centrali. Da un lato, i dati disponibili, che costituiscono una chiave fondamentale per comprendere le logiche sottostanti alla gestione dell'emergenza. Dall'altro, le molteplici sfaccettature del dibattito che si è sviluppato intorno alla campagna vaccinale, articolatosi sia attraverso i media tradizionali – stampa e televisione in primis – sia mediante le testimonianze dirette di alcuni dei protagonisti. Queste voci contribuiscono a restituire il senso di una stagione complessa, destinata a iscriversi a pieno titolo tra le pagine più significative della storia recente del Paese.

Proprio da questi due punti di partenza – i dati disponibili e il dibattito pubblico che ha attraversato media e istituzioni – prende le mosse il percorso analitico proposto in queste pagine. Esso si sforza di aggiungere elementi di novità (a partire dai materiali empirici originali così come da quelli di seconda mano) per andare oltre le moltissime suggestioni sul tema che provengono dalla letteratura sulla pandemia da Covid-19. Queste ultime, infatti, sono per lo più articolate su direttrici che, per stare al solo campo delle scienze sociali, considerano la dimensione psicologica (quali disturbi sono emersi durante la fase di confinamento forzato? Quali quelli affiorati a distanza di tempo?; cfr. Marazziti, Pozza, Di Giuseppe e Conversano, 2020; Cosentino *et al.*, 2024), quella relazionale (Lombardo e Mauceri, 2020) o, in altri casi, si sono concentrate sul tema della refrattarietà al vaccino (Bor, Jørgensen, & Bang Petersen, 2023; Faggiano, 2024; Nobile, 2024). La prospettiva adottata in queste pagine è diversa: pur raccogliendo contributi empirici, essa mira a

ricostruire in chiave sociologica due dimensioni fondamentali: quella relativa agli aspetti organizzativi di quella gigantesca, quanto improvvisata, macchina logistica, costituita dalla messa a punto degli hub vaccinali e della distribuzione dei vaccini, e quella che ricostruisce il dibattito che, contemporaneamente, si è andato sviluppando sui media a proposito dell'efficacia dei vaccini e della legittimità – o, meglio, adeguatezza – di alcune delle scelte politiche compiute. Si tratta di due aspetti che hanno viaggiato in parallelo, incidendo il secondo – tramite l'informazione – su una parte del primo.

Pertanto, sembra innanzitutto opportuno ricostruire lo scenario che ha attivato la macchina organizzativa, seguendo al contempo lo sviluppo dei pareri degli esperti, che hanno condizionato – almeno in parte – tanto il CTS (Comitato Tecnico-Scientifico) quanto i cittadini.

1.2. L'Italia tra disuguaglianze regionali, improvvisazione organizzativa e fragilità del sistema sanitario

Come ebbe inizio quella storia? Nella ridda di voci che si è alzata, anche tra esperti ed epidemiologi, sull'origine di quella pandemia, a tutt'oggi (2025) la genesi non è ancora chiara. Fin dal principio si parlò del Mercato di Wuhan, una megalopoli dell'Hubei, nell'area centro-orientale della Cina. È lì – e non solo lì – che sono esposti al commercio animali vivi, potenziali vettori di virus e malattie. Già da tempo erano noti i pericoli legati alla trasmissione virale da animale a uomo, come denunciato nel bestseller di David Quammen, *Spillover* (2012). Tuttavia, non sono mai cessate le voci che insistono – e insistevano – sulla possibile origine di laboratorio del virus. E qui ci viene in aiuto la fantascienza distopica di Steven Soderbergh, che ha raccontato una storia premonitrice, molto simile a quanto realmente accaduto, in un film del 2011, *Contagion*. Come che siano andati i fatti, in Italia giunse una comitiva di cinesi partiti da Pechino con destinazione Milano. Da lì, il torpedone di asiatici si spostò a Verona, poi a Parma, per poi dividersi: non è un caso che Lombardia e Veneto siano state le Regioni dove la pandemia si diffuse più rapidamente. Una volta separato il gruppo, due di loro, una coppia di mezza età, giunse a Roma a bordo di un'automobile presa a noleggio. Avevano già sintomi preoccupanti, una forma di polmonite prima sconosciuta. I due vennero portati all'ospedale Spallanzani, isolati e divisi. È qui che l'équipe di Maria Capobianchi (2020) riuscì a isolare il virus e da lì sono partite le ricerche che coinvolsero buona parte dei laboratori mondiali. Da questo punto parte la storia che ci interessa in queste pagine: come erano attrezzate le istituzioni? Quali piani epidemiologici erano presenti in quel momento? Come risposero all'allerta? Come approntarono un adeguato piano di comunicazione?

Un primo punto nodale fu la cooperazione tra il SERESMI (Servizio Regionale Sorveglianza Malattie Infettive) e lo Spallanzani. Quella sinergia tra un ente organizzativo e uno ospedaliero permise di individuare l'epicentro dei casi autoctoni in Lombardia, tra Alzano Lombardo e Codogno. In breve tempo, la Provincia di Lodi e l'area del basso Lodigiano furono identificate come epicentro dell'epidemia, portando all'istituzione della prima "zona rossa" in dieci comuni lombardi. Cosa era successo? Era accaduto che l'irrefrenabile desiderio di recarsi allo stadio (e, mesi più tardi, in discoteca, in Sardegna¹, provocando un ulteriore ceppo epidemico) innescò un processo di contagio repentino. A Bergamo si giocava Atalanta-Valencia e gran parte dei tifosi della Dea, come viene chiamata la squadra nerazzurra, proveniva dalle valli bergamasche: Codogno, appunto. Cosicché, mentre in gran parte del Paese si stava diffondendo – pur con una considerevole dose di scetticismo – la paura che il virus stesse attecchendo non solo in Cina, ma anche in Italia – dove cinema, sale da concerto, università e teatri erano comunque sempre più deserti – il dio pallone compiva il suo solito mestiere di aggregatore delle masse. Il contatto tra le autorità italiane e quelle spagnole confermò la relazione tra la sfida calcistica e la diffusione del virus: anche la Spagna doveva pagare il fio per un eccesso di tribolazioni pedatorie.

Col passare delle settimane, l'aumento esponenziale dei casi rese impossibile tracciare manualmente tutte le catene di contagio. Le autorità sanitarie cominciarono quindi a individuare i comuni più colpiti sulla base dei tassi di incidenza e delle ospedalizzazioni, adottando misure restrittive mirate, tra cui la creazione di ulteriori zone rosse e la chiusura di intere aree urbane per contenere la diffusione del virus.

Il piano emergenziale pandemico che l'Italia aveva a disposizione in quel momento risaliva a quasi tre lustri prima. Si trattava del cosiddetto *PanFlu*, elaborato nel 2006 per affrontare eventuali pandemie influenzali e mai più aggiornato. Pertanto, il problema principale che si presentò – sul piano squisitamente organizzativo – fu quello del reperimento e della fabbricazione delle mascherine, primo tra i dispositivi del piano pandemico predisposto in fretta e furia a rendersi indispensabile. È a questo punto che entra in gioco anche il ruolo degli esperti, chiamati a discettare su origini e possibili soluzioni all'epidemia da coronavirus, non ancora percepito in tutto il suo potenziale esiziale. Opinioni, dibattiti, informazioni e antagonismi in sede mediatica costituirono lo spettro di una forma di comunicazione disarticolata, incoerente, incapace di fare da bussola a una (parte della) cittadinanza in stato

¹ Durante l'estate del 2020, in Sardegna si verificarono significativi focolai di Covid-19 legati ad alcune discoteche esclusive della Costa Smeralda. Rientrati nelle rispettive regioni, questo piccolo esercito di edonisti a tutti i costi determinò un aumento esponenziale dei contagi, portando a più drastiche misure di controllo del virus.

di ansia. Proprio questa contraddittorietà di punti di vista, di opinioni offerte ora con estrema sicumera, ora col beneficio del dubbio – come si capirà meglio nei capitoli 7 e 8 di questo volume – ha giocato un ruolo assai rilevante, se non cruciale, nel determinare i pesi da distribuire tra richieste di tutela (esprimibile in “voglio che lo Stato protegga la mia salute”) e salvaguardia delle libertà individuali (“voglio fare come meglio credo”): due piatti di una bilancia che – ad anni di distanza dalla pandemia – si configurano ancora come i poli di inclinazioni antinomiche, al punto da assurgere ad autentici indicatori di orientamento valoriale.

Dunque, nello scenario che si profilava all’inizio del 2020, non solo il piano pandemico aveva un’età tale da poter aspirare al servizio militare, ma mancavano i dispositivi sanitari e le strutture per i ricoveri erano insufficienti. In questo, il Lazio – come ci ha testimoniato l’allora assessore alla Sanità della Regione, Alessio D’Amato – fece da apripista, giocando un ruolo esemplare. Vennero così “precettate” strutture alberghiere mentre, sul piano nazionale, vennero istituite le Zone Rosse, destinate a segnalare il livello di pericolosità dato dalla diffusione del virus. Insomma, fosforo e fantasia – coniugate con l’esperienza e un’avvedutezza che avrebbe forse potuto essere più draconiana² – gettarono le basi per il contenimento, per quanto possibile, del virus: una vera e propria corsa contro il tempo. Ne seguirono i primi, perentori provvedimenti: contingentamento, chiusure di scuole e uffici (e, più tardi e a malincuore, di fabbriche), quarantene e precettazione di nuovi presidi sanitari, nonché riconversione delle strutture ospedaliere. Ma non tutto, in Italia, è stato gestito con la stessa prontezza, motivo per cui in questo volume si fa riferimento non solo ai dati nazionali, ma anche a quelli che mettono a confronto tre Regioni – la Lombardia, il Lazio e la Campania – che hanno gestito molto diversamente sia la fase di allerta che quella della campagna vaccinale. Deve essere infatti ricordato che mentre nel Lazio, a seguito dell’allerta diramata dall’OMS già nel dicembre 2019, si era cominciato a mettere mano a un possibile piano pandemico, in Lombardia, e più precisamente ad Alzano Lombardo, al ritardo organizzativo corrispose lo zenith dell’allarme sanitario. È da lì, infatti, che proveniva il cosiddetto “paziente zero”, un podista che aveva fatto la maratona (un’attività ad altissimo tasso di “promiscuità” fisica). L’uomo si era recato per ben tre volte al pronto soccorso di Alzano, da dove fu rimandato a casa in altrettante occasioni. Dall’insieme di questi fatti, che colpiscono l’Italia con diseguale virulenza,

² Il riferimento è alle critiche che vennero mosse all’allora presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, sui ritardi rispetto al confinamento forzato. Tra i più severi censori c’è Luca Ricolfi, che – dati alla mano – ha cercato di dimostrare che il ritardo di un paio di settimane, a causa della moltiplicazione in progressione geometrica del virus (Ricolfi, 2020), aumentò drasticamente il numero di morti.

ebbe inizio una lotta contro il tempo che dice molto, in termini sociologici, sia rispetto alla dimensione organizzativa, sia in relazione alle dinamiche propriamente osservabili con le categorie della sociologia della scienza.

Questo scenario diseguale, segnato da incertezze istituzionali e da una gestione diversificata su base regionale, ha posto le basi – non sempre solide – per la fase successiva, quella della campagna vaccinale. Dopo i primi mesi di caos organizzativo e comunicativo, le istituzioni sanitarie, affiancate da task force scientifiche e commissari straordinari, hanno cercato di strutturare una risposta sistemica più coerente. Tuttavia, il passaggio dalla gestione dell'emergenza alla pianificazione vaccinale non fu né lineare né uniforme: esso ha rappresentato, piuttosto, una seconda fase critica nella quale si è tentato di compensare le mancanze iniziali con strumenti più centralizzati e con una maggiore visibilità mediatica. È in questa cornice che si inserisce la campagna vaccinale, non solo come risposta sanitaria, ma come vero e proprio banco di prova per l'intero assetto organizzativo e istituzionale del Paese.

La campagna vaccinale si è quindi sviluppata come risposta primaria a questa crisi, con l'obiettivo non solo di proteggere la popolazione, ma anche di garantire la tenuta delle strutture sanitarie e di ripristinare una relativa normalità nelle relazioni sociali e nelle attività economiche. Tuttavia, l'emergenza ha evidenziato fragilità nelle infrastrutture sanitarie e nelle dinamiche istituzionali, aprendo nuovi spazi di riflessione sociologica sulle disuguaglianze di accesso alla salute e sulla capacità delle istituzioni di generare consenso attorno alle politiche di sanità pubblica (Beck, 1986; trad. it. 2000).

Le fragilità del sistema sanitario italiano si sono rese evidenti fin dalle prime settimane di emergenza. Negli anni precedenti alla pandemia, molte Regioni avevano operato tagli alla spesa sanitaria, riducendo personale, posti letto e strutture in nome di una razionalizzazione dei costi che si è rivelata controproducente in fase emergenziale. L'improvviso afflusso di pazienti, in particolare nei reparti di terapia intensiva, ha determinato una saturazione rapida e drammatica dei posti letto disponibili negli ospedali (che, peraltro, già pativano forti iniquità a livello nazionale, soprattutto nello scarto esistente tra Nord e Sud del Paese), costringendo a una riorganizzazione in tempo reale della rete ospedaliera e alla sospensione di numerose attività ordinarie. Il sistema, già provato da anni di sottofinanziamento (questione sulla quale, per altre vie, si tornerà nel capitolo conclusivo di questo volume), si è trovato impreparato ad affrontare una crisi su scala nazionale e ad alta intensità. Come si vedrà nei capitoli successivi, alcune Regioni, come il Lazio, hanno mostrato una maggiore prontezza operativa, anche grazie a una rete già collaudata di sorveglianza e tracciamento; altre, invece, si sono trovate in affanno, evidenziando ritardi nei protocolli di contenimento, nella creazione degli hub vaccinali e nell'adozione di misure restrittive.

La gestione dell'emergenza ha sollevato anche numerose questioni sul piano istituzionale. Il rapporto tra Stato centrale e Regioni è stato spesso segnato da tensioni, ambiguità normative e sovrapposizioni di competenze, che hanno contribuito a generare incertezza tanto tra gli operatori sanitari quanto tra i cittadini. La già ricordata assenza, all'inizio della pandemia, di un piano pandemico nazionale aggiornato – vale la pena di ribadire che il riferimento in uso risaliva al 2006 e riguardava scenari di influenza stagionale – ha reso più difficoltosa l'adozione tempestiva di strategie condivise. La frammentazione delle risposte regionali e la difficoltà di costruire un coordinamento efficace tra i diversi livelli istituzionali possono essere interpretate alla luce del concetto di “reti organizzative” (Pacetti e Pichierri, 2021), che descrive quelle configurazioni in cui il potere e le funzioni operative sono distribuiti tra nodi relativamente autonomi, con legami cooperativi ma debolmente integrati. In questo tipo di assetti, il *loose coupling* (accoppiamento lasco) tra le componenti della rete consente una certa flessibilità, ma rischia anche di ostacolare l'apprendimento comune e l'allineamento delle strategie, come si è potuto osservare proprio nelle prime fasi della pandemia in Italia. A ciò si è aggiunta una comunicazione istituzionale non sempre coerente o ben mediata, che ha alternato fasi di allarmismo a momenti di rassicurazione, senza riuscire a costruire una narrazione unitaria e credibile della crisi. Come osservato da vari esperti, tra cui Andrea Crisanti (si veda a questo proposito il Cap. 8), l'Italia ha pagato lo scotto di una cronica carenza di giornalismo scientifico capace di interpretare, filtrare e rendere comprensibili al pubblico i dibattiti tra esperti, contribuendo così a un clima di confusione e polarizzazione (cfr. anche Cap. 7).

1.3. Dalla gestione dell'emergenza alla campagna vaccinale: logiche organizzative e disomogeneità attuative

La centralizzazione operata attraverso la nomina del Commissario straordinario – prima Arcuri, poi Figliuolo – ha rappresentato un tentativo di superare le disfunzioni del decentramento, convogliando la gestione logistica e operativa in una struttura unica. Questo tentativo ha prodotto, tra le altre cose, una tendenza all'uniformazione delle pratiche tra le diverse Regioni, anche laddove i contesti epidemiologici e organizzativi locali avrebbero suggerito soluzioni differenziate (attuate, almeno in parte, con l'introduzione di una differenziazione su base cromatica)³. Questo fenomeno può essere effi-

³ Durante la pandemia da Covid-19, il governo italiano ha adottato un sistema di classificazione del rischio su base regionale, distinguendo le Regioni in zone rosse, arancioni, gialle

cacemente descritto attraverso la categoria di “isomorfismo coercitivo” proposta da DiMaggio e Powell (1983), secondo cui le organizzazioni si adeguano a modelli esterni sotto la pressione normativa o politica, più che sulla base di una valutazione di efficacia. Nel caso italiano, il forte accentramento delle scelte ha dunque contribuito a questa omogeneizzazione, talvolta a scapito di una reale adattabilità. Ecco spiegato perché questo modello ha conosciuto fasi alterne, con criticità legate agli approvvigionamenti nella fase iniziale e a difficoltà di coordinamento con gli enti territoriali. L’intero impianto della governance sanitaria si è trovato così a fare i conti con la sfida di produrre decisioni rapide ed efficaci in un contesto di elevata incertezza, cercando al contempo di conservare quanto più intatta possibile la fiducia dei cittadini. Come suggerito da Beck (1986; trad. it. 2000), nelle società del rischio la posta in gioco non è solo la gestione tecnica del pericolo, ma anche la costruzione di legittimità attorno alle scelte istituzionali: una legittimità che si fonda sulla trasparenza, sulla partecipazione e sulla capacità di rispondere in modo equo ai bisogni della popolazione.

In questo quadro, la campagna vaccinale ha rappresentato uno snodo fondamentale per verificare l’efficacia del nuovo assetto commissariale e la sua capacità di orientare una risposta organizzata e capillare. Nel nostro Paese, la campagna vaccinale è stata avviata ufficialmente il 27 dicembre 2020, con il “Vaccine Day”, a soli undici mesi di distanza dal caso registrato sul territorio italiano il 29 gennaio: un record. L’obiettivo principale era l’immunizzazione di massa, con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili, come gli anziani e i soggetti con patologie pregresse. La campagna si articolava in diverse fasi: inizialmente indirizzata a operatori sanitari e ospiti delle RSA, è stata poi estesa progressivamente al resto della popolazione.

Questa struttura era modellata su criteri di priorità epidemiologica, ma anche di equità sociale, cercando di mitigare le disuguaglianze territoriali e di accesso (ISTAT, 2021). L’obiettivo era quello di garantire che le categorie più vulnerabili – per età, condizioni cliniche o status socioeconomico – potessero accedere tempestivamente alla vaccinazione, anche nelle aree periferiche o meno infrastrutturate. Tuttavia, le già richiamate disuguaglianze persistenti tra le Regioni italiane – *fil rouge* che attraversa parte di questo volume – hanno inciso profondamente sull’efficacia dell’implementazione, riflettendo una storica frammentazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e un’evidente eterogeneità nella capacità organizzativa e amministrativa a livello locale (Ferrera, 2012).

e bianche a seconda della gravità della situazione epidemiologica. Ogni colore comportava diversi livelli di restrizioni su mobilità, scuola e attività economiche, sulla base di indicatori condivisi tra Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità.

In un primo momento, la gestione della campagna vaccinale fu affidata al Commissario straordinario Domenico Arcuri, già in carica dall'inizio dell'emergenza pandemica. La sua azione si collocava in una fase ancora fortemente condizionata dalla scarsità di dosi e dalla necessità di avviare la macchina logistica in un contesto di grande incertezza. A partire da marzo 2021, con l'insediamento del Governo Draghi, la guida della struttura commissariale passò al Generale Francesco Paolo Figliuolo, segnando un cambio di passo nell'organizzazione della campagna. Figliuolo introdusse un approccio fortemente orientato alla logistica, ispirato a una "filosofia operativa" di tipo militare, che puntava sull'impiego delle infrastrutture della Difesa, sulla standardizzazione delle procedure e sull'ottimizzazione delle risorse.

Un elemento cruciale in questa seconda fase fu il rafforzamento del coordinamento tra Protezione Civile e Regioni, nella prospettiva di ridurre le disomogeneità territoriali e di garantire un'attuazione più uniforme delle politiche vaccinali. L'intervento della struttura commissariale sotto la direzione di Figliuolo si propose, dunque, di colmare le inefficienze emerse nella fase iniziale, imprimendo una maggiore centralizzazione e una maggiore rapidità di esecuzione, pur continuando a confrontarsi con il pluralismo decisionale insito nell'assetto istituzionale italiano.

La filosofia logistica di Figliuolo si è basata su tre pilastri fondamentali: (1) la previsione e distribuzione capillare delle dosi vaccinali; (2) la cooperazione interistituzionale; (3) l'uso delle Forze Armate come strumento di supporto alle autorità civili. In termini sociologici, questo approccio può essere letto come un tentativo di ridurre l'incertezza e la complessità del sistema attraverso l'applicazione di modelli organizzativi gerarchici e razionalizzati (Weber, 1922; trad. it. 1961, pp. 368-386). Tuttavia, la relazione tra attori istituzionali – governo centrale, Regioni, Protezione Civile – ha mostrato criticità: conflitti di competenza e mancanza di uniformità nell'attuazione regionale hanno rappresentato ostacoli significativi.

La difformità di risposta organizzativa delle diverse Regioni italiane è alla base della scelta metodologica operata in occasione della ricerca presentata in questo volume. Come si vedrà meglio in seguito (cfr. cap. 4), non solo la diffusione del virus ha avuto un impatto diseguale nelle diverse Regioni italiane (determinando, non a caso, l'adozione di un modello basato sulla già ricordata distinzione cromatica in termini di livello di rischio), ma è anche diventato vettore di una diversa prontezza di risposta alla situazione emergenziale. In questo contesto, la Lombardia ha mostrato sia un handicap sul fronte epidemiologico (è superfluo ricordare che la Regione governata da Attilio Fontana è stata la più colpita, ma anche quella che più ha tergiversato rispetto al da farsi, mostrando forti oscillazioni di intenti tra la necessità di tutela della salute dei cittadini e garanzie di prosecuzione delle attività in-

dustriali e commerciali: i *danée* sempre al primo posto...), sia in termini organizzativi. Al contrario, Lazio e Campania hanno dimostrato una reattività e una capacità organizzativa ben al di sopra di quella di altre Regioni italiane. È questa la ragione per cui si è deciso di imperniare alcune delle analisi presentate in questo volume esclusivamente su queste tre Regioni⁴. Più in particolare, va ricordato che il Lazio si è distinto per un approccio centralizzato e tecnologico, grazie alla piattaforma di prenotazione online altamente efficiente. Questo modello ha permesso una distribuzione relativamente equa delle dosi, ma ha evidenziato problemi di accessibilità digitale per alcune fasce della popolazione. La Campania, dal canto suo, ha adottato un approccio misto, guidata con piglio draconiano dal governatore De Luca, artefice di una forma di comunicazione pubblica e di decisionismo politico tanto naïf quanto concreti. Tuttavia, la dipendenza da infrastrutture sanitarie già sovraccaricate ha limitato l'efficacia del piano vaccinale, accentuando in parte alcune disuguaglianze territoriali. Infine, la Lombardia, pur essendo una delle Regioni con maggiori risorse, come si è accennato ha inizialmente affrontato problemi organizzativi significativi, con ritardi nella distribuzione e nella gestione delle prenotazioni. Questi problemi sono stati attribuiti a una governance frammentata (quando non inefficiente e incline a temporeggiare oltre il dovuto) e alla sovrapposizione di competenze tra istituzioni.

Questa marcata eterogeneità nella risposta regionale non si riflette soltanto nelle strategie adottate o nei tempi di attuazione, ma anche nella qualità e nell'affidabilità dei dati prodotti e comunicati durante la campagna vaccinale. Un aspetto critico dell'analisi, come si diceva all'inizio di queste pagine, riguarda proprio la difficoltà di ottenere dati precisi e comparabili. In particolare, la definizione di "morte per Covid-19" ha generato dibattiti sia sul piano clinico sia su quello sociologico, evidenziando – come si è già detto – la complessità di distinguere tra decessi "con Covid-19" e "per Covid-19". Questo problema riflette una più ampia difficoltà di categorizzazione nei processi di produzione dei dati sanitari, che influenzano la percezione pubblica dell'emergenza e la legittimazione delle politiche vaccinali (Latour, 2005).

La difficoltà non riguarda soltanto la definizione di causalità nei casi di decesso, ma investe l'intero sistema di rilevazione e diffusione dei dati legati

⁴ In realtà, occorre considerare anche un secondo elemento, che contribuisce a delineare più chiaramente i contorni di quella che può essere definita come "un'altra pandemia": la difficoltà di accesso – quando non la completa assenza – dei dati regionali disaggregati relativi a ricoveri, decessi e dosi vaccinali somministrate. Nonostante le richieste provenissero da ricercatori afferenti a istituti accademici o scientifici autorevoli, gli autori di questo volume si sono spesso scontrati con ostacoli impreveduti nell'ottenere microdati a livello comunale, evidenziando una criticità strutturale nella trasparenza e nell'interoperabilità dei sistemi informativi pubblici.

alla pandemia. Nel corso della campagna vaccinale, molte Regioni italiane hanno comunicato i dati in modo disomogeneo, con criteri di classificazione differenti, frequenze irregolari e aggiornamenti non sempre trasparenti, per usare un eufemismo. Questa frammentazione ha prodotto una sorta di “disomogeneità epistemica”, per cui i dati – pur presentandosi come oggettivi – erano in realtà il risultato di scelte metodologiche, politiche e organizzative non sempre esplicitate. Come osserva Desrosières (2008), i numeri non sono semplici descrizioni della realtà, ma costruzioni sociali che riflettono pratiche istituzionali e rapporti di potere. Di conseguenza, la possibilità di confrontare dati tra Regioni, o anche di verificare l’aderenza tra dati ufficiali e realtà locali, è risultata compromessa e ha richiesto più di un’acrobazia statistico-metodologica ad alcuni degli autori di questo volume⁵.

Tali criticità non si sono limitate alla fase diagnostica o alla conta dei decessi, ma hanno coinvolto anche la registrazione delle somministrazioni vaccinali, la quantificazione delle dosi disponibili e persino la stima delle adesioni o delle rinunce. In alcune fasi della campagna, i dati aggregati nazionali si sono rivelati poco attendibili, alimentando sospetti di occultamento o manipolazione, o quantomeno di opacità istituzionale. In questo senso, la pandemia ha rappresentato un banco di prova anche per la “governamentalità dei numeri” (Mennicken ed Espeland, 2019), mostrando – va ribadito – quanto il potere di quantificare coincida sempre più spesso con il potere di governare.

Nel contesto italiano, caratterizzato da un sistema sanitario regionalizzato e da una cultura amministrativa frammentata, tali problemi si sono amplificati. La gestione locale dei dati ha reso difficile costruire una base informativa condivisa e affidabile, sia per i decisori politici che per l’opinione pubblica. Questa incertezza informativa ha avuto effetti anche sulla fiducia nei confronti delle istituzioni e delle misure di contenimento: la trasparenza e la coerenza nella comunicazione dei dati sono infatti elementi fondamentali per la produzione di consenso in situazioni di crisi (Jasanoff, 2004).

In definitiva, la difficoltà di accedere a dati certi e confrontabili non è solo un problema tecnico, ma un nodo strutturale che tocca il cuore del rapporto tra scienza, politica e società. La pandemia ha evidenziato che l’autorità dei numeri non può essere disgiunta dalla loro credibilità, e che quest’ultima dipende non soltanto dalla qualità metodologica delle rilevazioni, ma anche dalla fiducia nei processi istituzionali che li producono e li diffondono.

Per cercare di trovare una via possibile a queste difficoltà, alle anomalie che esse sembrano sottendere e, al tempo stesso, per dare conto dell’organizzazione della campagna vaccinale con un approccio ad ampio spettro, il volume è stato articolato in tre parti: una dedicata alla ricostruzione dello sce-

⁵ Si vedano, in particolare, i capitoli 3, 4 e 5.

nario in cui è apparsa la pandemia; una seconda in cui si è fatto riferimento ai numeri della campagna vaccinale e una terza attraverso la quale si è dato conto del fitto intreccio esistente tra decisori della politica, scienziati e sistema della comunicazione.

Più nel dettaglio, il capitolo che segue (a firma di Melissa Mongiardo) esplora come la crisi pandemica abbia rappresentato un'opportunità di ripensamento del ruolo dello Stato e dei modelli di governance. Il terzo capitolo (redatto da Selene Greco e Gerardo Ienna) ha l'obiettivo di esaminare le dinamiche geopolitiche e strategiche relative alla produzione e alla distribuzione dei vaccini Covid-19, concentrandosi sul concetto di *egemonia vaccinale* e sulla competizione tra i Paesi per il dominio scientifico, economico e politico.

I numeri fanno il loro ingresso nei tre capitoli successivi, nei quali batte il cuore statistico del volume. Con una vocazione quasi unitaria, i tre capitoli considerano proprio i diversi aspetti che, dati alla mano, hanno interessato le differenze tra Regioni, l'organizzazione degli hub vaccinali e la configurazione territoriale dei centri vaccinali tra poli e periferie. In particolare, il quarto capitolo (di Chiara Coluccia ed Enrico Nerli Ballati) analizza l'andamento della campagna vaccinale anti-Covid-19 nelle Regioni di Lombardia, Lazio e Campania, utilizzando dati rilasciati dal Ministero della Salute. In esso viene esaminata l'intensità delle somministrazioni e l'efficienza del processo attraverso indicatori come la percentuale di dosi somministrate rispetto a quelle consegnate. Il quinto capitolo (a cura di Raffaella Gallo e Selene Greco) esplora gli aspetti organizzativi e logistici della campagna vaccinale anti-Covid-19 in Italia, concentrandosi sui ruoli degli hub vaccinali e sui sistemi di approvvigionamento. Il sesto capitolo (ancora a cura del combo Coluccia/Nerli Ballati) analizza la distribuzione dei centri vaccinali in Italia, evidenziando la transizione da una gestione centralizzata a una più decentrata, con l'implementazione di hub nelle aree urbane e periferiche.

La parte restante del volume adotta una prospettiva analitica diversa ma complementare, focalizzandosi sul ruolo della comunicazione pubblica e dei media durante la campagna vaccinale. In particolare, il settimo capitolo – curato da Mauro Bomba, Alice Luceri, Melissa Mongiardo e Christian Ruggero – analizza la copertura mediatica del 2021 nei principali quotidiani italiani, avvalendosi degli strumenti del text mining per indagare le narrazioni prevalenti in favore o contro la vaccinazione. Il volume si chiude con un capitolo firmato dal curatore, che raccoglie interviste e documenti inediti provenienti da alcuni tra i principali attori istituzionali e scientifici di quella stagione. Tali materiali forniscono il supporto empirico per un'analisi critica della gestione dell'emergenza, con particolare attenzione ai meccanismi attraverso cui si è costruito il consenso intorno alle decisioni pubbliche. L'o-

biettivo è offrire una lettura articolata delle dinamiche di coproduzione tra politica, scienza e comunicazione, nella consapevolezza che la “verità” sulla pandemia è stata anche il risultato di un complesso processo di negoziazione sociale e istituzionale.

L’obiettivo è, dichiaratamente, quello di offrire una lettura “altra” rispetto alla narrazione *mainstream*. Una lettura, dunque, che si basi su una concettualizzazione metodologica rigorosa e che, altrettanto rigorosamente, sia fondata su fatti, dichiarazioni, dati.

Riferimenti bibliografici

- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderna*. Frankfurt am Main: Suhrkamp (trad. it. *La società del rischio*. Roma: Carocci, 2000).
- Bor, A., Jørgensen, F., & Bang Petersen, M. (2023). “Discriminatory attitudes against unvaccinated people during the pandemic”. *Nature* (613), 704–711. doi:<https://doi.org/10.1038/s41586-022-05607-y>
- Capobianchi, M. (2020). *Coronavirus. Cos’è, come ci attacca, come difendersi*. Roma: Castelvecchi.
- Cosentino, C., Sarli, A., Guasconi, M., Mozzarelli, F., Foà, C., De Simone, R., . . . Bonacaro, A. (2024). “Measuring the psychosocial impact of COVID-19 by means of the ‘international student well-being study questionnaire’: Evidence on Italian university students”. *Helyon*, 10(7). doi:<https://doi.org/10.1016/j.helyon.2024.e28342>
- Desrosières, A. (2008). *The Politics of Large Numbers: A History of Statistical Reasoning*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). “The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields”. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. doi:<https://doi.org/10.2307/2095101>
- Faggiano, M. P. (Ed.). (2024). *Gli italiani nell’evoluzione pandemica*. Milano: FrancoAngeli.
- Ferrera, M. (2012). *Il Welfare State in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- ISTAT (2021). *Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese*. Retrieved from www.istat.it: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2021-la-situazione-del-paese/>
- Jasanoff, S. (2004). *States of Knowledge: The Co-production of Science and the Social Order*. London: Routledge.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Lombardo, C., & Mauceri, S. (Eds.). (2020). *La società catastrofica. Vita e relazioni sociali ai tempi dell’emergenza Covid-19*. Milano: FrancoAngeli.
- Marazziti, D., Pozza, A., Di Giuseppe, M., & Conversano, C. (2020). “The psychosocial impact of COVID-19 pandemic in Italy: A lesson for mental health prevention in the first severely hit European country”. *Psychological Trauma*:

- Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 531-533.
doi:<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000687>
- Mennicken, A., & Espeland, W. N. (2019). "What's New with Numbers? Sociological Approaches to the Study of Quantification". *Annual Review of Sociology* (45), 223–245. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073117-041343>
- Nobile, S. (2024). *Voci dissonanti. Snodi tematici dei refrattari al vaccino*. In M. P. Faggiano (a cura di), *Gli italiani nell'evoluzione pandemica* (pp. 282-301). Milano: FrancoAngeli.
- Pacetti, V., & Pichierri, A. (2021). *Le reti organizzative. Che cosa sono e come si studiano*. Bari-Roma: Laterza.
- Quammen, D. (2012). *Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic*. New York: W.W. Norton & Company.
- Ricolfi, L. (2020). *La notte delle ninfee. Come si malgoverna un'epidemia*. Milano: La nave di Teseo.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J. C. B. Mohr; trad. it. *Economia e società*. Milano: Edizioni di comunità, 1961.

2. Ripensare lo Stato attraverso la crisi: la lezione della gestione commissariale

di Melissa Mongiardo*

2.1. Il tempo zero

Nel continuo processo di costruzione e archiviazione della memoria collettiva che coniuga tempo raccontato – e dunque vissuto e storico – e spazio costruito (Ricoeur, 2000), la pandemia è lo zero di cui esiste un prima e un dopo.

Assumendo questo zero quale prisma di rifrazione è possibile interpretare e cogliere alcuni aspetti caratterizzanti l'altra pandemia¹ che a un occhio poco allenato potrebbero sfuggire. Sono gli aspetti che attengono alla gestione e all'organizzazione di una fase straordinaria, che sembrano andare nella direzione di un rilancio del Paese, svegliato di soprassalto dal torpore di (in)decisioni politiche che lo hanno progressivamente indebolito, fino al paradosso di essere al tempo stesso: terza potenza economica europea e oggetto di un progressivo e inarrestabile processo di deindustrializzazione che ha visto dismettere settori e apparati produttivi di eccellenza (Gallino, 2003).

Quello che si propone al lettore è un racconto prepolitico e senza partigianerie, che intende dar conto di questo tempo zero. Dove tutto ha un ritmo

* L'autrice del capitolo e il curatore del volume ringraziano il Dottor Domenico Arcuri per il tempo dedicato e il prezioso materiale messo a disposizione senza il quale questo contributo non sarebbe stato possibile. Nei fatti il capitolo si basa prevalentemente sulle informazioni contenute nella *Relazione alla Presidenza del Consiglio dei ministri sull'attuazione delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19. Per il periodo 18 marzo 2020 – 28 febbraio 2021* redatta dallo stesso Arcuri alla scadenza del mandato da Commissario Straordinario e sul *Piano Vaccinale Anticovid* varato dalla stessa struttura commissariale presentato in data 28/02/2021.

¹ In linea con quanto già chiarito nel primo capitolo, facendo riferimento al concetto di *altro* si propone una lettura alternativa del fenomeno pandemico che va oltre la mera narrazione della dimensione epidemiologica. In questo contesto, si considerano tutti quegli elementi che in maniera determinante hanno giocato un ruolo nel contribuire al mutamento della società nel pieno della gestione di una crisi di sistema.

e una velocità; dove tutto tende alla stagnazione o alla proiezione verso il futuro. È la restituzione di quella che possiamo chiamare *pandemia a velocità diverse*, del regionalismo dei sistemi sanitari, di un sistema Paese sclerotizzato. Di un'Italia impreparata, che precipita in una condizione di emergenza senza un piano pandemico, né tantomeno industriale. L'Italia dell'anomia di leggi universalistiche, capaci di offrire a tutti i cittadini una stessa forma di tutela. In affanno, una e indivisibile, ma al tempo stesso sommatoria di localismi e particolarismi. Della bella addormentata che si ridesta nel tempo zero e, con uno sforzo non di poco conto, si dimostra ancora capace di coniugare efficacia ed efficienza, fronteggiando l'emergenza e al tempo stesso provando a rilanciare sé stessa. In questa prospettiva, l'altra pandemia è un'occasione di ripensamento strutturale del sistema. E per paradosso questo accade quando la politica è messa in un angolo, in un contesto in cui anche i partiti politici² sono tecnicamente *commissariati* da un'organizzazione animata da quella che potremmo azzardarci a definire *ideologia dell'emergenza*. Dove l'ideologia ha una funzione politica, si fa fondamento dell'ordine sociale e regola il rapporto tra governati e governanti, oscillando tra il polo del consenso e quello della forza (Pareto, 1921).

Nell'altra pandemia si tiene la più grande campagna vaccinale del nostro tempo, che può essere compresa solo se inserita all'interno di un processo di più ampio respiro.

La prospettiva da cui osserviamo i fatti è quella della gestione, pianificazione e organizzazione delle misure emergenziali, sullo sfondo di criticità autoevidenti. È l'occasione per evidenziare tutti quegli elementi in grado di stimolare un dibattito concreto sulla necessità di ridefinire il modello di *governance* e di sviluppo del sistema-Italia.

2.2. Le radici della vulnerabilità

Alla vigilia della pandemia, l'Italia è in una crisi latente, non solo economica ma anche politica e sociale. Vittima di scelte politiche miopi che hanno, come effetto inatteso, assolto a una funzione destrutturante del sistema Paese. Da un lato il perdurare di una crisi sistemica dei settori produttivi e la progressiva destrutturazione del sistema industriale, dall'altro la parcellizzazione del sistema sanitario. Elementi condizionanti la gestione e l'andamento dell'emergenza, che affondano le radici in un passato neanche troppo remoto.

² Tralasciando la letteratura in materia, si invita il lettore a considerare in questa sede i partiti politici italiani come, ancorché necessari al funzionamento della democrazia, attraversati da una crisi profonda, pressoché svuotati della loro funzione sociale e politica, disancorati dal rapporto con l'elettorato.

Bassa produttività, stagnazione di lungo periodo, crescente frammentazione settoriale, alto debito pubblico, fragilità sociale ed economica, crescita inferiore alla media dei Paesi UE. Sono queste alcune delle criticità che caratterizzano il sistema produttivo italiano alla vigilia della pandemia.

Tutto questo ha una origine certa, che possiamo collocare tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta, teatro di eventi che vanno a ridefinire la struttura del nostro comparto produttivo: la crisi del modello fordista; la nascita delle piccole e medie imprese (PMI) e dei distretti industriali; la privatizzazione delle imprese pubbliche; l'apertura a un mercato globale; l'avvio di processi di liberalizzazione, purtroppo privi di una solida visione strategica (Castronovo, 2021). È qui che si innesca un processo di deindustrializzazione, cui non ha seguito una vera e propria riconversione del sistema produttivo (Iacobucci, 2024). Dopo la crisi finanziaria del 2008-2009, e quella del debito sovrano del 2011, l'industria italiana non è riuscita a riprendere un percorso di crescita stabile, paragonabile a quello del picco pre-crisi del 2007 (Castronovo, 2021). Sono anni caratterizzati da ritardi tecnologici, scarsa innovazione, esigui investimenti in ricerca e sviluppo, carenza di ammodernamenti dei sistemi produttivi. Anni di politiche industriali deboli, dove i decisori politici si sono perlopiù limitati a gestire crisi aziendali, antepoendo alla necessità di riforme strutturali l'obbedienza alle politiche economiche e al rigore fiscale.

A ridosso dell'emergenza, il sistema industriale mostrava una forte polarizzazione tra poche grandi imprese internazionalizzate e un tessuto diffuso di piccole e medie imprese, spesso sottocapitalizzate e a basso contenuto tecnologico (Bugamelli *et al.*, 2018). L'investimento in innovazione e digitalizzazione era insufficiente rispetto agli standard europei, in particolare per quanto riguarda la trasformazione dei processi produttivi secondo i paradigmi di "Industria 4.0" (Bianchi, 2018). La capacità dello Stato di dare attuazione a politiche industriali strategiche era debole e frammentaria, come dimostrato da una lunga sequenza di interventi emergenziali privi di una visione sistemica di lungo periodo (Iacobucci, 2024). Le persistenti disuguaglianze tra Nord e Sud continuavano a influenzare negativamente la coesione produttiva nazionale, con il Mezzogiorno sempre più marginalizzato dalle filiere industriali ad alto valore aggiunto (SVIMEZ, 2019).

In altre parole: appariva non più rimandabile una revisione radicale del modello di sviluppo costruito nel dopoguerra, che aveva esaurito tutta la sua spinta propulsiva. Non è solo il declino dell'industria, ma è più strutturalmente il susseguirsi di classi dirigenti incapaci a: disegnare modelli ideali di società cui tendere; raccogliere la sfida del cambiamento, della globalizzazione e dell'innovazione tecnologica; contrastare le disuguaglianze; perseguire gli obiettivi dell'Agenda 2030, usati più come vessillo che come bussola capace di orientare l'azione politica.

Quanto alla sanità, tutto ha inizio nei primi anni Duemila.

Roma, Palazzo Madama, interno giorno. È l'8 marzo del 2001 e in seconda votazione, con l'approvazione della maggioranza assoluta dei suoi componenti, il Senato della Repubblica approva la legge costituzionale in materia di "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"³. È in quel giorno che, ignorando gli effetti perversi che ne sarebbero scaturiti, si inaugura un percorso di progressiva destrutturazione del Sistema Sanitario Nazionale.

È l'11 giugno, il governo Amato II cede il passo al secondo governo Berlusconi, con un avvicinamento di maggioranze politiche di segno opposto. L'iter di riforma non si è ancora concluso. Il 7 ottobre il primo referendum costituzionale della Repubblica chiama gli italiani a esprimersi sulla proposta che viene approvata. Il 18 ottobre le "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" diventano legge⁴. Come riporta l'articolo 117⁵, nel riordino delle competenze tra Stato e Regioni, anche la tutela della salute è tra le materie a legislazione concorrente. È così che, riconoscendo alle Regioni anche la potestà legislativa in materia di sanità, si inaugura quella stagione federalista che avrebbe progressivamente svuotato del principio di universalità il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Quella che sembrava essere una riforma pensata nell'ottica di una maggiore responsabilizzazione e autonomia delle Regioni nel dar corpo a politiche più adatte a ciascun territorio – perseguendo esigenze specifiche – non avrebbe effettivamente portato i benefici immaginati.

La sanità italiana aveva gli anni contati. Ma ancora non lo sapeva. È con l'esplosione della pandemia da Covid-19, la più grande dopo quella di Spagna dei primi del 900, che i limiti di quella riforma sono lampanti.

Marzo 2020: all'insediamento della struttura commissariale, il Ministero della Salute si presenta all'appuntamento con la storia come un'infrastruttura

³ La riforma del Titolo V della Costituzione italiana ha profondamente modificato il rapporto tra Stato e autonomie territoriali. La riforma si basa sul principio del riconoscimento degli enti locali quali istituzioni preesistenti alla nascita della Repubblica e comporta una redistribuzione dei poteri e una riorganizzazione delle competenze legislative, regolamentari e amministrative tra Stato, Regioni ed Enti locali. Ai fini della nostra trattazione, l'aspetto più importante della riforma è l'esito dell'ampliamento delle competenze riconosciute alle Regioni in materia di sanità.

⁴ La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 recante «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione».

⁵ Nell'articolo 117 sono distinte le materie la cui potestà legislativa è di esclusiva competenza dello Stato o è di natura concorrente. In questo secondo caso la ripartizione delle competenze legislative attribuisce allo Stato il compito di fissare i principi fondamentali di indirizzo della materia, mentre alle Regioni quello di emanare le norme di attuazione, in osservanza dei principi stabiliti dallo Stato.

svuotata di competenze in materia di gestione sanitaria, l'autonomia regionale presenta il conto di scelte politiche avventate.

2.3. Nella pancia della balena

È il 18 marzo 2020 quando, in attuazione dell'art.122 del cosiddetto “Decreto Cura Italia”⁶, il Presidente del Consiglio dei ministri, Giuseppe Conte, nomina Domenico Arcuri, Amministratore Delegato di INVITALIA⁷, al ruolo di Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19.

Forte di una consolidata esperienza professionale nella gestione di organizzazioni complesse, nella pianificazione e realizzazione di opere pubbliche acquisita alla guida di INVITALIA⁸, Arcuri mette a disposizione la propria esperienza servendosi della competenza della stessa Agenzia, che diventerà il perno della struttura commissariale, garantendo la propria capacità nelle attività di *procurement* pubblico, stazione appaltante qualificata e centrale di committenza.

L'organizzazione della struttura commissariale si dota delle risorse e della professionalità messe a disposizione dal Dipartimento della Protezione Civile, da INVITALIA, dal Ministero della Salute e da altre Amministrazioni pubbliche. È bene evidenziare che tutti gli incarichi conferiti, compreso quello dello stesso Commissario, siano stati svolti *pro bono*:

Tutti hanno (...) servito il Paese molto al di là del consueto impegno, senza tener conto dei maggior carichi di lavoro (...) per l'incalzare delle misure anti-Covid via via richieste, con una dedizione al mandato assolutamente eccezionale (Arcuri, 2021, p. 11).

⁶ Decreto-legge del 17/03/2020 n. 18.

⁷ INVITALIA – Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p. A., interamente partecipata dal Ministero dell'economia.

⁸ Alla guida di INVITALIA dal 2007, Domenico Arcuri ha lavorato con otto governi diversi che, a prescindere dal colore politico, gli hanno puntualmente rinnovato la propria fiducia. Nell'esercizio delle sue funzioni, Arcuri, si è prevalentemente occupato di sviluppo del sistema produttivo e di reindustrializzazione, con particolare attenzione al Mezzogiorno. A titolo esemplificativo, tra gli interventi principali di rilancio e risanamento del Paese ricordiamo: la ricostruzione degli edifici pubblici dopo il sisma dell'Italia centrale tra il 2016 e il 2017; la riqualificazione e la bonifica dell'area ex Italsider di Bagnoli; realizzazione del nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto.

Al Commissario viene attribuita una vasta gamma di competenze⁹ con una funzione di coordinamento e intervento emergenziale, volte ad agire in maniera diretta in diversi ambiti della società, anche con interventi di tipo strutturale. Le competenze inizialmente attribuite sono in materia di: approvvigionamento e distribuzione massiva dei dispositivi di protezione individuale¹⁰, di apparecchiature medicali e farmaci; organizzazione, acquisto e sostegno della produzione di beni necessari al contrasto alla pandemia; potenziamento della filiera produttiva, anche attraverso l'apertura di nuovi stabilimenti e l'eventuale riconversione di rami di azienda; potenziamento delle strutture ospedaliere, con particolare attenzione ai reparti di terapia intensiva e sub-intensiva; attività funzionali all'erogazione di aiuti per far fronte all'emergenza sanitaria; gestione coordinata del Fondo di Solidarietà dell'Unione europea (FSUE) e delle risorse del fondo di sviluppo e coesione destinato all'emergenza. Nel corso del mandato a queste competenze se ne aggiungono delle altre, tra cui: valutazione dell'effettiva efficacia dei DPI acquistati di concerto con il Comitato Tecnico Scientifico (CTS)¹¹; sicurezza dei luoghi di detenzione e concessione della misura di detenzione domiciliare, prevedendo ulteriori forniture di braccialetti elettronici per contrastare il sovraffollamento delle strutture di pena¹²; attivazione del sistema di allerta e tracciamento Covid-19 attraverso l'istituzione di una piattaforma informatica che darà luogo all'app IMMUNI¹³; riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza pandemica¹⁴ con competenze relative all'attuazione di Piani di riorganizzazione delle reti regionali e locali già approvati dal Ministero della Salute, all'implementazione dei posti letto di terapia intensiva in strutture movimentabili, all'utilizzo/distribuzione di risorse economiche messe a disposizione dal Ministero della Salute alle Regioni e Province autonome; potere di deroga in materia di edilizia per poter dar corpo alle misure straordinarie di intervento sulla rete ospedaliera¹⁵; attivazione delle procedure per garantire l'avvio dell'anno scolastico 2020-2021 contenendo l'e-

⁹ Le competenze attribuite sono diverse da quelle di soccorso e assistenza della popolazione di esclusiva competenza della Protezione Civile.

¹⁰ Di seguito DPI.

¹¹ Art. 5-bis, Decreto Cura Italia.

¹² Art. 123, Decreto Cura Italia. Nelle more di quanto stabilito dall'articolo, per ovviare al sovraffollamento carcerario è nel corso dell'emergenza sanitaria che il Capo dell'Amministrazione Penitenziaria ha richiesto al Commissario straordinario la possibilità di assicurare 1600 braccialetti elettronici per incentivare la detenzione domiciliare.

¹³ Art. 6, Decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28, convertito con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2020, n. 70.

¹⁴ Art. 2, Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

¹⁵ Art. 2, Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, comma 13.

ventuale emergenza sanitaria nelle scuole¹⁶. Non da ultima, la pianificazione e l'organizzazione della campagna vaccinale¹⁷ con le attività di: acquisto e distribuzione nel territorio nazionale dei vaccini anti SARS-CoV-2; avvio della procedura pre-negoziata per l'individuazione di personale sanitario a disposizione delle ASL per incrementare le vaccinazioni nonché per l'assunzione di nuovo personale; individuazione delle strutture presso cui procedere alle somministrazioni.

Questo lungo elenco di competenze così articolate e diversificate (che certo potrebbe aver stancato il lettore), serve a dar conto della vastità del campo d'intervento della Struttura commissariale.

Data la complessità dello scenario, vengono riconosciuti al Commissario straordinario un sistema di poteri *extra ordinem*¹⁸, tra cui il potere di ordinanza, per consentire l'adozione di provvedimenti in deroga a ogni disposizione vigente. *Ratio* che risiede nella necessità di poter garantire la messa in atto di azioni tempestive.

In questa prospettiva l'altra pandemia non è solo un evento inatteso di natura biologica cui dover far fronte, ma è anche l'occasione per mettere in discussione le criticità del sistema tentando un rilancio del Paese. Un laboratorio in cui, attraverso un progressivo processo di statalizzazione, si sperimenta un nuovo modello di *governance*.

2.4. Prove tecniche di futuro

L'immagine di partenza è quella di un Paese *in sonno*, che piomba nella pandemia scoprendosi impreparato e vulnerabile. Il virus corre veloce, l'Italia deve fare altrettanto. Di seguito il resoconto delle principali attività svolte dalla struttura commissariale, presentando le principali criticità del sistema e quelle azioni di contrasto che sono apparse più rilevanti.

L'Italia era del tutto priva della capacità produttiva interna di beni sanitari di prima necessità – mascherine, gel, camici, ventilatori – pagando l'assenza di una politica industriale tesa a sostenerne la produzione che ha condotto ad una progressiva delocalizzazione, per non dire desertificazione, a favore di una concentrazione della produzione di beni essenziali, ancorché di scarso valore aggiunto, nelle nascenti aree industriali dell'Estremo Oriente, dove i costi più bassi del lavoro hanno rappresentato un vantaggio competitivo insormontabile (Arcuri, 2021, p. 12).

¹⁶ Art. 8, commi 8-9 del Decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2020, n. 70.

¹⁷ Art. 1 commi 447-449 e 457-465, legge 30 dicembre 2020, n. 178.

¹⁸ Nel rispetto della Costituzione, dell'ordinamento giuridico e delle norme europee.

Si tratta di una situazione non attribuibile a una contingenza sfortunata, ma piuttosto a una scelta strutturale che affonda le radici nelle trasformazioni del neoliberismo. Sulla spinta dell'efficienza della minimizzazione dei costi, la scelta di investire su segmenti a più alto valore aggiunto, tralasciando quelle produzioni ritenute marginali in tempi ordinari, ma decisive in condizioni di emergenza. Questo abbaglio neoliberista ha indebolito il sistema economico, compromettendo la capacità di garantire beni pubblici fondamentali in situazioni di crisi, di controllarne direttamente la produzione e di rispondere prontamente allo stato di emergenza (Streeck, 2013). A questa situazione di grave impreparazione, la struttura commissariale ha risposto con azioni mirate a riabilitare una capacità produttiva interna, attivando un piano di ricostruzione industriale che ha coinvolto diverse realtà italiane, dando vita a filiere produttive del tutto nuove.

Un primo significativo passo avanti verso l'autonomia produttiva nazionale è stata l'attivazione di un incentivo a fondo perduto per le imprese da 50 milioni di euro gestito da INVITALIA¹⁹. La messa a sistema di questo strumento è stata tempestiva: in due giorni si è dato corpo alla pianificazione dell'incentivo, modellando la concessione dei finanziamenti su criteri di efficienza ed efficacia operativa attraverso meccanismi innovativi, volti a privilegiare gli investitori più virtuosi. In altri due giorni è arrivata l'approvazione da parte della Commissione Europea, che ha riconosciuto il dispositivo come il primo aiuto di Stato, approvato nel quadro del *Temporary Framework*²⁰. Dopo solo quattro giorni, con l'apertura della piattaforma informatica, l'incentivo alle imprese è realtà: complessivamente pervengono 937 domande, 127 rispondono agli standard richiesti e sono ammesse alle agevolazioni. La risposta del mondo imprenditoriale è massiccia: nel luglio del 2020 i fondi stanziati sono esauriti. Le aziende sovvenzionate dislocate sul territorio nazionale – perlopiù in Lombardia, Campania, Emilia-Romagna e Toscana – hanno contribuito alla produzione giornaliera: di 7,5 milioni di mascherine²¹; di 800.000 litri di disinfettanti; di altri DPI come tute, occhiali, calzari, camici. Per ottimizzare e rafforzare l'autonomia produttiva interna e rilanciare il comparto industriale, nel maggio del 2020 si avvia la produzione nazionale *meltblown*, il tessuto filtrante necessario per la realizzazione di alcuni DPI, la cui produzione in Italia era sostanzialmente inesistente e le cui forniture, insufficienti rispetto alla richiesta, erano disponibili sul mercato cinese a un prezzo decuplicato rispetto al valore reale. È bene evidenziare come tutte queste filiere produttive interne abbiano permesso una stabilizzazione dei prezzi finali di vendita.

¹⁹ Art. 5 del decreto “Cura Italia”.

²⁰ Quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19, approvato dalla Commissione Europea in data 19 marzo 2020.

²¹ Chirurgiche, FFP2, FFP3.

Per rispondere all'aumentare delle esigenze di approvvigionamento di mascherine per il sistema pubblico, altrettanto rapidamente è stata avviata la selezione dei partner industriali per la progettazione di macchinari ad alta automazione per la produzione. Ciò rappresenta un esempio virtuoso di collaborazione tra pubblico e privato. Individuate due aziende italiane leader nel settore dell'automazione, IMA e FAMECCANICA, è stato chiesto loro, *pro bono*, di realizzare il prototipo di un macchinario per la produzione di questi DPI. Verificatane l'efficienza (ottocento pezzi al minuto, contro gli ottanta delle macchine cinesi), è stato contrattualizzato con ciascuna impresa l'acquisto di venticinque macchinari. Per l'avvio della produzione sono state individuate tra le realtà industriali italiane quelle che più agevolmente avrebbero potuto garantire l'avvio del processo, nonché: ampia disponibilità di spazi, *know-how* ingegneristico, esperienza di gestione di impianti automatizzati e tecnologie complesse. La scelta è ricaduta su FCA, Luxottica e Fater, cui sono stati distribuiti i macchinari con contratti di comodato d'uso gratuito, senza nessun profitto e con la destinazione esclusiva della produzione di mascherine al Commissario per la distribuzione pubblica a scuole, sanità, forze armate e pubblica amministrazione.

In tema di innovazione produttiva e sociale, un elemento di rilievo è sicuramente rappresentato dal progetto *#ricuciamo*, che ha coniugato il contrasto alla pandemia coi processi di inclusione all'interno del sistema carcerario italiano. Il progetto ha visto il coinvolgimento diretto dei detenuti di tre istituti penitenziari (Milano Bollate, Roma Rebibbia, Salerno) nella produzione di mascherine, attraverso la fornitura di macchinari, la formazione professionale e il supporto di personale esterno con il coinvolgimento, *pro bono*, di soggetti privati. La produzione che ha coperto il fabbisogno dell'intero sistema penitenziario italiano e il progetto, presentato all'ONU e riconosciuto come una *best practice* a livello internazionale, è stato replicato anche in Messico.

I risultati di queste misure sono stati più che significativi: a luglio 2020 cessano le importazioni dalla Cina; a ottobre la produzione nazionale ha eguagliato quella importata; a novembre l'ha superata rendendo l'Italia autosufficiente. Al 28 febbraio 2021 risultano distribuiti oltre 3 miliardi di DPI, tra cui 2,8 miliardi di mascherine, oltre 180 milioni di guanti, 30 milioni di camici e 11 milioni di tute.

Un discorso a parte è quello che riguarda i ventilatori polmonari, che nella gestione emergenziale hanno assunto una rilevanza decisiva.

All'inizio della pandemia una sola azienda, la SIARE Engineering International Group S.r.l., con sede a Bologna, era in grado di produrre ventilatori polmonari ad alta specializzazione. Altra prova concreta della fragilità produttiva del sistema-Italia. Anche in questo frangente la risposta della struttura commissariale è stata rapida: con il coinvolgimento diretto del Ministero della

Difesa che ha fornito personale altamente specializzato per supportare la produzione, è stata incrementata la capacità produttiva dello stabilimento, passando da circa venti a oltre ottanta ventilatori al giorno, nei momenti di massimo fabbisogno. La preferenza accordata alla produzione nazionale di SIARE non è stata solo una scelta tecnica, ma una vera e propria strategia di autonomia industriale sulla scorta di quelle competenze²² che, tra le altre, autorizzavano la centralizzazione dell'acquisto di dispositivi medici. La crisi sanitaria, dunque, da questo punto di vista può essere letta come opportunità per rafforzare un'eccellenza produttiva del sistema-Italia, scongiurando la dipendenza dai mercati internazionali in un momento di forte concorrenza globale.

Nel complesso, sono stati acquistati 3.520 ventilatori prodotti da SIARE, integrati da 275 ventilatori AEONMED VG70 di produzione estera e da 472 ventilatori donati da soggetti terzi (aziende, fondazioni, enti pubblici). Considerate le problematiche del sistema sanitario nel suo complesso l'approvvigionamento di ventilatori, è stato pensato anche in una logica di rafforzamento della rete ospedaliera e di prevenzione di future crisi che andasse oltre la fase strettamente pandemica. I ventilatori sono stati infatti utilizzati per: potenziare le terapie intensive, contribuendo all'attivazione di oltre 9.000 nuovi posti letto (a inizio pandemia il numero superava di poco le 5.000 unità); per sostenere strutture strategiche come lo Spallanzani di Roma; per creare una scorta nazionale di 1.487 unità, da destinare a eventuali recrudescenze o nuove epidemie. Tutte le apparecchiature a disposizione sono state distribuite in comodato d'uso gratuito, mantenendo la proprietà pubblica e assicurando la tracciabilità tramite una piattaforma digitale nazionale. Questa scelta ha permesso una gestione centralizzata e trasparente, evitando dispersioni, accumuli o usi impropri da parte delle singole Regioni.

Nel rispetto del principio di trasparenza e di rendicontazione pubblica tutto è stato rendicontato attraverso il portale di Analisi Distribuzione Aiuti (A.D.A.) ed è bene precisare che, per ridurre il rischio di speculazione, per gli acquisti non sono mai stati effettuati pagamenti anticipati.

Quanto fin qui ricostruito evidenzia come, grazie a un nuovo processo di statalizzazione, accentramento decisionale e capacità di razionalizzazione e semplificazione dei processi, si è innescato un processo virtuoso di riattivazione industriale e di rilancio di settori strategici del sistema produttivo italiano. La cooperazione tra pubblico e privato, la solidarietà industriale, l'efficientamento burocratico, traducono il tentativo plurale di trasformare l'emergenza sanitaria in un'occasione capace di innescare funzionali processi di ricostruzione.

Accanto a quello industriale, il secondo aspetto critico del sistema è rap-

²² Art. 122, Decreto-legge del 17/03/2020 n. 18.

presentato dalle carenze relative al comparto sanitario. Il numero di posti letto di terapia intensiva di cui l'Italia²³ disponeva alla vigilia della crisi descrive plasticamente un modello di sanità pubblica orientato alla gestione dell'ordinario, al contenimento della spesa e alla razionalizzazione dei servizi. Scelte che rispondono a un approccio economicista della gestione del welfare sanitario, coerente con i vincoli di bilancio europei e con la retorica dell'efficientamento, che ha drasticamente contratto la capacità di reazione all'insorgere di criticità. Una razionalizzazione formale, nel senso weberiano del termine (Weber, 1922), senza adeguate contromisure per far fronte a eventuali imprevisti. Nella gestione dell'emergenza, la frammentazione della governance tra Stato e Regioni, effetto della Riforma del Titolo V, ha richiesto l'immediata definizione di un coordinamento centrale capace di garantire a contesti territoriali disarticolati risposte rapide e uniformi a livello nazionale. Infine, l'assenza di un'infrastruttura logistica nazionale ha reso necessaria la costruzione ex novo di reti di trasporto e magazzinaggio, con il coinvolgimento diretto delle Forze Armate e dei soggetti privati, per poter gestire la distribuzione sanitaria di massa.

Relativamente agli aspetti di cura, sono state intraprese azioni di rafforzamento dell'autonomia diagnostica e terapeutica.

Il mosaico della regionalizzazione dei sistemi sanitari ha fatto sì che la sfida fosse quella di misurarsi con tante pandemie diverse, dove il sottodimensionamento delle terapie intensive, la disomogeneità di accesso alle cure e la diversa capacità di far fronte alle esigenze dei territori, ha rappresentato un ulteriore scoglio da dover superare.

Per incrementare la capacità diagnostica si è proceduto su più livelli di intervento: sono stati acquistati complessivamente 32.801.264 kit per test molecolari, passando da 15.752 tamponi giornalieri a oltre 260.000. Sono stati distribuiti 2 milioni di test sierologici rapidi ai medici di famiglia per lo screening del personale scolastico e circa 14 milioni di test antigenici rapidi per i controlli in aeroporti e strutture sanitarie.

L'estrema frammentazione della rete laboratoriale italiana, la dipendenza dall'estero e la carenza di attrezzature diagnostiche è stata scongiurata attraverso la fornitura di 180 macchinari ai laboratori regionali in comodato d'uso gratuito, per aumentare l'efficienza dei test, predisponendo l'acquisto centralizzato di provette e i tamponi. Si è così cercato di sopperire alla mancanza di strumenti standardizzati per il tracciamento e alla scarsa capacità di screening preventivo nelle Regioni. Prima di ciò, ogni struttura laboratoriale procedeva in ordine sparso, con metodi diagnostici che non dialogavano tra loro.

Con l'obiettivo di poter garantire a tutti un'equa distribuzione nazionale dei

²³ 5179 su tutto il territorio nazionale.

trattamenti di cura avanzati e il medesimo accesso alle stesse, si è proceduto all'acquisto centralizzato di diversi tipi di anticorpi monoclonali, superando così i limiti di una disomogenea capacità organizzativa e gestionale delle Regioni.

Anche in questo frangente, le procedure di gara sono state rapide, selettive e tracciabili e non è stato erogato alcun pagamento anticipato. Ciò ha garantito trasparenza e controllo pubblico in un mercato internazionale caotico, segnato da concorrenza tra Stati, volatilità dei prezzi e carenza di filiere europee consolidate.

È introducendo politiche di centralizzazione del sistema capaci di reintrodurre un principio di equilibrio che si cerca di contenere gli esiti della disarticolazione del sistema sanitario.

Per colmare le carenze infrastrutturali del settore, nel maggio del 2020 viene varato il Piano nazionale di riorganizzazione della rete ospedaliera²⁴, costituito da una serie di Piani regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano già approvati dagli organi preposti e trasmessi al Commissario straordinario per l'attuazione, usufruendo di quel quadro normativo con ampi poteri di deroga che garantiva «la massima tempestività e l'omogeneità territoriale, in raccordo con ciascuna regione e provincia autonoma»²⁵. Il piano puntava a rendere strutturale il potenziamento dei presidi sanitari avviato allo scoppio della pandemia, fissando obiettivi ambiziosi: almeno 3.500 nuovi posti letto di terapia intensiva; la riqualificazione di 4.225 posti letto in area semi-intensiva, con almeno il 50% riconvertibile in intensiva. Il piano è stato finanziato con 1,41 miliardi di euro, a cui si aggiungono 54 milioni per la realizzazione di strutture temporanee nel caso di nuove emergenze pandemiche. Le risorse sono state suddivise tra Regioni in base ai bisogni infrastrutturali. In aggiunta a ciò, la Banca Europea per gli Investimenti (BEI) ha approvato un cofinanziamento fino a due miliardi di euro, uno dei più grandi mai concessi in ambito sanitario in Europa. Per velocizzare i tempi, è stata attivata una procedura nazionale con 21 lotti regionali e 4 sub-lotti funzionali. Le deroghe normative in materia di appalti pubblici hanno garantito rapidità, mantenendo comunque trasparenza e tracciabilità.

Indipendentemente dall'attuazione dei piani approvati, è bene precisare come il ruolo della struttura commissariale sia stato cruciale anche nel fornire dispositivi e attrezzature sanitarie, gestendo oltre 369 ordini di acquisto per approvvigionamenti, lavori, collaudi e verifiche, oltre alla fornitura di centouno ambulanze e dieci automediche per il rafforzamento della risposta territoriale.

La struttura commissariale sembra sempre più assumere le funzioni di un

²⁴ Art. 2 del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020.

²⁵ Art. 2, comma 11, Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni nella Legge n. 77 del 17 luglio 2020.

incubatore di processi di sviluppo cui, in condizioni di normalità, lo Stato non sarebbe stato in grado di assolvere. Gli interventi realizzati descrivono una vera e propria riqualificazione del sistema, dove si riafferma con forza la centralità e il ruolo statale.

Per l'impatto sul contenimento della pandemia e per l'alto valore simbolico, l'organizzazione della campagna vaccinale è uno dei momenti più significativi dell'azione commissariale. Per scongiurare il rischio di pianificazioni territoriali inefficienti, nell'ottica di una più omogenea risposta sanitaria, la campagna vaccinale è stata gestita da una cabina di regia nazionale centralizzata composta da: Struttura commissariale, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Consiglio Superiore di Sanità.

Pur essendo stata formalmente istituita nel 2018²⁶, la prima azione sfidante è stata quella di costruire un'anagrafe vaccinale nazionale di cui l'Italia era sprovvista. Allo scoppio della pandemia, infatti, si disponeva soltanto di una rete di anagrafi regionali incomplete e non interoperabili tra loro. Si dà corpo a questo obiettivo con la realizzazione del cosiddetto Sistema Informativo Unico Vaccinale (SIUV), capace di assolvere simultaneamente a più funzioni: distribuzione e tracciamento dosi; gestione prenotazioni e somministrazioni; follow-up e farmacovigilanza; analisi dei big data in tempo reale su risposta anticorpale e aspetti logistici, come strumento di supporto alle decisioni. L'istituzione del SIUV ha permesso di costruire in emergenza una vera anagrafe nazionale, integrata con strumenti regionali e accessibile in cloud, con cruscotti trasparenti e pubblicazione dei dati sulla piattaforma GitHub.

Questo è uno degli esempi più evidenti di innovazione virtuosa prodotta in stato di necessità. Attraverso l'utilizzo della piattaforma digitale, le Regioni hanno potuto trasmettere in tempo reale i dati relativi alle inoculazioni, ai richiami e alla tipologia di vaccino somministrato, consentendo di pianificare con maggiore precisione le successive fasi della campagna. È stato così possibile identificare rapidamente le categorie di popolazione ancora scoperte, facilitando strategie di recupero mirato e interventi di informazione pubblica nelle aree più vulnerabili.

A livello europeo, quanto a livello nazionale, il principio di accentramento è la cifra distintiva di tutta la campagna vaccinale. È in tema di approvvigionamento delle dosi che la Commissione Europea avvia procedure negoziali e stipula contratti direttamente con le case farmaceutiche, con l'obiettivo di garantire una distribuzione equa tra gli Stati membri, evitando disparità territoriali e favorendo un accesso coordinato alle forniture, così scongiu-

²⁶ Decreto del Ministero della Salute n. 262 del 17 settembre 2018.

rando meccanismi concorrenziali. A livello nazionale, la struttura commissariale, monitora l'arrivo delle dosi, la ripartizione tra le Regioni in base ai criteri di popolazione e priorità vaccinale e la gestione della logistica per la conservazione e il trasporto. La centralizzazione ha garantito una maggiore uniformità nelle tempistiche di distribuzione e una più efficace gestione delle scorte. Ma, nonostante il rilevante sforzo di procedere a una nuova, seppur temporanea, statalizzazione del sistema, la cooperazione tra il livello nazionale e regionale ha dato esito a tempistiche e modalità operative che hanno comunque generato disomogeneità territoriali. Alcune Regioni si sono dimostrate più efficienti, altre hanno registrato significativi ritardi nell'organizzazione delle somministrazioni, complicando l'obiettivo di una copertura vaccinale uniforme. Tra i limiti emersi ci sono gli aspetti gestionali delle singole Regioni: prenotazione e gestione degli appuntamenti; attuazione autonoma delle linee guida e operatività della campagna vaccinale centrale. Soprattutto nelle prime fasi, tutto questo ha generato confusione e ritardi nelle somministrazioni.

Coniugando la necessità di sviluppo con le necessità pandemiche e per accelerare l'uscita dall'emergenza si è investito in progetti di ricerca e sperimentazione finalizzati alla produzione di vaccini e anticorpi monoclonali. Scelta che punta al rilancio del nostro sistema Paese: fino ad allora l'Italia non disponeva di una filiera vaccinale autonoma. Sebbene, per una serie di vicissitudini, il vaccino italiano ReiThera non abbia raggiunto la produzione su larga scala, l'importanza strategica di questa iniziativa resta evidente, indicando una chiara proiezione verso il futuro.

Degli altri aspetti salienti della campagna vaccinale si darà conto nei capitoli successivi. Tuttavia, l'esperienza pandemica ha già messo in luce una fragilità strutturale del sistema industriale italiano, storicamente dipendente dalle importazioni di beni sanitari essenziali e privo di una filiera produttiva interna solida. L'intervento commissariale ha contribuito a invertire questa tendenza, stimolando un processo di reindustrializzazione che ha portato all'autonomia produttiva di dispositivi di protezione individuale, ventilatori e mascherine, riducendo progressivamente la dipendenza dai mercati esteri. Questo sforzo, supportato dalla collaborazione tra pubblico e privato, ha rappresentato un tentativo concreto di rilanciare settori strategici e di rendere il Paese più resiliente di fronte alle emergenze future.

Ciò che qui si voleva evidenziare sono tutti quegli elementi ritenuti significativi che spingono nella direzione di un ripensamento di un modello di *governance* del sistema Paese.

2.5. Dall'eccezione alla regola?

L'esperienza della struttura commissariale può essere letta come un incubatore di processi di trasformazione e sperimentazione di strategie di azione, che puntano a un modello di sviluppo collettivo, sistemico e integrato. Se gestite con consapevolezza, le crisi sistemiche offrono l'opportunità di ridefinire le strutture di *governance*, espandendo il potere statale per rispondere a necessità immediate (Harvey, 2010; Jessop, 2015).

È infatti grazie a un progressivo processo di statalizzazione temporanea che è stato possibile superare le storture del regionalismo e l'inerzia di un modello paralizzato dalla sclerotizzazione del sistema, affrontando l'emergenza sanitaria con una rapidità decisionale altrimenti insperabile. La deresponsabilizzazione della politica, la nomina del Commissario e la concessione di poteri straordinari, ha consentito di aggirare parte del farraginoso sistema burocratico, accelerando modalità e procedure che in condizioni istituzionalmente normali sarebbero state più lente e frammentate. Questo approccio affonda le radici nel concetto di *stato di eccezione* (Schmitt, 1922), per cui la sospensione temporanea delle regole ordinarie ha permesso una maggiore capacità di intervento rapido e coordinato dove, in nome dell'efficacia operativa, l'accentramento di potere d'azione della struttura commissariale, ha fatto sì che la gestione dell'emergenza diventasse una tecnica di amministrazione ordinaria (Agamben, 2003; Foucault, 2004).

A qualche anno di distanza da quell'esperienza, non possiamo che constatare che la pandemia abbia evidenziato come, in tempi di crisi profonda, il ritorno a un accentramento delle risorse strategiche possa diventare non solo necessario, ma desiderabile per garantire risposte rapide e unitarie (Rodrik, 2011). Viene da domandarsi: soltanto in tempi di crisi?

L'emergenza pandemica ha agito come un potente acceleratore di processi latenti, spingendo lo Stato a riappropriarsi di leve strategiche di intervento che sembravano perdute nel vortice delle politiche neoliberiste degli ultimi decenni (Crouch, 2011). Quella italiana non era soltanto una crisi pandemica ma una vera e propria crisi di sistema del modello di sviluppo. La struttura commissariale ha rappresentato non solo un dispositivo di emergenza, ma un vero e proprio laboratorio di *governance*, in cui si è sperimentata la centralizzazione decisionale come strumento per uscire dal vicolo cieco. Come una lente d'ingrandimento, la pandemia ha reso visibili le fratture del sistema produttivo, sanitario e politico, lasciando emergere con drammatica chiarezza i limiti di un regionalismo frammentato e la necessità di una pianificazione centrale più incisiva (Hall e Soskice, 2001).

Ma il ritorno dello Stato centrale sulla scena pubblica è stato solo un istinto di sopravvivenza istituzionale, destinato a evaporare con il ritorno alla

normalità, o il punto di partenza per una riflessione di più ampio respiro sul ripensamento degli assetti strutturali del sistema?

La lezione più profonda che l'emergenza ci consegna è questa: la centralizzazione delle risorse e delle decisioni ha mostrato come lo Stato possa tornare a essere un attore strategico nella pianificazione di un nuovo sistema (Mazzucato, 2013), in grado di guidare i processi di trasformazione industriale e sanitaria con rapidità ed efficacia.

La centralizzazione vissuta nel “tempo zero” non può rimanere un'anomalia storica legata a una dimensione emergenziale. Dovrebbe invece rappresentare il primo passo verso un ripensamento strutturale della *governance* pubblica capace di coniugare: efficienza operativa, coordinamento territoriale e trasparenza decisionale.

A questo punto la sfida è trasformare questa eccezione in regola, questa emergenza in progetto. Ma la costruzione e il mantenimento del consenso politico, si sa, mal si concilia con la messa in discussione di filiere strutturate. Il rischio che si corre, trascurando la lezione appresa, è quello di relegare l'esperienza di uno Stato efficiente a un evento fugace, uno scatto improvviso di lucidità in un sistema che, nel suo ritorno alla routine, rischia di ripiombare nel torpore dell'inerzia istituzionale.

Basterebbe saper guardare al futuro, all'Agenda 2030, a una transizione verso un modello di sviluppo più sostenibile e inclusivo, capace di integrare capacità di intervento rapido con una visione di lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

- Agamben, G. (2003). *Stato di eccezione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arcuri, D. (2021). *Relazione alla Presidenza del Consiglio dei ministri sull'attuazione delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19. Per il periodo 18 marzo 2020 - 28 febbraio 2021*.
- Bianchi, P. (2018). *4.0. La nuova rivoluzione industriale*. Bologna: il Mulino.
- Bugamelli, M., Lotti, F., Amici, M., Ciapanna, E., Colonna, F., D'Amuri, F., Giacomelli, S., Linarello, A., Manaresi, F., Palumbo, G., Scoccianti, F., Sette, E. (2018). Productivity Growth in Italy: A Tale of a Slow-Motion Change. *Banca d'Italia*. Occasional Paper No. 422.
- Castronovo, V. (2021). *Storia economica d'Italia. Dall'Ottocento al 2020*. Bologna: Il Mulino.
- Crouch, C. (2011). *The Strange Non-Death of Neoliberalism*. Cambridge: Polity Press.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Gallino, L. (2003). *La scomparsa dell'Italia industriale*, Torino: Einaudi Editore.

- Hall, P. A., Soskice, D. (eds.). (2001). *Varieties of capitalism: The institutional foundations of comparative advantage*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, D. (2010). *The Enigma of Capital: And the Crises of Capitalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Iacobucci, D. (a cura di) (2024). *L'industria italiana contemporanea. Tra declino e ristrutturazione*. Roma: Carocci.
- Jessop, B. (2015). *The State: Past, present, future*. Cambridge: Polity Press.
- Mazzucato, M. (2013). *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*. London: Anthem Press.
- Pareto, V. (1921). *Trasformazione della democrazia*, Milano: Corbaccio.
- Ricoeur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Éditions du Seuil; trad. it. *La memoria, la storia, l'oblio*. Milano: Raffaello Cortina, 2003.
- Rodrik, D. (2011). *The Globalization Paradox: Democracy and the Future of the World Economy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Schmitt, C. (1922). *Politische Theologie: Vier Kapitel zur Lehre von der Souveränität*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Streeck, W. (2013). *Gekaufte Zeit: die vertagte Krise des demokratischen Kapitalismus*. Berlin: Suhrkamp. trad. it. *Tempo guadagnato. La crisi rinviata del capitalismo democratico*. Milano: Feltrinelli, 2013.
- SVIMEZ (2019). *Rapporto sull'economia del Mezzogiorno 2019*. Roma: Donzelli Editore.
- Weber, M. (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J. C. B. Mohr; trad. it. *Economia e società*. Milano: Edizioni di comunità, 1961.

3. Egemonia vaccinale e Soft Power: la strategia di immunizzazione in Europa e le ombre nel rapporto pubblico-privato

di *Selene Greco, Gerardo Ienna*^{*}

3.1. Introduzione

Una larga parte della letteratura sociologica sui vaccini si è concentrata sul fenomeno dell'esitazione vaccinale, lasciando invece inesplorata l'analisi delle dinamiche di produzione e approvvigionamento dei vaccini (Douglass e Anderson, 2024). Spostare il focus su questi temi permette, ad avviso di chi scrive, di gettare luce sulle intricate relazioni intercorrenti fra il campo politico (nazionale e internazionale), il campo scientifico e l'innovazione industriale e tecnologica.

La produzione e diffusione dei vaccini non è solo un fatto scientifico-tecnologico ma anche politico ed economico. Anche quella parte apparentemente “più pura” della ricerca in questo ambito – ad esempio la scelta, da parte delle case farmaceutiche, di concentrare la sperimentazione sull'uso di tecnologie basate sul mRNA messaggero, rispetto a quelle a vettore virale o a quelle a subunità proteica – non è politicamente neutrale perché ha delle rilevanti e immediate conseguenze economiche e geopolitiche¹. L'analisi dell'intricato rapporto tra enti pubblici, l'industria (in questo caso industria farmaceutica) e la scienza (tramite i suoi organismi nazionali e internazionali) implicato dai processi di produzione e diffusione dei vaccini durante la

^{*} Il capitolo è frutto di un lavoro condiviso di progettazione, elaborazione e interpretazione dei dati e scrittura. Tuttavia, è possibile attribuire, a meri fini valutativi, i paragrafi 1 e 2 a Gerardo Ienna e il paragrafo 3 a Selene Greco, mentre le conclusioni nel paragrafo 4 sono frutto del lavoro di entrambi.

¹ L'analisi sociologica del contenuto della conoscenza scientifica rappresenta una caratteristica specifica della tradizione della *Sociology of Scientific Knowledge*. Su questo punto si veda, per esempio (Barnes, 1974; Bloor, 1976; Mulkay, 1979). Sulla “non neutralità” politica della scienza c'è un'ampia letteratura di stampo marxista, tra cui va segnalato, in particolar modo, il contributo di Ciccotti *et al.*, 1976.

crisi sanitaria generata dal virus SARS-CoV-2 (noto anche con l'acronimo Covid-19) è, com'è evidente, un ambito di ricerca piuttosto ampio di cui il presente saggio si propone di porre alcune basi per metterne a fuoco un aspetto specifico. In Italia, la gestione della campagna di approvvigionamento vaccinale – acquisto, contrattualizzazioni, gestione del flusso dosi etc. – è stato strutturato dalle politiche di cooperazione politico-scientifica in ambito sanitario promosse dalla Commissione Europea (da ora in avanti, CE). Il nostro obiettivo è quello di far emergere la peculiarità del posizionamento assunto dall'Europa, mettendolo in relazione con la più ampia sfera dell'“health diplomacy” internazionale.

Con l'espressione “science diplomacy” – di cui la “health diplomacy” è un sottoinsieme specifico – ci si riferisce a «tutte le pratiche in cui vi è un'interazione fra le azioni dei ricercatori e dei diplomatici» (Ruffini, 2017, p. 16). Nell'ormai canonico lavoro di tipizzazione congiuntamente proposto dalla Royal Society e dall'American Association for the Advancement of Science (AAAS), sono state individuate tre modalità di messa in atto di tali relazioni scientifico-diplomatiche, che dunque rappresenterebbero i pilastri fondamentali della science diplomacy: (1) *science in diplomacy* (l'impiego di esperti, dati e consulenze scientifiche per dar forma agli obiettivi nell'ambito della politica estera); (2) *diplomacy for science* (le pratiche diplomatiche utilizzate per facilitare, incoraggiare e favorire la cooperazione scientifica internazionale); (3) *science for diplomacy* (utilizzare la cooperazione scientifica per promuovere o migliorare le relazioni internazionali tra Paesi) (Royal Society/AAAS, 2010). Tuttavia, vari studiosi hanno mostrato come gli approcci dominanti negli studi sulla diplomazia scientifica sono stati ampiamente plasmati da presupposti ideologici e specifiche agende politiche (Turchetti *et al.*, 2020; Turchetti, 2020; Adamson e Lalli, 2021). È possibile trovare delle esemplificazioni nelle ricostruzioni che enfatizzano i casi storici in cui la collaborazione scientifica ha avuto un impatto positivo sulla costruzione di relazioni pacifiche tra le nazioni o quelle che, con toni nazionalisti autocelebrativi, tracciano una linea di continuità tra l'emergere delle società scientifiche nella prima modernità e la diplomazia scientifica contemporanea (Turchetti *et al.*, 2020, p. 327). È necessario però sottolineare anche gli aspetti conflittuali della diplomazia scientifica (ossia, del rapporto tra scienza e strutture di potere) analizzando, ad esempio, l'emergere di collaborazioni scientifiche nella ricerca e nello sviluppo per scopi militari; la ricerca di cooperazione scientifica come mezzo usato dagli Stati per estendere la loro influenza economica e politica; la creazione di dinamiche di competizione politico-scientifica transnazionale; le dinamiche di pianificazione della ricerca scientifica per scopi politici, ecc. Anche la letteratura specialistica relativa alla “health diplomacy” si è ormai polarizzata su questa duplicità: da un lato, coloro che tendono ad adottare un ap-

proccio normativo concepiscono la cooperazione scientifica in ambito medico-sanitario come un mezzo per migliorare le relazioni diplomatiche, anche in altri settori della politica internazionale. Dall'altro lato, invece, non viene riconosciuto al tema della salute alcuno status specifico: «la salute non cambia la diplomazia: essa rimane il processo tradizionale attraverso il quale gli Stati articolano, promuovono, difendono e negoziano i loro interessi nazionali in una condizione di anarchia politica» (Fidler, 2013, pp. 691-692).

Ciò che vi è di comune è che la science diplomacy si è configurata come un modo per fare politica tramite altri mezzi, vale a dire, come un modo di esercitare un'egemonia culturale nel senso gramsciano del termine². Nell'ambito della letteratura dedicata alla diplomazia scientifica (e culturale in genere) si è soliti far riferimento al concetto di “soft power” elaborato da Joseph Nye. Quest'ultimo ha introdotto questa espressione per descrivere la capacità di un Paese di cooptare e condizionare l'opinione altrui, non tramite la coercizione – ovvero l’“hard power” derivante dalla sua forza militare o economica – quanto piuttosto attraverso la capacità persuasiva e attrattiva derivante dalla sua cultura, dai suoi ideali e dalle sue politiche (Nye, 2005). L'utilizzo della seduttività della cultura – anche quella scientifica – come strumento per trasformare l'ambizione e i desideri altrui ha delle chiare affinità con il concetto di egemonia culturale che, nella definizione gramsciana, corrisponde alla capacità di “direzione intellettuale e morale” nei confronti delle classi alleate e subalterne che produce consenso (Gramsci, 1977; 2010). Nonostante ciò, il concetto di egemonia non è riducibile al concetto di soft power. Nye, sulla base di assunti liberal-democratici, propone una visione troppo semplicistica del potere che deriva dalla soggiacente ambizione a mostrare come la cooptazione derivante dal soft power si possa dare senza il necessario ricorso all'hard power. Dal canto suo invece, Gramsci concepisce la “coercizione” e il “consenso” come due aspetti complementari dell'esercizio del potere (Zahran e Ramos, 2010, p. 24).

Durante la pandemia, la corsa ai vaccini per il Covid-19 ha generato un clima di competizione tra potenze mondiali che ha portato spesso con sé l'implicita promozione di modelli politici, economici e culturali tanto a livello nazionale quanto internazionale. Per questa ragione, nelle prossime pagine verranno delineati almeno gli aspetti principali di quella che si propone di identificare come “la lotta per la conquista dell'egemonia vaccinale”. Con questa espressione intendiamo racchiudere almeno tre differenti forme di concorrenza internazionale che si sono innescate attorno al tema dei vaccini:

² Esiste un'ampia letteratura che fa utilizzo delle categorie gramsciane nell'ambito dello studio delle relazioni internazionali. Per un'introduzione a questo approccio di ricerca si veda Vacca *et al.* (2010). Anche negli studi sulla science diplomacy il concetto di “egemonia” ha assunto centralità diventando un termine di uso comune. Si veda in particolar modo Krige (2006).

1. *corsa allo sviluppo*: la ricerca laboratoriale volta a sviluppare un vaccino per il Covid-19 ha rappresentato un terreno di concorrenza fra varie potenze mondiali, la cui posta in gioco specifica era rappresentata dall'affermazione, da un lato, della propria superiorità scientifico-tecnologica, e, dall'altro, della propria capacità di rendersi strategicamente autonomi nel campo del biotech. Tanto nei Paesi con economie neoliberali, quanto in quelle di stampo socialista, lo sviluppo di vaccini ha richiesto ingenti investimenti pubblici, da cui deriva dunque un interesse specifico di tali Paesi verso la costruzione di strategie mirate a imporre il proprio prodotto nel mercato globale, anche sulla base di "argomentazioni scientifiche". Per tale ragione, la corsa allo sviluppo dei vaccini si è costituita come una sfida fra sistemi politici, economici e ideologici differenti.
2. *corsa all'acquisto*: differenti Paesi od organizzazioni regionali (come l'Unione Europea) sono entrati in un clima di concorrenza per stabilire dei contratti preliminari di acquisto dei vaccini con varie aziende farmaceutiche, mirando a costituire un portfolio sufficientemente ampio di candidati vaccinali in grado di garantire la maggiore offerta possibile per la propria cittadinanza. Tali azioni hanno generato, come conseguenza, una marginalizzazione dei Paesi con economie deboli e/o in via di sviluppo sul mercato. In controtendenza rispetto a questi approcci nazionalistici, si sono sviluppate anche delle forme di "vaccine diplomacy", animate da organismi internazionali tra cui, in primis, la World Health Organization (WHO), per promuovere una più equa distribuzione dei vaccini su scala globale.
3. *corsa alla distribuzione*: la donazione/vendita di vaccini (o altri aiuti sanitari) si è configurata come mezzo per rafforzare le partnership e le alleanze in materia di politica estera già esistenti oppure per creare le condizioni per l'apertura di nuove relazioni diplomatiche. Tali strategie ambiscono all'estensione della sfera di influenza politico-economica di un Paese in varie regioni del mondo. La donazione/vendita di vaccini e la cooperazione scientifica internazionale hanno assunto anche la funzione di strumenti per imporre la propria influenza politica nelle organizzazioni internazionali (WHO, EMA, etc.).

In sintesi, l'egemonia vaccinale si è configurata come uno strategico tentativo di conquista 1) della superiorità tecnoscientifica; 2) della superiorità economica in grado di garantire la sicurezza dei propri cittadini; 3) della superiorità nella capacità di estendere la propria sfera di influenza a livello globale. Nelle pagine che seguono, tali tematiche saranno analizzate a partire dal piano delle relazioni internazionali e approfondendo le dinamiche generatesi nella costruzione della strategia vaccinale dell'Unione Europea. In particolar modo: nel paragrafo 2, sarà messo in luce come, in materia di approv-

vigionamento vaccinale, a livello globale siano emerse due principali strategie: da un lato, il cosiddetto “nazionalismo vaccinale”, dall’altro, la “diplomazia vaccinale”. In entrambi i casi, la gestione della campagna vaccinale è stata usata come un mezzo per promuovere e affermare, tanto sul piano nazionale quanto sul piano delle relazioni internazionali, specifici progetti, identità e valori politici. Nel paragrafo 3 vengono analizzate nel dettaglio le strategie messe in atto dell’Unione Europea nell’ambito della diplomazia della salute e in merito alla gestione dei contratti con i privati delle case farmaceutiche. Di conseguenza nel paragrafo 4, a conclusione di questo saggio, vengono messi a fuoco aspetti critici della “vaccine policy” adottata dall’UE analizzando, in particolar modo, il problema della diseguale distribuzione tra rischi e profitti nella relazione tra enti pubblici e settore privato in connessione alle dinamiche di concorrenza per l’egemonia sul prodotto.

3.2. Nazionalismo vaccinale vs diplomazia vaccinale

L’11 marzo 2020 la World Health Organization (WHO) ha decretato che la diffusione epidemica del virus SARS-CoV-2, dati i suoi caratteri peculiari, aveva assunto le proporzioni di una pandemia globale³. Da quel momento in poi la ricerca di un vaccino, utile a ridurre l’incidenza e i danni sulla salute umana del virus, è stata uno dei principali obiettivi delle politiche della sanità pubblica a livello internazionale.

Come riferisce l’International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, in circostanze normali sono necessari fra i 10 e i 15 anni per sviluppare un vaccino e, successivamente, stabilire la qualità, la sicurezza e l’efficacia di quest’ultimo⁴. Infatti, una larga parte dei vaccini potenziali non supera tutte le fasi delle sperimentazioni cliniche e, pertanto, le case farmaceutiche investono sul loro sviluppo in funzione della probabilità di ottenere un prodotto in grado di soddisfare gli alti standard qualitativi richiesti dalle normative internazionali. Un orizzonte temporale così esteso era però del tutto incompatibile con la rapidità d’azione necessaria per il contenimento di una pandemia come quella del Covid-19. Le caratteristiche specifiche di questo virus (per esempio: modalità del contagio, tasso di trasmissibilità, tempi di incubazione, tasso di mortalità etc.), combinate con l’intenso flusso di merci e persone a livello transnazionale tipico della globalizzazione, hanno fatto sì che i focolai epidemici si trasformassero molto rapidamente in una pandemia.

³ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-Covid-19---11-march-2020>

⁴ <https://www.ifpma.org/publications/the-complex-journey-of-a-vaccine-the-steps-behind-developing-a-new-vaccine/>

Per ovviare ai derivanti impatti economici e sanitari globali, le organizzazioni internazionali e gli Stati nazionali hanno ritenuto necessario elaborare alcune strategie per comprimere i tempi di sviluppo dei vaccini ad un periodo di soli 12-18 mesi. Tali condizioni hanno comportato, però, non solo un'ardua sfida tecno-scientifica, ma anche un rischio economico molto elevato per le aziende farmaceutiche che, pertanto, hanno richiesto ingenti investimenti pubblici in grado di farsi carico del rischio necessario a procedere nelle fasi di ricerca, sviluppo, approvvigionamento delle materie prime e, in caso di successo, nella produzione del vaccino.

Ai decisori politici di tutto il mondo si è presentato un problema che, nonostante le apparenze, era tutt'altro che nuovo. Già nel passato relativamente recente vari Stati nazionali si sono trovati di fronte alla necessità di investire nella ricerca e sviluppo di vaccini, per così dire, “a scatola chiusa”. Nel 2009, nelle prime fasi di diffusione di una variante del virus H1N1 (noto con il nome “febbre suina”), alcuni Paesi – ovviamente, quelli più ricchi – hanno sottoscritto degli Advance Purchase Agreements (APA), ossia dei contratti d'acquisto preliminari alla produzione – con case farmaceutiche come Sanofi, GlaxoSmithKline e Novartis, comperando in anticipo un massiccio numero di dosi di vaccini solo potenziali (Abbas, 2020). Strategie simili sono state messe in atto anche con i vaccini per l'HIV/AIDS, per il vaiolo e per la poliomielite (Fidler, 2020). Se da un lato, gli APAs hanno fornito alle case farmaceutiche delle garanzie economiche, dall'altro, hanno creato le condizioni per l'emergere di una specifica forma di egemonia vaccinale, il cosiddetto “vaccine nationalism”. Con questo termine si indicano tutte quelle le azioni volte all'accaparramento di milioni di dosi di nuovi vaccini in fase di sviluppo da parte di singoli Stati Nazionali. Tali strategie vengono attuate durante momenti di crisi della salute pubblica a livello transnazionale e determinano una corsa tra singoli Paesi a essere i primi sul mercato, ottenendo diritti di priorità che generano monopoli sull'offerta limitata di dosi⁵. Come è facile immaginare, tali atteggiamenti generano un clima di alta concorrenza internazionale e tensioni geopolitiche specie fra i Paesi ad alto reddito (Daoudi, 2020, p. 2; Rutschman, 2021, p. 9; Jaworsky e Qiaoan, 2021, p. 289; Zhou, 2022).

In passato non sono certo mancate reazioni alle evidenti disparità nell'accesso ai vaccini esacerbate dalle dinamiche di concorrenza. Un caso particolarmente interessante nell'ambito della health diplomacy è quello relativo a uno dei picchi di diffusione virus H5N1 (noto con il nome “influenza aviaria”)

⁵ In questo senso sono casi esemplari quello del Canada, che ha stabilito contratti di pre-acquisto sufficienti per vaccinare nove volte la sua popolazione, del Regno Unito, che ha dosi necessarie per vaccinare sei volte i cittadini britannici o degli Stati Uniti, Australia e Unione Europea che hanno predisposto forniture di vaccini superiori alle loro effettive necessità (Sharun e Dhama, 2021a).

in Indonesia fra il 2005 e il 2007. Nel 2006, nel corso di una delle fasi più acute dell'epidemia, durante la quale i timori di uno sviluppo di una pandemia globale erano molto alti, la Ministra della Sanità Siti Fadilah Supari dichiarò che l'Indonesia non avrebbe più condiviso i campioni del virus raccolti dai pazienti indonesiani con il Global Influenza Surveillance Network (GISN) coordinato dalla WHO. La Ministra giustificò la politica sanitaria del suo governo attaccando apertamente la gestione dei dati da parte della WHO⁶. Il GISN, infatti, oltre a inviare campioni ai laboratori, condivideva questi ultimi anche con le case farmaceutiche per la produzione di vaccini che sarebbero stati a loro volta rivenduti ai governi in grado di pagarli e di finanziarli economicamente. La Ministra indonesiana rivendicava invece una “viral sovereignty” intesa come un diritto di proprietà sui campioni di virus prelevati nel Paese in virtù della quale i Paesi in via di sviluppo avrebbero dovuto ottenere facilitazioni da parte delle case farmaceutiche nell'accesso alle dosi vaccinali (Fidler, 2008; Hammeiri, 2014; Elbe, 2022). Il governo indonesiano ha contestualmente preso accordi commerciali con la casa farmaceutica Baxter per lo sviluppo di un vaccino destinato esclusivamente al popolo indonesiano (Fidler, 2007). In tal senso, l'accesso ai campioni del virus H5N1 si è trasformato, per il governo di Giacarta, in uno strumento di pressione diplomatico. Come è facile immaginare, vari commentatori hanno interpretato le posizioni adottate dal governo indonesiano come una minaccia allo “sforzo globale per rintracciare il virus e sviluppare vaccini” (*The New York Times*, 2007; Elbe e Voelkner, 2014).

Alla luce della storia più recente, con l'emergere del Covid-19 la WHO ha cercato fin da subito di stimolare dei piani di collaborazione internazionale per far fronte alla crisi sanitaria, nella convinzione che il perseguimento di approcci locali sarebbe stato non solo inefficace ma rischioso per la salute globale. Prevedendo che sarebbe emerso un “global vaccination gap”, le parole d'ordine usate per cercare di evitare l'emergere di disuguaglianze nell'accesso alle cure sono state: «No one is safe, until everyone is safe». Alla fine dell'aprile del 2020 nasce così l'Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, un programma di collaborazione internazionale multistakeholder coordinato proprio dalla WHO e finalizzato alla produzione, sviluppo e distribuzione dei test, delle terapie e dei vaccini per il Covid-19 a livello globale. A questa iniziativa hanno partecipato Stati nazionali (fra cui l'Italia), entità sovrastatali (come la Commissione Europea), fondazioni private, ONG, etc. L'asse COVAX del progetto, incentrata sullo sviluppo dei vaccini, è stata la principale voce di bilancio di tutto il progetto⁷ (Balakrishnan, 2022).

⁶ Sulle varie forme che può assumere la così detta “data diplomacy” si veda ad esempio Turchetti e Lalli (2020).

⁷ Per una consultazione del bilancio relativo all'ACT-Accelerator si veda: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-Covid-19-tools-tracker>. Per un report

Nonostante tali sforzi a livello transnazionale, una prevedibile corsa dei singoli Stati – specie quelli con economie forti – all’approvvigionamento vaccinale preventivo si è ad ogni modo innescata. Gli Stati Uniti hanno perseguito delle politiche isolazioniste di nazionalismo vaccinale: mentre il presidente Trump, a livello mediatico, stava sostenendo e portando avanti campagne di disinformazione relativamente alla pandemia (Y. Yang e Bennett, 2021), il suo staff ha applicato i principi della “America First Policy” anche nei rapporti con le case farmaceutiche. Tra febbraio e marzo del 2020, il governo statunitense ha intrapreso infatti alcune azioni piuttosto aggressive sul mercato, cercando di stabilire dei contratti, da un lato, per il massiccio pre-acquisto di dosi con la casa francese Sanofi, e, dall’altro, per l’accesso esclusivo al vaccino in fase di sperimentazione da parte della startup biotech tedesca CureVac (Abbas, 2020). Tale tentativo di monopolizzazione strategica non ha lasciato impassibile né il governo francese né quello tedesco che hanno difeso i loro rispettivi interessi nazionali facendo pressioni su entrambe le case farmaceutiche (Abbas, 2020). Il caso CureVac ha suscitato una preoccupata reazione anche da parte della Commissione Europea che ha così negoziato con la startup biotech tedesca un più equo processo di distribuzione dei potenziali vaccini (Sugue *et al.*, 2021).

Alla fine di aprile 2020, per garantire l’approvvigionamento vaccinale, l’amministrazione Trump ha avviato la Operation Warp Speed, una “public-private partnership” tramite cui il governo statunitense ha emesso finanziamenti per un totale di circa 18 milioni di dollari a sostegno dello sviluppo di vaccini sperimentali da parte di società farmaceutiche come Sanofi, GSK, AstraZeneca, Pfizer, Novavax, Moderna e Johnson & Johnson con le quali, allo stesso tempo, stabiliva degli APA (Abbas, 2020; Cohen, 2020; Boschiello, 2022). Contestualmente, il 29 maggio 2020, nel pieno della crisi pandemica, il presidente Trump ha annunciato il ritiro degli Stati Uniti dalla WHO di cui faceva stabilmente parte dal 1948 (Gostin *et al.*, 2020)⁸. Con un

dettagliato del Vaccine Manufacturing Working Group (VMWG) si veda invece il seguente documento: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator>. I dati relativi alle donazioni dei singoli Paesi al programma COVAX sono disponibili al seguente link: <https://ourworldindata.org/grapher/covax-donations>

⁸ Nei regolamenti attuali, l’uscita di un Paese dalla WHO richiede almeno un anno di preavviso. Dopo il suo insediamento, il governo di Biden ha ritirato la procedura di uscita che sarebbe entrata in vigore il 6 luglio del 2021 reintegrando a tutti gli effetti gli US all’interno della cooperazione sanitaria internazionale. È necessario notare però che la richiesta di uscita dalla WHO è un’azione molto significativa in termini di tensioni geopolitiche. Per dare un’idea, uno dei pochi precedenti storici (forse l’unico) è quello dell’Unione Sovietica e dei suoi Paesi satellite che tra 1949 e il 1950 mise in atto la sua uscita dalla WHO motivando tale scelta sostenendo che l’organizzazione era troppo vicina agli interessi del governo statunitense (Fee, Cueto e Brown, 2016).

messaggio di Morgan Ortagus, portavoce del U.S. Department of State, il governo statunitense accusava apertamente la WHO di aver “rifiutato di adottare le riforme necessarie e urgenti” soprattutto relativamente alla “dimostrazione della sua indipendenza dal Partito Comunista Cinese” (Ortagus, 2020)⁹. Il portavoce della Casa Bianca Judd Deere, in una dichiarazione rilasciata il 1° settembre 2020, non ha esitato inoltre a definire la WHO “corrotta” (Mason, 2020). Nella retorica del governo Trump, l’uscita dalla WHO avrebbe poi permesso un reindirizzamento dei fondi sulle priorità statunitensi in materia di salute globale (Gostin *et al.*, 2020).

Con l’insediamento di Biden alla Casa Bianca, è avvenuta una netta rottura con l’approccio trumpiano nelle relazioni scientifico-diplomatiche, con

⁹ Al di là delle già radicate tensioni economico-politiche fra USA e Repubblica Popolare Cinese, probabilmente, tale presa di posizione è derivata da vari elementi: in primo luogo, il governo statunitense ha apertamente accusato la Repubblica Popolare Cinese di aver informato con due settimane di ritardo la WHO della diffusione del virus SARS-CoV-2 e dunque di non aver inviato tempestivamente i dettagli della mappatura del virus. In secondo luogo, è probabile che gli Stati Uniti non abbiano gradito la scelta della WHO di inserire nel portfolio dei vaccini candidati ad una somministrazione globale anche quelli in fase di sperimentazione da parte delle aziende farmaceutiche cinesi. Non da ultimo, è necessario menzionare l’ampia controversia politico-scientifica sulle origini del virus SARS-CoV-2 che ha generato delle tensioni nell’ambito delle relazioni internazionali e nella cosiddetta sfera della “health diplomacy”. A quanto riportato da varie testate giornalistiche come il *New York Times* e il *Guardian*, l’amministrazione Trump ha esercitato nello stesso periodo pressioni sulle agenzie di intelligence statunitensi affinché si trovassero dei collegamenti fra il virus SARS-CoV-2 e i laboratori di ricerca di Wuhan (Mazzetti *et al.*, 2020; Wintour, 2020). Lo stesso presidente Trump, alla fine di aprile 2020 ha dichiarato di avere visionato delle prove che testimoniassero che il virus provenisse da laboratori di ricerca gestiti dal governo cinese (Singh, Davidson e Borger, 2020). Più recentemente, Christopher Wray, direttore del Federal Bureau of Investigation (FBI) – nominato dal governo Trump – ha dichiarato tramite Fox News: “l’FBI ha già da tempo valutato che le origini della pandemia sono molto probabilmente un potenziale incidente di laboratorio a Wuhan”, in particolar modo riferendosi al Wuhan Institute of Virology (Sabes, 2023). Tali posizioni hanno generato una larga controversia tanto pubblico-politica, quanto scientifica. Su richiesta degli stati membri, a maggio 2020 la WHO ha aperto un’indagine sulle origini del Covid-19 condotta dal WHO-China Study Team che però non ha raccolto nessuna evidenza in questo senso. Nel report è infatti possibile leggere “un’origine di laboratorio della pandemia è stata considerata estremamente improbabile” aggiungendo però che sarebbe stato necessario un follow-up per indagare meglio tale questione (WHO-China Study Team, 2021). Come riferito da *Nature*, la WHO ha infatti programmato una fase II dell’indagine che però non è stato possibile condurre a causa del rifiuto da parte del Governo di Pechino di concedere accesso agli scienziati tanto ai dati quanto alla possibile ispezione nei laboratori cinesi (Mallapaty, 2023). Da parte sua, la Repubblica Popolare Cinese – per il tramite di Mao Ning, portavoce del Ministro degli esteri cinese – ha continuato a negare fermamente la possibilità di una fuga del virus da uno dei suoi laboratori e accusando il governo statunitense di “manipolare politicamente” una questione strettamente scientifica e facendo riferimento al primo report prodotto dalla WHO (Ning, 2023). Per una interpretazione sociologica delle battaglie narrative fra Cina e USA si vedano Jaworsky e Qiaoan (2021).

un conseguente allentamento della tensione nelle relazioni con la WHO. Il nuovo governo ha infatti messo in atto delle strategie di vaccine diplomacy volte a presentare gli Stati Uniti come “l’arsenale vaccinale per il resto del mondo” (The White House, 2021) e lanciando una serie di iniziative di donazioni di vaccini sia all’interno del programma COVAX sia nell’ambito di accordi bilaterali (Filipović, 2024).

Anche la Gran Bretagna di Boris Johnson, in continuità con la linea della Brexit, ha condotto una campagna di approvvigionamento vaccinale di stampo nazionalistico. Già nei primi mesi del 2020, il governo britannico temeva che aziende farmaceutiche basate negli US come Pfizer e Moderna avrebbero favorito l’approvvigionamento statunitense e, per tale ragione, ha costituito la UK Vaccine Taskforce, volta a costruire contratti di pre-acquisto per la composizione di un portfolio con i più promettenti vaccini in fase avanzata di sperimentazione e a rin vigorire la produzione nazionale di vaccini finanziando massicciamente, ad esempio, la società biofarmaceutica britannica AstraZeneca (Bingham 2021; Peacock 2022). Nell’ambito delle relazioni internazionali, nel corso della pandemia i rapporti fra UK e UE sono stati particolarmente tesi. A partire dal gennaio del 2021, l’UE ha minacciato di bloccare l’esportazione di vaccini fuori dal blocco europeo a causa del mancato rispetto degli accordi di approvvigionamento che erano stati sottoscritti con AstraZeneca¹⁰ (Peacock, 2022). In un suo recente *memoir* politico, l’ex Primo Ministro Johnson ha infatti dichiarato di aver commissionato, alla fine di marzo 2021, uno studio di fattibilità per una potenziale operazione militare diretta all’impianto di Leida (Paesi Bassi) in cui l’UE aveva stipato cinque milioni di dosi del vaccino AstraZeneca, che questa casa farmaceutica stava tentando di esportare in UK. Il Primo Ministro Johnson avrebbe desistito solamente quando il Tenente Generale Doug Chalmers gli avrebbe fatto notare che tale operazione non sarebbe passata inosservata alle autorità locali e che il governo avrebbe poi dovuto giustificare le ragioni di un’invasione militare di un Paese alleato e appartenente alla NATO (Johnson, 2024).

In un clima di riscoperta Guerra Fredda, Stati come Cina e Russia hanno invece tentato di sviluppare delle strategie di cooperazione scientifica in materia di salute, usando la crisi sanitaria come un’occasione per tentare di estendere e rafforzare la propria egemonia politico-culturale, nel senso gramsciano del termine, in varie regioni del mondo.

Il governo di Pechino, dopo le iniziali esitazioni nel processo di condivisione dei dati sull’inizio della diffusione del virus nella Regione di Wuhan, ha infatti progressivamente intrapreso un progetto di scalata della leadership

¹⁰ Si veda anche la seguente comunicazione: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_21_211

scientifica e medica globale, sfruttando lo spazio lasciato dai nazionalismi occidentali nella cooperazione scientifica internazionale. Oltre a gestire le problematiche relative alla politica interna, il governo cinese ha utilizzato i suoi organi diplomatici per difendere il suo modello di gestione dei contagi e per redimere l'immagine pubblica del Paese che si stava cristallizzando negativamente a livello internazionale (X. Yang, 2021).

Le principali linee strategiche della cooperazione scientifica cinese in materia sanitaria sono state esposte dallo stesso Presidente della Repubblica Popolare Cinese nel corso della 73° World Health Assembly del 18 maggio 2020. Nel suo intervento Xi Jinping, dopo aver ribadito l'importanza del ruolo di guida della WHO, ha affermato la necessità di “rafforzare la cooperazione internazionale” e ha sottolineato come la Cina si sarebbe assunta “la responsabilità di garantire non solo la vita e la salute dei propri cittadini, ma anche la salute pubblica globale” (Jinping, 2020). Nel corso della pandemia, la Repubblica Popolare Cinese ha infatti distribuito aiuti a circa 120 Paesi, estendendo così la sua rete commerciale e consolidando la sua egemonia politica in varie regioni del mondo (Manfredi-Sánchez, 2023a). Da questo punto di vista, le strategie sono state variegate: da un lato, ha attuato quella che è stata chiamata “face mask diplomacy”, espressione con cui si intende la donazione non solo di mascherine ma anche di materiali sanitari come i ventilatori polmonari, i tamponi e l'invio di operatori sanitari ed esperti in grado di offrire consulenza sulla gestione della pandemia; dall'altro, il governo cinese ha sviluppato una “vaccine diplomacy” tramite la quale ha promosso una retorica politica volta a presentare – come pubblicamente dichiarato dallo stesso presidente Jinping – i vaccini cinesi come un “bene pubblico globale” (Jinping, 2020). È interessante segnalare come, tanto nella gestione della pandemia a livello interno, quanto nelle sue azioni di “face mask diplomacy” e “vaccine diplomacy”, la Repubblica Popolare Cinese abbia sfruttato ampiamente l'infrastruttura pubblico-privato, beneficiando del supporto logistico, economico e tecnologico di colossi come Alibaba, Huawei e Tencent Corporation (Manfredi-Sánchez, 2023a). L'attenzione del governo cinese si è concentrata sulle regioni del mondo in via di sviluppo che, in effetti, nel corso della pandemia hanno potuto beneficiare massicciamente dei vaccini cinesi come Sinovac, Sinopharm e CanSino, intensificando le reti di Cooperazione Sud-Sud. Nel caso del continente asiatico, queste forme di *science diplomacy* hanno permesso di consolidare la già esistente egemonia politico-economica cinese nella regione tramite la vendita di 938 milioni di dosi e la donazione di 141 milioni di dosi per un totale di 39 Paesi (van Dijk e Lo, 2023; Bridge Beijing, 2024). Nell'area dell'America Latina, oltre alla donazione di mascherine e di supporti sanitari, la Cina ha congiuntamente promesso l'invio di circa un miliardo di dollari per l'acquisto di vaccini, so-

stituendo il ruolo di punto di riferimento degli Stati Uniti (Manfredi-Sánchez, 2023a). In questa regione 22 Paesi hanno beneficiato degli accordi di cooperazione con il governo della Repubblica Popolare Cinese, ottenendo donazioni di 12 milioni di dosi, la vendita di circa 396 milioni di dosi di vaccini e con l'invio degli ingredienti attivi per la produzione di vaccini sia cinesi sia di AstraZeneca (Bridge Beijing, 2024). Nel continente africano, già da molti anni, la Repubblica Popolare Cinese si è attestata come un punto di riferimento tramite il Forum on China-Africa Cooperation. In questo contesto, è stato osservato come strategie di vaccine diplomacy abbiano permesso di rinsaldare le relazioni diplomatiche già esistenti (van Staden, 2022). In quest'area geografica 47 Paesi hanno ricevuto vaccini cinesi nella misura di 186 milioni di dosi vendute e di 80 milioni di donazioni promesse (a oggi ne sono state inviate 31 milioni; cfr. Bridge Beijing, 2024). Inoltre, la Repubblica Popolare Cinese ha cooperato nell'apertura di stabilimenti di produzione di vaccini in Egitto, Algeria e Marocco (van Staden, 2022). Per quanto riguarda il continente europeo, l'estensione dell'influenza cinese si è limitata all'Europa centrale e orientale, in quanto i vaccini di produzione cinese non sono stati approvati dall'European Medicines Agency (EMA). In questa regione sono stati venduti circa 123 milioni di dosi, per la maggior parte acquistate dalla Turchia (100 milioni di dosi di Sinovac) e il restante distribuite fra Ucraina, Bielorussia, Ungheria, Moldavia, Serbia, Bosnia Erzegovina, Montenegro, Albania e Macedonia (Bridge Beijing, 2024). Alcuni di questi Paesi, sentendosi abbandonati dalla cooperazione europea, si sono rivolti ai vaccini cinesi per far fronte alla crisi sanitaria (Manfredi-Sánchez 2023a). Le strategie di science diplomacy appena descritte hanno permesso alla Repubblica Popolare Cinese di rafforzare e di estendere la Belt and Road Initiative (o “nuova via della seta”) avviata nel 2013¹¹. È stata però segnalata un'opacità nei prezzi di vendita dei vaccini cinesi, il cui costo per dose è variato significativamente da un acquirente all'altro (ad esempio, l'Ungheria ha pagato 36\$ per dose mentre il Senegal 19\$ per dose) (van Staden, 2022, pp. 9-10).

Anche Vladimir Putin ha visto nella crisi sanitaria un'occasione per rafforzare la sua posizione nelle relazioni internazionali tramite la diplomazia scientifica. Non è certo un caso che la Russia si sia lanciata nella corsa alla produzione dei vaccini chiamando il suo prodotto Sputnik V, riprendendo il nome del primo satellite artificiale lanciato dall'URSS nel 1957 e ambendo a riprodurre, com'è evidente, la retorica della corsa allo spazio¹². Come per

¹¹ Si vedano ad esempio gli investimenti cinesi per la costruzione di porti in America Latina per estendere la Belt and Road Initiative (Baptista *et al.*, 2024).

¹² Sul valore politico, sociale e culturale della corsa allo spazio si veda, ad esempio, Pivato e Pivato, 2017.

il caso della Repubblica Popolare Cinese, anche per la Russia, le poste in gioco sono state, da un lato, evidenziare l'efficienza del sistema sanitario pubblico del Paese e lo stato di avanzamento della ricerca biomedica e biotecnologica russa; dall'altro, tramite la sua disponibilità a fornire aiuti internazionali, l'obiettivo era quello di sviluppare una strategia di estensione della propria egemonia in varie regioni del mondo.

Le circa 500 milioni di dosi di Sputnik, vendute al prezzo di circa 10\$ l'una, sono state esportate verso Paesi dell'ex blocco sovietico, a cui si sono aggiunti Paesi di altre regioni come Arabia Saudita, Emirati Arabi Uniti, Indonesia, Filippine, Brasile, Bolivia, Venezuela, Nicaragua, Messico, India, ecc. (Manfredi-Sánchez, 2023b). Fra i Paesi dell'ex blocco sovietico, l'Ucraina, avendo nel frattempo sviluppato delle relazioni solide con l'Unione Europea e conflittuali con la Russia, ha rifiutato ogni possibile aiuto proveniente da Mosca anche se la Crimea e le città di Donetsk e Luhansk nel Donbass sono state ampiamente vaccinate con Sputnik V (Giusti e Tafuro Ambrosetti, 2022). In Europa l'unico Paese ad aver acquistato il vaccino russo è stata l'Ungheria, che si è distaccata dal progetto della Commissione Europea di costruire un mercato unico europeo nell'approvvigionamento vaccinale (Manfredi-Sánchez, 2023a). In generale, i Paesi che hanno acquistato il vaccino russo sono quelli ai quali l'accesso ai vaccini di produzione occidentale è stato di fatto precluso per ragioni economiche o politiche. Tale aspetto ha permesso alla Russia – ma questo è valido anche per la Repubblica Popolare Cinese – di sviluppare e rafforzare quella costruzione dell'immagine del proprio Paese come alternativa all'imperialismo occidentale in direzione degli interessi del sud-globale (Giusti e Tafuro Ambrosetti, 2022).

Oltre al caso russo e cinese, non si può non menzionare il ruolo giocato dall'India che, tramite le sue industrie farmaceutiche, si è attestata come il principale produttore di vaccini per il Covid-19 al mondo, fornendo il 60% delle dosi somministrate sul pianeta. Questo è stato possibile grazie agli accordi di licenza esclusiva stipulati dal governo di Nuova Delhi per la produzione di versioni indiane di vaccini come AstraZeneca, Johnson & Johnson, Novavax e Sputnik V, a cui si sono aggiunti anche i vaccini di produzione locale come Covaxin (Sharun e Dhama, 2021b). Oltre ad aver avviato la campagna vaccinale all'interno dei propri confini nazionali, nel gennaio del 2021 il governo indiano ha lanciato l'iniziativa "Vaccine Maitri" (amicizia del vaccino) una massiccia azione diplomatico-umanitaria tramite la quale sono stati fornite circa 300 miliardi di dosi a 101 Paesi (la maggior parte in via di sviluppo, come Bangladesh, Birmania, Nepal, Afghanistan, Iran, Brasile, Marocco, Ghana, Costa D'Avorio, Nigeria, etc.; cfr. Ministry of External Affairs – Government of India, 2023). In particolar modo Covishield (equivalente indiano di AstraZeneca) si è attestato come il vaccino più econo-

mico al mondo con un prezzo inferiore ai 3\$ per dose, divenendo così il principale fornitore all'interno del programma COVAX della WHO (Sharun e Dhama, 2021b).

Un caso a sé stante, e particolarmente interessante, è quello cubano, che ha imboccato una direzione diversa, portando avanti un modello socialista anche in ambito medico-sanitario¹³. Il governo de L'Avana, ben conscio del fatto che l'embargo sull'isola avrebbe reso estremamente difficile l'approvvigionamento di dosi prodotte all'estero, si è preoccupato, fin da subito, di provare a sviluppare un vaccino a basso costo, facilmente conservabile e che potesse essere dunque anche agevolmente esportabile verso i Paesi in via di sviluppo. Nonostante le difficoltà nel reperimento delle materie prime, gli istituti di ricerca cubani sono riusciti in breve tempo a sviluppare ben cinque candidati vaccinali, riuscendo inoltre a produrre il primo vaccino al mondo su base proteica per il Covid-19 (pensato specificatamente per la popolazione pediatrica; cfr. Marciano, 2024). I vaccini cubani sono stati esportati in Iran, Venezuela, Messico, Nicaragua, Vietnam e Bielorussia (Cassells e Braveboy-Wagner, 2024).

Quali sono state le politiche adottate dall'Italia in questo contesto? Nel 2020, nel corso delle fasi di emergenza sanitaria più profonda per il nostro Paese, l'Italia è entrata a far parte della sfera di influenza della “face mask diplomacy” ricevendo dalla Repubblica Popolare Cinese, dalla Russia e da Cuba supporto tanto logistico quanto materiale. Tale contingenza è emersa anche a causa dell'iniziale mancanza di unità dell'Unione Europea nella gestione della pandemia. Il posizionamento politico del Movimento 5 Stelle, all'epoca favorevole allo sviluppo dei rapporti italo-cinesi, e della Lega, storicamente vicina a Putin, hanno favorito tali azioni. Dal governo di Pechino, l'Italia ha ricevuto il supporto di équipes di esperti, equipaggi per macchinari respiratori, tute, test, e, ovviamente, un cospicuo numero di mascherine (La Stampa, 2020; Dipartimento della Protezione Civile, 2020). La finalità era ovviamente quella di rinforzare il legame diplomatico e commerciale con l'Italia che, data la sua posizione strategica al centro del Mediterraneo, rappresenta uno snodo chiave nella costruzione della nuova via della seta cinese. Su richiesta del governo Conte II, il nostro Paese ha inoltre ricevuto aiuti dalla Russia, che ha inviato in Italia otto squadre di virologi e medici militari fra i quali, probabilmente, degli agenti dell'intelligence. Per altro, una buona parte dei supporti materiali ricevuti dal governo di Mosca sono stati reputati inutili (Iacoboni, 2020; Giusti e Tafuro Ambrosetti, 2022). Tramite questa azione di diplomazia sanitaria, Putin ambiva, da un lato, a rinsaldare i suoi

¹³ Sulla storia del sistema sanitario cubano e sui suoi principi etico-politici si veda Baracca e Franconi, 2019.

rapporti con l'Italia, uno dei pochi Paesi dell'area europea ad essere disponibile al dialogo diplomatico e commerciale con la Russia; dall'altro, a mostrare all'Unione Europea la generosità del popolo russo e, di riflesso, evidenziare le mancanze degli Stati membri dell'UE. Il successivo Governo di Mario Draghi ha aperto, in caso di approvazione dell'EMA, alla possibilità di acquistare dosi di Sputnik V se quelli europei fossero risultati insufficienti (Giusti e Tafuro Ambrosetti, 2022). Le relazioni transnazionali appena menzionate hanno posto le basi per una vera e propria collaborazione scientifica italo-russa fra l'Istituto Spallanzani di Roma e l'Istituto Gamaleya i quali, nel marzo del 2021, hanno avviato un doppio esperimento su Sputnik V (Gondi, 2021). Non da ultimo, tra marzo ed aprile 2020 sono state spedite in Italia anche due brigate mediche cubane che sono state dislocate fra Lombardia e Piemonte. Per il popolo Cubano non si tratta certo di una novità visto che, già subito dopo la rivoluzione del 1959, il governo de l'Avana ha avviato vari progetti di diplomazia sanitaria a sostegno di quei Paesi vessati tanto da pandemie quanto da calamità naturali (Baracca e Franconi, 2019; Galluzzi, 2020; Baracca e Franconi, 2021). Nessuna di queste forme di cooperazione ha però sortito effetti sulla campagna vaccinale in senso stretto: i vaccini prodotti da questi Paesi non sono stati approvati dall'EMA e l'approvvigionamento vaccinale è stato gestito in maniera centralizzata dalla Commissione Europea, come vedremo nel prossimo paragrafo.

3.3. La strategia vaccinale europea tra interdipendenza e competizione: governance multilivello e distribuzione delle responsabilità

Le decisioni adottate e le comunicazioni ufficiali rilasciate dalla Commissione Europea (CE) in merito all'implementazione della campagna vaccinale hanno un elemento in comune: tutte si aprono con una sequenza di dichiarazioni mirate a stabilire uno schema di valori e una definizione della situazione pandemica comune tra gli Stati Membri (SM) basata su principi di urgenza, responsabilità, solidarietà e cooperazione necessaria. Dal momento in cui ha preso piede la strategia vaccinale per contrastare la pandemia, a entrare in gioco per l'UE non è stata soltanto la dimensione finalistica e manifesta di garantire l'approvvigionamento dei vaccini ai cittadini, ma anche la sua dimensione identitaria di istituzione tanto efficace quanto solidaristica. Un'identità istituzionale, quindi, in grado di rendersi credibile solo attraverso lo sforzo di controllare gli effetti perversi della competizione (interna all'area UE e internazionale) sull'offerta di vaccini, attraverso la regolazione e la messa in comune dei meccanismi di coordinamento e dei repertori interpretativi.

Una volta stabilito l'orientamento politico verso l'implementazione della

campagna vaccinale, come abbiamo visto, nulla garantiva che questo non si traducesse in una lotta interna al contesto europeo per l'egemonia sugli approvvigionamenti. Per questo la CE si è premurata di promuovere un repertorio discorsivo in cui il vaccino contro il Covid-19 assumeva il carattere di "bene pubblico globale". Ciò si riflette nel tentativo retorico continuo della CE di favorire la predisposizione degli SM all'agire cooperativo e solidale, tra loro e verso il mondo in via di sviluppo. Come descritto anche nel paragrafo 2, precedenti esperienze nella gestione della pandemia avevano evidenziato gli effetti negativi dell'emersione di comportamenti di free riding e non-cooperativi in materia di approvvigionamenti (Anderson *et al.*, 2020), situazioni che avevano portato gli SM dell'UE, in condizioni critiche di scarsità, a optare per soluzioni negoziali sub-ottimali, in un processo di "failing forward" (Brooks *et al.*, 2021). Con l'epidemia dell'influenza H1N1 nel 2010, proprio l'insorgere di comportamenti non-cooperativi e i conseguenti effetti negativi sugli approvvigionamenti portarono all'istituzione nell'UE del *Joint Procurement Agreement* (JPA) in materia sanitaria (Commissione Europea, 2014). Tale procedura, utilizzata anche nel corso della pandemia da Covid-19 per gli acquisti di materiale sanitario, consiste in un meccanismo di *procurement* centralizzato in sede europea, finalizzato a favorire la cooperazione tra SM su base volontaria (Azzopardi-Muscat *et al.*, 2017). In linea con le concezioni tradizionali delle teorie dell'azione collettiva (Poteete *et al.*, 2010; Ostrom, 2010), in una condizione di scarsità di risorse gli attori hanno teso al free-riding e alla non-cooperazione, a meno dell'intervento di un'autorità esterna in grado di modificare la struttura degli incentivi, a favore di comportamenti cooperativi. D'altra parte, le reazioni alla pandemia nell'area UE mostrano come, quando un insieme di attori si trova coinvolto in un sistema di stretta interdipendenza, l'avvento di una situazione di crisi possa portare cambiamenti di paradigma (seppur temporanei) favorevoli all'istituzione di meccanismi di cooperazione centralizzati. I primi impulsi al rafforzamento del ruolo di coordinamento centrale della CE sono infatti giunti dal Consiglio Europeo, composto dagli attori statali (Azzopardi-Muscat *et al.*, 2017; Commissione Europea, 2020a; Forman e Mossialos, 2021). Centralizzare i meccanismi di contrattazione e approvvigionamento dei vaccini ha significato innanzitutto esternalizzare la competizione per creare, all'interno del contesto europeo, condizioni favorevoli alla disposizione cooperativa degli attori statali. Tuttavia, la ben nota farraginosità dei meccanismi decisionali dell'UE poneva, in quest'ottica, un problema: la durata eccessiva delle tempistiche rischiava di risolversi in una perdita di competitività sullo scenario globale e di spingere per questo gli SM a negoziare separatamente, producendo e riproducendo diseguaglianze strutturali negli approvvigionamenti. Come si diceva, in un inquadramento da teoria dei giochi, l'assunto delle istituzioni europee sembra essere stato che in assenza di alter-

native e dei dovuti incentivi, gli SM si sarebbero automaticamente mossi nella direzione non-cooperativa. È così che la nascita dell'*Inclusive Vaccine Alliance* (composta da Italia, Francia, Germania e Paesi Bassi), potrebbe aver costituito per la CE proprio il segnale che gli SM iniziavano a muoversi autonomamente¹⁴. Fatto sta che poco dopo l'annuncio che la suddetta Alleanza aveva concluso una negoziazione con la casa farmaceutica AstraZeneca, la CE è riuscita a compiere il passaggio decisivo per la messa in comune della politica vaccinale a livello europeo, estendendone l'approccio.

Un passo importante verso un'azione congiunta tra Stati membri è già stato compiuto con la creazione di un'alleanza inclusiva sui vaccini tra Francia, Germania, Italia e Paesi Bassi. Questa alleanza è stata creata per mettere in comune le risorse nazionali dei paesi suddetti e garantire un accesso equo alle forniture di vaccini per la popolazione europea. La presente proposta si basa sugli importanti lavori preparatori svolti nell'ambito dell'alleanza (Commissione Europea, 2020a, p. 3).

Il 17 giugno 2020, attraverso una comunicazione diretta al Parlamento Europeo, al Consiglio Europeo, al Consiglio dell'Unione Europea, e alla Banca Europea degli Investimenti (Commissione Europea, 2020a), la CE ha ufficializzato la Strategia dell'Unione Europea per i vaccini contro il Covid-19. I contenuti della strategia esprimono chiaramente lo schema cognitivo in base al quale si è mosso il processo decisionale. La situazione è innanzitutto inquadrata nell'*urgenza* di contrastare i costi della pandemia.

La pandemia di Covid-19 infligge enormi costi umani ed economici all'Unione europea e al mondo. Una soluzione permanente a questa crisi sarà con grande probabilità trovata grazie allo sviluppo e alla diffusione di un vaccino efficace e sicuro contro il virus. L'entità della crisi significa che la pressione in termini di tempo è senza precedenti: ogni mese guadagnato nella diffusione di un vaccino consentirà di salvare molte vite, molti posti di lavoro e miliardi di euro (Commissione Europea, 2020a, p. 1).

D'altra parte, l'interdipendenza tra gli SM è resa esplicitamente principio legittimante della centralizzazione a livello europeo dei processi di negoziazione.

Gli Stati membri dell'UE sono strettamente interconnessi. Rendendo possibile la libera circolazione delle merci e delle persone, il mercato unico ha consentito alle economie nazionali di integrarsi strettamente tra loro e ha aumentato l'interdipendenza di tutte le nostre economie e società [...] Un approccio autenticamente europeo

¹⁴ <https://www.politico.eu/article/europe-coronavirus-vaccine-struggle-pfizer-biontech-astrazeneca/> [visitato il 13.11.2024].

eviterebbe di mettere gli Stati membri in concorrenza tra loro. Esso crea solidarietà tra tutti gli Stati membri, indipendentemente dall'entità della loro popolazione e del loro potere d'acquisto (Commissione Europea, 2020a, pp. 2-3).

Se, da un lato, la CE sottolinea l'interdipendenza tra gli SM come fonte della necessità di gestire i processi di approvvigionamento attraverso gli strumenti di regolazione e obbligazione, dall'altro rende saliente come la minaccia della competizione globale con i Paesi ad alto reddito sull'offerta dei vaccini richieda flessibilità negli stessi meccanismi di regolazione e obbligazione formale, per consentire la rapidità del coordinamento. Tale necessità ha portato infatti le istituzioni europee ad operare una serie di revisioni di requisiti procedurali, regolamenti e direttive, discriminando standard derogabili e standard non derogabili¹⁵.

Il motto che emerge dalla strategia è “evitare la competizione, creare solidarietà”. Entrambe le condizioni relazionali, quella di interdipendenza e quella di competizione sistemica, a fronte del bisogno di attuare la campagna vaccinale rapidamente e in maniera coordinata, si sono riflesse nella soluzione istituzionale della centralizzazione delle procedure di *procurement* del vaccino al livello sovra-statale delle istituzioni europee. Al fine di consolidare un consenso verso tale soluzione, non solo sul piano simbolico ma anche connesso a condizioni materiali incentivanti, nella comunicazione della Strategia la CE ne sottolinea i vantaggi competitivi in comparazione con un sistema in cui gli SM procedono autonomamente: la centralizzazione dei processi di *procurement* e negoziazione amplifica le capacità strategiche e le capacità d'investimento; aumenta il potere negoziale come controparti nella contrattazione; migliora l'expertise grazie alla combinazione delle competenze degli esperti dei vari SM; infine, riduce i costi della negoziazione, abbattendo per i singoli SM la necessità di aprire procedure di *procurement* a livello nazionale. Questa costituisce la struttura dei vantaggi alla base del disciplinamento e della messa in comune dei processi negoziali. Ma affinché la campagna vaccinale europea potesse realizzarsi, l'incentivo alla cooperazione doveva accompagnarsi alla semplificazione dei sistemi regolatori e all'accelerazione dei meccanismi di coordinamento. In questo senso, il giorno dopo la comunicazione della Strategia, cioè il 18 giugno 2020, la CE ha adottato una decisione che stabiliva i termini di un accordo con i 27 SM

¹⁵ Un esempio è dato dalle deroghe alla Regolazione europea riguardante la prevenzione del rischio ambientale nell'uso degli OGM, la cui applicazione riguardava anche i vaccini. In questo caso, alcuni standard procedurali che non intaccavano direttamente principi di sicurezza e garanzia ambientale sono stati emendati temporaneamente. <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/carriage/clinical-trials-medicinal-products-containing-gmos-intended-to-treat-Covid-19/report?sid=8401>

tale da ottenere la titolarità istituzionale a negoziare a loro nome i contratti di acquisto con i produttori di vaccini. Se precedentemente a tale decisione ciascun contratto negoziato in sede europea avrebbe dovuto superare una trafila burocratica che prevedeva l'invio delle approvazioni, singolarmente e di volta in volta, da parte di ciascuno SM, questa soluzione¹⁶ consentiva alla CE di procedere in via diretta, avendo gli SM approvato preliminarmente tale decisione (Commissione Europea, 2020b), che l'autorizzava a concludere con i produttori gli APA. La decisione approvata dalla CE e stipulata dagli SM prevede una serie di obbligazioni rivolte a questi ultimi allo scopo di garantire, da un lato, che non effettuino negoziazioni separate e acquisti non previsti negli APA; dall'altro, a definire la distribuzione delle responsabilità: la CE si incarica del *procurement* e della negoziazione ma, sulla base del principio di sussidiarietà, la gestione dei processi di distribuzione e di somministrazione dei vaccini resta in capo agli Stati nazionali. La politica vaccinale europea è stata quindi gestita attraverso una governance multilivello agita attraverso il potenziamento della centralizzazione di alcune funzioni, mantenendo la decentralizzazione di altre. Nei sistemi di governance multilivello (Hooge e Marks, 2002) le cosiddette “esternalità” divengono principio di distribuzione dell'autorità e parte integrante del processo decisionale. In questo caso, la centralizzazione dei processi di *procurement* in sede europea si connette al tipo di esternalità che li concerne, ovvero il confronto con l'economia di scala e la competizione globale sull'offerta di vaccini. A restare decentralizzati sono stati i processi di gestione e distribuzione logistica delle dosi, situati al livello decisionale nazionale e locale dei singoli SM, poiché connessi ad esternalità di tipo locale e territoriale. Quindi, le funzioni interessate dall'uno e dall'altro tipo di processo (centralizzazione e decentralizzazione) appaiono discriminate sulla base di due principi di organizzazione dell'azione: da un lato, il ben noto *principio di sussidiarietà*, agito mantenendo il decentramento di funzioni che richiedevano il contatto locale con i territori (es. la costruzione e gestione degli hub vaccinali); dall'altro, la centralizzazione basata sulla necessità di garantire principi di *equità* ed *efficienza/efficacia*. Ciò non toglie che la CE non abbia operato forme indirette di facilitazione del coordinamento anche sul piano logistico-operativo, quando invitata a farlo dall'incontro speciale del Consiglio Europeo del 2 ottobre 2020. In tale ambito, gli SM invitarono la CE a compiere sforzi ulteriori per facilitare la cooperazione tra gli SM anche sul piano della distribuzione dei vaccini. Ne conseguì la Comunicazione della CE al Parlamento e

¹⁶ Si tratta di un modo di procedere consentito dall'emendamento al Regolamento del Consiglio Europeo 2016/369, art. 4, par. 5b, in base al quale la CE può garantire supporto emergenziale attraverso meccanismi di procurement centralizzati previo accordo con gli SM.

al Consiglio del 15 ottobre 2020 dal titolo “Preparazione per le strategie di vaccinazione contro il Covid-19 e di distribuzione del vaccino” (Commissione Europea, 2020c). Anche questa comunicazione si apre con un framework di valori comuni la cui derivazione diretta è la necessità di coordinamento tra gli SM per il contenimento degli effetti, prima umani e poi economici, della pandemia. La CE afferma che è per questo “imperativo” che gli SM seguono una strategia comune per la distribuzione dei vaccini e per il contenimento della pandemia. Allo scopo di facilitare i processi, elenca strumenti di supporto ai processi decisionali messi a disposizione dall’European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), il quale era stato incaricato di costruire modelli matematici a supporto delle decisioni in relazione all’evoluzione della pandemia. Inoltre, definisce un insieme di standard riguardanti: la promozione dell’accettazione del vaccino da parte della popolazione attraverso elementi di comunicazione, trasparenza e accessibilità; l’approccio coordinato nella metodologia di allocazione, basata sul criterio della popolosità nazionale; e l’impegno a garantire gli standard di qualità, efficienza e sicurezza del vaccino. Non solo, la CE presenta un cronoprogramma, che vedremo ripreso nel contesto italiano, definendo le specifiche fasi preparatorie della campagna vaccinale in attesa della conclusione degli APA e della consegna delle dosi, tempistiche e gruppi target della campagna vaccinale (personale sanitario, popolazione a rischio e over 80, obiettivo dell’80% di popolazione vaccinata entro settembre 2021, etc.).

Emerge un fatto organizzativo evidente: i processi di coordinamento sono processi plurali, e tuttavia proprio in virtù della molteplicità che cercano di gestire richiedono la costituzione di un *perno organizzativo* centrale che svolga funzioni di mediazione e di programmazione strategica comune. La centralizzazione dei processi di *procurement* ha previsto la configurazione ad hoc di una struttura di governance dei processi negoziali tale da assicurare la partecipazione dei rappresentanti e dell’expertise degli SM. È stato possibile ricostruire tale struttura grazie alla Relazione Speciale della Corte dei conti Europea (CCE) che ha realizzato, nel 2022, un dettagliato rapporto di valutazione della politica vaccinale europea (Corte dei conti Europea, 2022). I processi negoziali con le case farmaceutiche erano in capo a un comitato direttivo composto da un rappresentante per SM scelto, sottolinea la CCE, senza particolari requisiti di competenza. Tale comitato si occupava di sovraintendere i processi di negoziazione e convalidare i contratti stipulati da parte della squadra negoziale incaricata delle trattative. Quest’ultima era composta da un gruppo più ristretto di SM – sette, tra cui l’Italia –, da membri dell’Agenzia Medica Europea (EMA) e dai dirigenti delle agenzie di sorveglianza farmacologica nazionali. Nella gestione delle trattative la squadra negoziale si divideva in sottogruppi: ciascuno SM era dedicato alla negocia-

zione con uno specifico produttore. Il processo doveva seguire, tecnicamente, una serie di fasi in base alle quali a un'analisi delle capacità produttive dei produttori sul mercato seguiva l'apertura di negoziati preliminari. Ma la chiusura del negoziato e la stipula del contratto doveva essere preceduta dall'approvazione del comitato direttivo e dall'indizione di una gara d'appalto, per motivi di trasparenza, da parte della CE. È proprio su questo punto che la Corte dei Conti europea ha sollevato alcune questioni, riscontrando uno scarso legame tra i punteggi ottenuti nelle gare d'appalto e l'effettiva capacità di allocazione dei vaccini da parte dei produttori selezionati, condizione che si è in seguito riflessa su una serie di ritardi nella consegna delle dosi. Ciò che emerge dalla Relazione del 2022 della Corte è infatti che la governance dei processi negoziali, nonostante gli sforzi narrativi e forse retorici della CE, non si era dotata nel dettaglio di standard operativi e meccanismi di coordinamento chiari. Per di più, nota la CCE, il comitato direttivo e le squadre negoziali, a differenza di quanto avvenuto nel caso dei maggiori competitors (Stati Uniti e Regno Unito), non erano dotate delle competenze relativa ai sistemi logistici e di approvvigionamento. Le garanzie su questo piano erano infatti assenti nei primi contratti, volti solo a garantire all'UE un certo numero di dosi a un prezzo favorevole. Solamente in seguito alle problematiche riscontrate nelle consegne, le clausole di stampo tecnico-logistico sono state progressivamente inserite nei contratti, in un processo di *learning-by-doing*. Sembra quindi che i processi decisionali e di coordinamento abbiano seguito una dinamica alla *garbage can* (Cohen *et al.*, 1972; Olsen, 2001) quando si è trattato di decisioni di importanza moderata (Waguespack, 2006; Bendor *et al.*, 2001) il che, secondo la CCE, ha portato al fallimento nel raggiungimento di una serie di obiettivi stabiliti dalla CE nelle comunicazioni al Parlamento e al Consiglio, come: ottenere la garanzia dell'accesso prioritario dell'UE all'offerta di vaccini con le controparti; promuovere la localizzazione dei processi di produzione sul territorio europeo; limitare le richieste di indennizzo da parte dei produttori; promuovere la condivisione della proprietà intellettuale specialmente quando derivante da investimenti pubblici¹⁷. La percezione dell'urgenza è un'arma a doppio taglio: se ha l'effetto auspicato di promuovere l'attivazione, tende anche a riflettersi nell'an-

¹⁷ "In the negotiations with the pharmaceutical industry under the present Agreement, the Commission will promote a Covid-19 vaccine as a global public good. This promotion will include access for low and middle income countries to these vaccines in sufficient quantity and at low prices. The Commission will seek to promote related questions with the pharmaceutical industry regarding intellectual property sharing, especially when such IP has been developed with public support, in order to these objectives. Any vaccines available for purchase under the APAs concluded but not needed and purchased by Participating Member States can be made available to the global solidarity effort (Commissione Europea, 2020b, Annex, p. 6).

damento emergenziale e contingente dei processi decisionali e operativi. Un riflesso che, come vedremo, ha comportato effetti concreti anche nelle scelte relative alla distribuzione dei rischi e dei ricavi degli investimenti europei nelle case farmaceutiche.

Sebbene non nella completa trasparenza¹⁸, nell'arco di sei mesi la struttura negoziale europea aveva concluso Accordi Preliminari di Acquisto con i maggiori produttori sul mercato (Commissione Europea, 2020d). La maggior parte degli APA è oggi reso pubblico, sebbene alcune informazioni restino ancora coperte da segretezza, tra cui i nomi dei rappresentanti degli SM che hanno preso parte alla negoziazione, il numero di dosi oggetto del contratto e l'ammontare del finanziamento concordato.

Ma cosa implicavano APA conclusi con le case farmaceutiche? Gli Accordi Preliminari di Acquisto (Advanced Purchase Agreements) sancivano uno scambio tra pacchetti di finanziamento garantiti dall'UE e diritti di acquisto garantiti dai produttori, relativi a un certo numero di dosi di vaccino, a un prezzo concordato, da fornire in un certo arco di tempo¹⁹. In virtù della minaccia

¹⁸ Vedi il caso del contratto stipulato dalla Presidente della CE con AstraZeneca – che è tutt'ora il contratto di maggiori dimensioni economiche stipulato ai fini dell'approvvigionamento dei vaccini – senza la partecipazione del comitato direttivo né delle squadre negoziali e le cui clausole, nonostante diversi solleciti, non sono state rese note (Corte dei Conti europea, 2022).

¹⁹ Una volta stabiliti i diritti di acquisto per ciascuno SM il numero di dosi era ripartito centralmente sulla base del criterio di numerosità della popolazione. L'Italia ha quindi ricevuto il 13,41% delle dosi oggetto dei contratti stipulati in sede europea. Dalla documentazione di nostra conoscenza, sia dalle fonti ufficiali europee sia dalle fonti ufficiali italiane consultate, non è chiaro il meccanismo dei pagamenti e le risorse pubbliche complessive stanziare per l'acquisto dei vaccini dall'Italia. Una volta conclusi gli APA, l'esercizio del diritto di acquisto e la corrispondente responsabilità finanziaria – il processo di reperimento delle risorse economiche e la conclusione di eventuali pagamenti supplementari – e logistica nella gestione dei processi di distribuzione nazionale (trasporto, stoccaggio, distribuzione delle dosi sul territorio e somministrazione) era in capo alle strutture nazionali (Commissione Europea, 2020d). Lo Stato italiano deve dunque aver preso in carico tale funzione, attuandola conformemente al Codice degli Appalti. Grazie all'Osservatorio sul Covid-19 sui Bandi Pubblici, coordinato dal *Gran Sasso Science Institute* in collaborazione con l'agenzia di stampa Openpolis (<https://bandicovid.openpolis.it/>), è oggi disponibile una banca dati aggiornata che analizza il contenuto dei singoli contratti stipulati dallo Stato, e dalle sue specifiche diramazioni istituzionali, con aziende private. Dalla consultazione di tale banca dati, non risultano contratti mirati all'approvvigionamento di dosi. I contratti disponibili stipulati dalla pubblica amministrazione riguardano piuttosto materiali logistici, relativi al trasporto, alla conservazione delle dosi e alla gestione degli hub vaccinali. Tra le stazioni appaltanti rilevate (n. 131), prevalgono le Regioni, cui era in carico la gestione della logistica locale sotto il coordinamento della Struttura Commissariale per l'Emergenza Covid-19. Tra le procedure d'appalto attivate, che hanno portato alla stipula di contratti con un totale rilevato di 290 aziende vincitrici, prevale la "procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando", per un totale di fondi stanziati pari a più di 6 miliardi di euro. Si tratta di una

competitiva e di un'offerta di vaccini inizialmente inferiore alla domanda globale, l'UE, così come altri, ha avviato i processi negoziali ben prima che i vaccini fossero effettivamente prodotti e disponibili per l'acquisto e la distribuzione. Attraverso gli APA, dunque, l'UE si garantiva un certo approvvigionamento in cambio di un finanziamento a sostegno dei costi di produzione e sviluppo, che si sarebbe trasformato in pagamento anticipato delle dosi concordate nel caso dell'immissione in commercio del vaccino finanziato. Tale finanziamento è avvenuto attraverso i fondi dell'European Emergency Support Instrument (ESI), composti da 2,15 miliardi di euro stanziati dalla CE e 750 milioni aggiunti dagli SM, per un totale di 2,9 miliardi di euro di cui 2,55 sono stati effettivamente versati ai fini della conclusione degli APA Corte dei conti Europea, 2022). Una volta emessi i finanziamenti a sostegno dei costi di sviluppo e produzione delle case farmaceutiche, la CE si confrontava con due tipi rischi: che lo sviluppo del vaccino oggetto del finanziamento fallisse; oppure che il vaccino entrasse in produzione ma non ottenesse l'autorizzazione preventiva dell'EMA, necessaria per l'immissione in commercio. Come rilevato dalla CCE (*ibid.*), tale rischio si è concretizzato quando i finanziamenti stanziati non sono stati interamente restituiti nei casi di fallimenti nella produzione/approvazione del vaccino. Tale condizione avrebbe riguardato circa 1.905 milioni di dosi, i cui contratti sono stati annullati senza l'esercizio delle opzioni per il recupero dei finanziamenti da parte della CE. D'altra parte, gli investimenti pubblici da parte della Commissione a sostegno dei costi di sviluppo e produzione avevano proprio a che vedere con la necessità di «ripartire il rischio di insuccesso e ritardo» (Conte dei Conti, 2022; Commissione Europea, 2020a). All'interno della decisione del 18 giugno 2020 con cui la CE stabiliva l'accordo con gli SM per la centralizzazione del procurement, la necessità dell'investimento è inquadrata chiaramente in un contesto in base al quale l'incertezza degli investimenti nei vaccini anti-Covid-19, generata dall'arco temporale ristretto, dagli alti costi di sviluppo e produzione, e dall'alto tasso di fallimento dei test clinici, comportava un rischio tale per cui l'investimento non poteva essere vincolato alla certezza della produzione, implicando la necessità dell'intervento finanziario pubblico a fronte dell'impossibilità di affidarsi esclusivamente al mercato finanziario privato. Per tale motivo la CE stabilisce la strategia di contrattare con il più alto numero di produttori possibile, per aumentare la probabilità di ottenere vaccini effettivamente in grado di essere immessi in commercio.

delle procedure meno competitive e trasparenti, il cui utilizzo è previsto in situazioni d'emergenza dal Codice degli Appalti.

Work on a COVID-19 vaccine is challenging for many reasons: the shortened development timeframe, the large upfront costs for manufacturers, the high failure rate during clinical trials. If vaccine producers follow their usual practice of making investments in production capacity only when they are sure of a viable product, this will result in considerably longer waiting times for a vaccine. Investments need to be made now in order to ensure that vaccines are being produced at the scale required as early as possible. [...] The Parties understand that developing a safe and effective vaccine is a highly complex process and the risk of failure in any such venture is very high. Therefore, the aim is to put in place APAs with a number of manufacturers of leading vaccine candidates, to maximize the chances of having access to at least one successful vaccine (Commissione Europea, 2020b, Annex, p. 6).

Tale condizione di incertezza ha comportato l'assunzione di un alto rischio per gli investimenti pubblici europei. D'altra parte, però, il clima di competizione globale ha implicato la tendenza a garantire condizioni contrattuali fortemente favorevoli agli interessi delle aziende farmaceutiche. Questo fatto è evidente non solo nel mancato esercizio di clausole per il recupero degli investimenti in caso di fallimenti nella produzione, ma anche in materia di responsabilità in caso di insorgenza di effetti indesiderati. In questo campo, le disposizioni dei contratti siglati differiscono dalla prassi pre-pandemica basata sulla Direttiva del Consiglio 85/374/CEE sulla "responsabilità per danno da prodotti difettosi", stabilendo che siano gli SM a incaricarsi di rischi finanziari precedentemente a carico dei produttori. Nel caso in cui un cittadino presenti richieste di risarcimento danni ai produttori, lamentando dell'insorgenza di effetti collaterali, i contratti stabiliscono che il risarcimento (se accolto) e le spese legali sostenute dai produttori sono a carico dello SM in cui è stata effettuata la richiesta, a meno di comprovata negligenza o condotta dolosa da parte del produttore (Corte dei conti Europea, 2022). A tale facilitazione si aggiunge la prassi di alcuni Stati, compresa l'Italia, di garantire forme di "risarcimento senza colpa" (Doyle e McLoughlin, 2021; Raineri, 2021) – per cui lo Stato rinuncia al diritto di far valere legalmente le responsabilità della casa farmaceutica prendendo automaticamente a proprio carico il risarcimento. A titolo esemplificativo della situazione, a dicembre del 2020, la CE intentò una causa contro la casa farmaceutica AstraZeneca per mancata consegna delle dosi concordate, ma ritirò la richiesta di risarcimento dopo la conclusione di un nuovo accordo con previsioni più precise e vincolanti sui tempi di consegna.

L'interazione tra istituzioni e aziende private segue una dinamica complessa di compromessi e compensazioni del rischio in cui, nonostante l'investimento pubblico sia essenziale a garantire le capacità di sviluppo e produzione delle aziende, e nonostante il peso economico del mercato europeo, le istituzioni sembrano auto-percepirsi come le controparti con minor potere

contrattuale. La miscela di incertezza e competizione ha implicato, secondo tale sistema, anche nel caso dei vaccini anti-Covid-19, la dinamica generalizzata di socializzazione del rischio, finanziato con fondi pubblici, cui non ha corrisposto la condivisione della proprietà intellettuale e tanto meno dei ricavi, rimasti di dominio privato.

3.4. Conclusioni. Socializzazione dei rischi e privatizzazione dei profitti

Il 10 febbraio 2021, a circa un anno di distanza della dichiarazione dello stato di pandemia da parte della WHO, l'europarlamentare Manon Aubry²⁰ è intervenuta al parlamento europeo attaccando duramente la Presidentessa della Commissione Europea Ursula Von der Leyen²¹. A essere messe sotto i riflettori sono state le politiche che la CE aveva adottato nella gestione della strategia vaccinale fino a quel momento.

Come ha potuto la Commissione europea accettare di inchinarsi così davanti alle case farmaceutiche? Nella gestione della strategia vaccinale, ho la sensazione, signora Von Der Leyen, che i grandi leader farmaceutici hanno stabilito la legge per lei. Prima di tutto su trattative e contratti: non c'è chiarezza a tutti i livelli. Nessuna informazione sui negoziati nonostante le richieste del nostro Parlamento. [...] Sulle consegne un pasticcio di ritardi e nessun programma rispettato. Senza alcuna sanzione ovviamente. [...] Sui brevetti stesso scandalo. Questi vaccini sono stati resi possibili da miliardi di euro di denaro pubblico. Ma i brevetti rimangono proprietà esclusiva di big pharma. Di conseguenza, gli Stati non possono produrre su larga scala le dosi di cui il mondo ha così tanto bisogno. [...] E infine la ciliegina sulla torta: i profitti, 15 miliardi di fatturato e dal 20 al 25% di margine per Pfizer che è felicissimo del successo del suo "blockbuster". Sanofi non ha trovato alcun vaccino ma ha trovato 400 posti di ricerca da tagliare e 4 miliardi di euro in dividendi da

²⁰ È stata eletta europarlamentare come capolista del partito francese La France insoumise. Dal 2019 è inoltre co-presidente del gruppo *The Left in the European Parliament*.

²¹ Come inciso è necessario ricordare che attualmente è in corso un'indagine della Procura europea (European Public Prosecutor's Office) sul così detto "Pfizergate". Si tratta di un possibile caso di "interferenza nelle funzioni pubbliche, distruzione di Sms, corruzione e conflitto di interessi" della presidente Von der Leyen nel processo di negoziazione dell'acquisto di dosi del vaccino Pfizer/BioNTech per conto della CE (Stavis-Gridneff, 2021; Il Sole 24 ORE, 2024). Alla fine del 2022, un gruppo di parlamentari europei hanno inoltre portato l'attenzione anche sui possibili conflitti d'interesse di Heiko Von der Leyen, marito di Ursula Von der Leyen e direttore medico di Orgenesis Inc., una compagnia biotech statunitense che collabora con Pfizer-Biontech e che risulta "direttamente coinvolta nello sviluppo di terapie geniche, in particolare vaccini contro l'acido ribonucleico messaggero (mRNA)" (Donato *et al.*, 2022; D'Amato, 2022; Martuscelli, 2023).

distribuire. [...] dopo tutto, questi vaccini sono stati pagati con i nostri soldi. L'equazione dovrebbe essere semplice: denaro pubblico, appalti pubblici, brevetti di pubblico dominio. Per decenni abbiamo lasciato tutto, compresa la nostra salute, nelle mani del settore privato. [...] È ora di abbandonare i brevetti e assicurarsi che non si tragga alcun profitto dalla pandemia²².

In questo intervento sono condensati i principali nuclei problematici delle strategie di egemonia vaccinale dell'UE. Tutt'oggi non è ancora possibile conoscere i dettagli dei contratti stipulati dalla CE con le case farmaceutiche. Dopo numerose pressioni del parlamento europeo e della cittadinanza, i contratti sono stati resi pubblici ma con l'omissione dei dati più importanti e significativi²³. In virtù della formale indipendenza dei vari sistemi sanitari nazionali dall'UE, è stato inoltre sottolineato come fra gli SM non vi sia sempre stata un'applicazione uniforme né della regolamentazione attorno alla somministrazione dei vaccini né tanto meno della sua organizzazione logistica (Van Kessel *et al.*, 2023).

Nel paragrafo 3 abbiamo illustrato come la CE abbia sviluppato una retorica volta ad affermare un'identità etico-politica dell'UE in relazione oppositiva alle forme di nazionalismo vaccinale descritte nel paragrafo 2. Tale tentativo si è concretizzato all'interno del sistema UE nella costruzione di un framework comune di inquadramento della situazione pandemica, e nella strutturazione di una procedura centralizzata di *procurement* tale da modificare la struttura degli incentivi per indirizzare gli SM verso il comportamento cooperativo e coordinato, in un sistema di governance multilivello. Anche a livello globale, l'UE ha tentato di sviluppare delle politiche volte sia a superare l'individualismo adottato da molti Paesi sia a impegnarsi in forme di diplomazia vaccinale partecipando, ad esempio, al programma COVAX. È all'interno di tale framework che l'UE ha ribadito la posizione della WHO per la quale i vaccini per il Covid-19 avrebbero dovuto essere considerati un bene pubblico globale. Questo però non ha sortito impatti significativi (Formoso e Mancini, 2021) e l'UE non ha sempre generato delle pratiche coerenti con i propri obiettivi di cooperazione internazionale a favore dei Paesi in via di sviluppo. Sul piano delle lotte per l'egemonia vaccinale, infatti, nonostante la proclamata volontà di porsi in una posizione di leadership globale nell'am-

²² <https://www.la7.it/omnibus/video/vaccini-il-duro-attacco-delleuroparlamentare-ma-non-aubry-ad-ursula-von-der-leyen-05-03-2021-368495> [ultima consultazione 17 ottobre 2024].

²³ Al link seguente è possibile scaricare i pdf dei vari contratti che la CE ha stipulato con case farmaceutiche come Pfizer/BioNTech; Moderna; AstraZeneca; Johnson & Johnson; Sanofi-GSK; Novavax; Valneva; HIPRA. Alla data della consultazione [28/12/2024] i dettagli più significativi dei contratti sono ancora secretati. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en

bito della vaccine diplomacy, fino alla fine del 2021 l'UE è stata in netto ritardo rispetto a Stati Uniti e Cina nella spedizione delle dosi di vaccino che aveva promesso alla WHO (Tamma, 2021; Deters e Zardo, 2023). Le strategie di nazionalismo vaccinale tramite la costruzione di accordi bilaterali con le case farmaceutiche hanno generato ritardi nelle consegne e un innalzamento dei costi sul mercato dei vaccini anche per le iniziative di cooperazione internazionale come COVAX (Mešević 2021, 44–45). Inoltre, come illustrato in precedenza, tali strategie hanno condotto ad un acquisto di dosi superiore rispetto al fabbisogno reale (o della possibilità gestionale reale delle somministrazioni) da parte degli stati con delle economie forti a discapito dei Paesi in via di sviluppo²⁴. Questo ha causato, come conseguenza, un alto tasso di spreco dei vaccini acquistati. È stato ad esempio documentato che l'UE e i Paesi membri del G7 hanno donato in vari casi dosi di vaccino scadute (o inutilizzabili perché prossime alla scadenza) a vari Paesi in via di sviluppo.

Tale clima di competizione per gli approvvigionamenti, nel contesto globale caratterizzato da diseguaglianze sistemiche, ha riportato al centro del dibattito un'annosa controversia attorno al tema della proprietà intellettuale e dei brevetti²⁵. Il citato intervento dell'europarlamentare Aubry faceva eco alla proposta, avanzata nell'ottobre del 2020 da India e Sud Africa, di sospendere alcune clausole degli accordi TRIPS, ovvero la regolamentazione della World Trade Organization relativa agli Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) relativamente a tutti i prodotti sanitari correlati alla lotta alla pandemia. Nello spirito dei proponenti, una tale sospensione dei TRIPS avrebbe permesso in particolar modo la produzione in massa delle versioni generiche dei migliori vaccini disponibili sul mercato nei Paesi in via di sviluppo, contribuendo così a colmare il gap vaccinale globale. Un cospicuo numero di Paesi in via di sviluppo e varie organizzazioni internazionali come la WHO hanno aderito a tale proposta che però ha trovato una forte opposizione da parte dell'UE (accompagnata in questo anche da Paesi come Australia, Brasile, Canada, Giappone, Norvegia, Svizzera, Regno Unito e Stati Uniti), che ha visto nelle aziende farmaceutiche una fonte importante del Prodotto Interno Lordo di vari SM (Mešević, 2021; Boschiero, 2022; Sparke e Levy, 2022; Deters e Zardo, 2023). Quando si tratta di proprietà intellettuale, su un piano di *governance della conoscenza*, «la domanda fondamentale che bisogna porsi è: in che momento l'estensione della protezione cessa di generare profitti schumpeteriani e diventa la base per la ricerca di rendite?» (Burlama-

²⁴ Su questo punto si vedano Emergency, 2022; La Repubblica, 2022; Barnéoud, 2022. Si veda anche la seguente interrogazione parlamentare: Botenga, 2022.

²⁵ Per una panoramica su questi temi si veda Gruppo Laser, 2005.

qui *et al.*, 2015). L'attuale configurazione del sistema della proprietà intellettuale costituisce un problema per la circolazione della conoscenza poiché non si limita a tutelare le rendite dei produttori per un periodo sufficiente allo scopo, bensì è strutturato in modo tale che nei suoi effetti complessivi impedisce il trasferimento del know-how e l'accesso alle innovazioni. Per di più, nelle pagine precedenti abbiamo sottolineato come la ricerca e sviluppo (R&S) su cui si è basata la produzione dei vaccini per il Covid-19 sia stata in larga parte possibile grazie al supporto che le aziende farmaceutiche hanno ricevuto tramite ingenti finanziamenti pubblici. Il caso della pandemia ha messo in evidenza il fatto che «la conoscenza sia sempre più spesso creata come bene pubblico da scienziati che lavorano con il sostegno dei governi e successivamente gli investitori privati se ne appropriano» (Florio 2022, 1138). Le politiche messe in atto dall'UE sono state fortemente imperniate su assunti neoliberali. Come si è visto nel paragrafo 2, la compressione dei tempi di produzione di un vaccino in pochi mesi è un'impresa tecnoscientifica con degli altissimi rischi tanto economici quanto sanitari. La CE si è limitata a fornire finanziamenti pubblici e stipulare accordi bilaterali con varie aziende farmaceutiche – assumendosi dunque una larga parte dei rischi economici – senza però utilizzare il suo potere di negoziare condizioni favorevoli in materia di regolamentazione dei brevetti, di potenziale abbassamento dei costi di produzione e men che meno di redistribuzione dei profitti. Allo stesso tempo, anche i rischi sanitari, relativi ad esempio all'insorgere di effetti collaterali, sono stati totalmente assunti dagli SM e non dalle aziende produttrici. In estrema sintesi, la strategia messa in atto dalla CE è stata quella di collettivizzare i rischi e mantenere invece privati i profitti derivanti dalla vendita delle dosi vaccinali. Tale strategia applicata nel caso della campagna vaccinale riflette la struttura generale che il rapporto tra pubblico e privato tende ad assumere, specialmente nell'ambito dei processi di innovazione. Da un punto di vista conoscitivo, infatti, non è tanto sorprendente il consenso generalizzato generatosi attorno alla necessità dell'investimento pubblico nei processi di R&S sul vaccino nel contesto straordinario della pandemia da Covid-19, quanto lo è invece l'assenza di tale consenso nell'ordinarietà dei processi economici e, soprattutto, la mancata rivendicazione di una porzione di ricavi da parte degli enti pubblici finanziatori. È un fatto ben noto che gli investimenti pubblici in R&S costituiscono un tassello fondamentale nei processi di innovazione, che a loro volta sono traino dello sviluppo economico (Janeway, 2012; Mazzucato, 2020; trad. it. 2020). Il contributo del settore pubblico è tale che analizzando la genesi delle tecnologie contemporanee si riscontra che, per lo sviluppo della maggior parte di esse, “non è stata la mano invisibile di Adam Smith, ma la mano del governo a dimostrarsi decisiva” (*T.d.A.*, Block e Keller, 2016, p. 19). Per quanto il

“fondamentalismo di mercato” (*ibidem*) di stampo neoliberista continui a presentare retoriche che negano l’opportunità dell’intervento pubblico nei processi economici, nuove conoscenze stanno evidenziando con sempre maggior forza la titolarità di operatori economici che a pieno di diritto spetta alle istituzioni pubbliche, non solo per la loro attività *de facto* e in relazione al loro potere di creare tanto la domanda quanto l’offerta, ma nel «fare cose che nessuno immagina, e quindi che nessuno fa» (Mazzucato, 2020, p. 16): di creare mercati nella direzione dell’interesse collettivo.

La funzione determinante dell’investimento pubblico nei processi di innovazione è data (e questo si evince anche dalla campagna vaccinale oggetto del nostro studio) da due sue caratteristiche principali: 1. la capacità di garantire la stabilità dell’investimento nel lungo termine, laddove i capitali privati sono caratterizzati da mobilità e volatilità; 2. la capacità di intervenire nella fase più incerta del ciclo di innovazione, quando l’esposizione al rischio è massima. È noto infatti che, a dispetto delle idee di senso comune più diffuse, i capitali privati e persino i cosiddetti *venture capitals* (quelli più propensi a investimenti ad alto rischio) entrano in campo in fasi successive del processo di innovazione rispetto a quanto è disposto a fare l’intervento pubblico. La stessa mobilità consente ai capitali privati di ritirarsi in corso, quando il rischio mostra di concretizzarsi. E tuttavia la dinamica dei rapporti tra pubblico e privato continua a configurare una tendenza crescente alla socializzazione del rischio e alla privatizzazione dei guadagni (Alessandri e Haldane, 2009), laddove lo Stato non rivendica rendimenti diretti a fronte del rischio assunto, in vista di supposti benefici indiretti (aumento dell’occupazione, etc.) dei finanziamenti ai privati il cui impatto, tuttavia, si è dimostrato fortemente limitato (Mazzucato, 2020). Tale dinamica sembra riguardare in particolare il comparto farmaceutico e delle biotecnologie, in cui “mentre lo Stato intraprende le ricerche più rischiose, le grandi compagnie private intascano la maggior parte dei guadagni” (Mazzucato, 2020, p. 277). Nella loro ricerca sul comparto delle biotecnologie statunitense, Vallas, Kleinman e Biscotti mostrano in maniera efficace la configurazione della situazione:

C’è un nuovo medicinale che produce ricavi annui per oltre 1 miliardo di dollari ed è commercializzato dalla Genzyme. Serve per curare una malattia rara e inizialmente è stato sviluppato dagli scienziati del Nih. L’azienda che lo produce ha fissato il prezzo a 350.000 dollari. La legge consente allo Stato di vendere farmaci sviluppati con fondi pubblici a prezzi “ragionevoli”, ma le autorità non hanno esercitato questo loro diritto. Il risultato è un caso estremo di socializzazione dei costi (per lo sviluppo del farmaco) e privatizzazione dei profitti. E una parte dei contribuenti che ha finanziato con i soldi delle tasse lo sviluppo di questo farmaco, non ha la possibilità di usarlo per curare i propri familiari ammalati perché è troppo costoso (2011, p. 24).

Grazie alla variazione dei prezzi in relazione alla disponibilità a pagare dei contraenti, è stato stimato che, a fronte di un fatturato di 15mld di euro, dalla vendita dei vaccini contro il Covid-19 Pfizer/BioNtech abbia maturato 4 miliardi di profitti; Moderna, su 18mld di fatturato, che ne abbia maturati 8 di profitti²⁶ (Formoso e Mancini, 2021). Resta allora la domanda: perché le istituzioni pubbliche non sembrano interessarsi a ottenere una socializzazione dei ricavi, per esempio rivendicando quote d'azione privilegiate nelle aziende finanziate (Mazzucato, 2020)? Perché, se esse assumono il rischio al pari o più dei capitali privati, non rivendicare una porzione dei profitti, considerato il notevole impatto che una tale pratica distributiva potrebbe generare nella disponibilità di spesa pubblica per l'investimento in innovazione e, quindi, per lo sviluppo economico? Oltre a doversi confrontare materialmente con il potere dei privati, le istituzioni pubbliche sembrerebbero incastrate in una percezione simbolica distorta (di genesi neoliberista) di sé stesse, del settore privato, e delle coordinate dei loro rapporti, con conseguenze del tutto concrete.

Ringraziamenti

Entrambi gli autori tengono a ringraziare Carmelo Lombardo per le discussioni preliminari attorno alle tematiche trattate in questo lavoro. Gerardo Ienna tiene inoltre a ringraziare Giacomo Simoncelli per gli scambi avuti sul tema della diplomazia vaccinale.

Riferimenti bibliografici

- Abbas, M. Z. (2020). Practical Implications of 'Vaccine Nationalism': A Short-Sighted and Risky Approach in Response to COVID-19, *SSRN Electronic Journal*.
- Adamson, M., Lalli R. (2021). Global Perspectives on Science Diplomacy: Exploring the Diplomacy-knowledge Nexus in Contemporary Histories of Science. *Centaureus*, 63 (1), 1–16.
- Alessandri, P., Haldane, A. G. (2009). *Banking of the State*. London: Bank of England. Tratto il giorno 18/6/2025 da <https://www.bankofengland.co.uk/-/media/boe/files/paper/2009/banking-on-the-state.pdf>
- Anderson, M., Forman, R and Mossialos, E. (2021). Navigating the Role of the European Union (EU) Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) in Europe and Beyond. *The Lancet Regional Health*, 100203 (9).

²⁶ <https://www.bbc.com/news/business-55170756> [ultima consultazione 29 dicembre 2024]

- Azzopardi-Muscat, N., Schroder-Back, P., Brand, H. (2017) The European Union Joint Procurement Agreement for cross-border health threats: what is the potential of this new health system collaboration?, *Health Economics, Policy and Law*, 12 (1), 43-59.
- Balakrishnan, V.S. (2022). 2 Years of Access to COVID-19 Tools-Accelerator. *The Lancet Infectious Diseases* 22 (7), 948.
- Baptista, E., Aquino, M., Elliott, L. (2024). Starting Latin America Trip, Xi Jinping Opens Huge Port in Peru Funded by China. *Reuters*, November 15, 2024, sec. World. <https://www.reuters.com/world/chinas-xi-arrives-lima-apec-open-pacific-megaport-2024-11-14/>.
- Baracca, A., Franconi, R. (2019). *Cuba: Medicina, Scienza e Rivoluzione, 1958-2014; Perché il servizio sanitario e la scienza sono all'avanguardia*. Milano: Zambon.
- Baracca, A., Franconi, R. (2021). Fino Alla Vittoria. *Left*, February 5, 2021.
- Barnéoud, L. (2022). The Huge Waste of Expired Covid-19 Vaccines. *Le Monde*, 4 aprile 2022. https://www.lemonde.fr/en/science/article/2022/04/04/the-huge-waste-of-expired-covid-19-vaccines_5979632_10.html.
- Barnes, B. (1974). *Conoscenza scientifica e teoria sociologica*. Napoli: Liguori.
- Bendor, J., Moe, T. M., Schotts, K. W. (2001) Recycling garbage can: an assessment of the research program. *American Political Science Review*, 95 (1), 169-190.
- Bingham, K. (2021). The UK Government's Vaccine Taskforce: Strategy for Protecting the UK and the World. *The Lancet* 397 (10268), 68–70.
- Block F., Keller M. R. (eds.) (2016), *State of Innovation. The U.S. Government's Role in Technology Development*. London: Routledge.
- Bloor, D. (1976). *La dimensione sociale della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Boschiero, N. (2022). COVID-19 Vaccines as Global Common Goods: An Integrated Approach of Ethical, Economic Policy and Intellectual Property Management. *Global Jurist* 22 (2), 177–230.
- Botenga, M. (2022). “Parliamentary Question | Expiration Dates of Donated Vaccines | E-000735/2022 | European Parliament.” February 21, 2022. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-000735_EN.html.
- Bridge Beijing (2024). Tracking China's COVID-19 Vaccine Distribution. 2024. <https://bridgebeijing.com/our-publications/our-publications-1/china-covid-19-vaccines-tracker/>
- Brooks, E., de Ruijter, A. Greer, S. L. (eds.) (2021). The European Union Confronts COVID-19: Another European Rescue of Nation-state?, in *Coronavirus Politics: The comparative Politics and Policy of COVID-19*, Anne Arbor: University of Michigan Press.
- Burlamaqui, L., Castro, A.C., Kattel, R. (eds.) (2015). *Knowledge Governance. Reasserting the Public Interest*. London: The Anthem Press.
- Cassells, E. D., Braveboy-Wagner, J.A. (2024). Cuba: Still Waging Niche Diplomacy, in J. A. Braveboy-Wagner (ed.), *Diplomatic Strategies of Rising Nations in the Global South: The Search for Leadership and Influence*. Cham: Springer International Publishing, pp. 309–341.

- Ciccotti, G., Cini, M., de Maria, M., Jona-Lasinio, G. (eds.) (1976). *L'ape e l'architetto. Paradigmi scientifici e materialismo storico*. Milano: Feltrinelli.
- Cohen, J. (2020). Unveiling 'Warp Speed,' the White House's America-First Push for a Coronavirus Vaccine, *Science*, May 12, 2020. <https://www.science.org/content/article/unveiling-warp-speed-white-house-s-america-first-push-coronavirus-vaccine>.
- Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P. (1972). A Garbage Can model of organizational choices. *Administrative Science Quarterly*, 17 (1), 1-25.
- Commissione Europea (2014). "Joint Procurement Agreement of Medical Countermeasures Adopted". https://health.ec.europa.eu/latest-updates/joint-procurement-agreement-medical-countermeasures-adopted-2014-04-10_en [15.12.2024]
- Commissione Europea (2020a). Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio Europeo, al Consiglio e alla Banca Europea per gli Investimenti: *Strategia dell'Unione europea per i vaccini contro la Covid-19*. COM(2020)245 final. URL (IT): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245>
- Commissione Europea (2020b). Decisione (UE) 2020/4192 del 18 giugno 2020: *Approving the agreement with Member States on procuring Covid-19 vaccines on behalf of the Member States and related procedures*. <https://commission.europa.eu/system/files/2020-09>
- Commissione Europea (2020c). Comunicazione della Commissione al Parlamento e al Consiglio Europeo: *Preparazione per le strategie di vaccinazione e la diffusione di vaccini contro la COVID-19*. COM(2020)680 final. URL (IT): <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpglclefndmkaj/https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0680>
- Commissione Europea (2020d). Decisione (UE) del 15 dicembre 2020: *On implementing Advance Purchase Agreements on COVID-19 vaccines*. <https://commission.europa.eu/document/download>
- Corte dei Conti Europea (2022). Relazione Speciale 19/2022: *Approvvigionamento di vaccini anti-COVID-19 nell'UE*. <https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/covid19-vaccines-19-2022/it/>
- D'Amato, R. (2022). Parliamentary Question | Potential Conflict of Interests Involving the President of the Commission | E-003717/2022 | *European Parliament*. November 15, 2022. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003717_EN.html.
- Daoudi, S. (2020). Vaccine Nationalism in the Context of Covid-19: An Obstacle to the Containment of the Pandemic, *Policy Center for the New South*. <https://www.policycenter.ma/publications/vaccine-nationalism-context-covid-19-obstacle-containment-pandemic>.
- Deters, H., Zardo, F. (2023). The European Commission in Covid-19 Vaccine Cooperation: Leadership vs Coronationalism? *Journal of European Public Policy* 30 (6), 1051–71.
- Dipartimento della Protezione Civile (2020). Emergenza Covid-19, destinati all'Italia gli aiuti della Cina all'Unione Europea., 6 aprile 2020.

- <https://www.protezionecivile.gov.it/it/notizia/emergenza-covid-19--destinati-all-italia-gli-aiuti-della-cina-all-unione-europea/>.
- Donato, F., Vilbor Siničič, D., Limmer, S., de Graaff, M., Anderson, C., Terhes, C., Joron, V. (2022). Parliamentary Question | Potential Conflict of Interest of the Commission President | E-003740/2022 | European Parliament. November 17, 2022. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003740_EN.html.
- Douglass, T., Anderson, A. (2024). *Vaccines in Society*. Cham: Springer Nature Switzerland.
- Doyle, J., McLoughlin, E. (2021). *Vaccine Injury Compensation Programmes: An Overview*. Parlamento irlandese, servizio biblioteca e ricerca. [online: https://data.oireachtas.ie/ic/oireachtas/libraryResearch/2021-04-20_1rs-note-vaccine-injury-compensation-programmes-an-overview_en.pdf]
- Elbe, S. (2022). Who Owns a Deadly Virus? Viral Sovereignty, Global Health Emergencies, and the Matrix of the International, *International Political Sociology*, 16 (2), 1–18.
- Elbe, S., Voelkner, N. (2014). Viral Sovereignty: The Downside Risks of Securitizing Infectious Disease, in G. W. Brown, G. Yamey, S. Wamala (eds.), *The Handbook of Global Health Policy*. NJ: Wiley-Blackwell Pub., pp. 305–317.
- Emergency (2022). “EU Set to Bin 25 Million More Vaccine Doses than It Has Donated to Africa This Year”. *EMERGENCY*. February 16, 2022. <https://en.emergency.it/press-releases/eu-set-to-bin-25-million-more-vaccine-doses-than-it-has-donated-to-africa-this-year/>.
- Fee, E., Cueto, M., Brown, T.M. (2016). At the Roots of The World Health Organization’s Challenges: Politics and Regionalization. *American Journal of Public Health* 106 (11), 1912–17.
- Fidler, D. P. (2007). Indonesia’s Decision to Withhold Influenza Virus Samples from the World Health Organization: Implications for International Law. *American Society of International Law Insights*, 11(4).
- Fidler, D. P. (2008). Influenza Virus Samples, International Law, and Global Health Diplomacy. *Emerging Infectious Diseases* 14 (1), 88–94.
- Fidler, D. P. (2013). Health Diplomacy, in A. F., Cooper, J., Heine, R., Thakur (eds.), *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*. Oxford Handbooks. Oxford, New York: Oxford University Press, pp. 691–707.
- Fidler, D. P. (2020). Vaccine Nationalism’s Politics. *Science* 369 (6505), 749–749.
- Filipović, A. (2024). Vaccine Diplomacy of the United States, China, India, and Russia During the COVID-19 Pandemic: A Comparative Analysis. *Međunarodna Politika* 75, (1190), 57–90.
- Florio, M. (2022). To What Extent Patents for Covid-19 mRNA Vaccines Are Based on Public Research and Taxpayers’ Funding? A Case Study on the Privatization of Knowledge. *Industrial and Corporate Change* 31 (5), 1137–51.
- Forman, R., Mossialos, E. (2021). The EU Response to COVID-19: From Reactive Policies to Strategic Decision-Making, *Journal of Common Market Studies*, 59:56-68

- Formoso, G., Mancini, S. (2021). Accesso ai vaccini anti-covid: ricerca, sviluppo e ruolo dei brevetti. *Prog Med*, 112, 499-503.
- Galluzzi, D. (2020). Breve storia delle missioni mediche cubane, *Corriere della Sera*, marzo 2020. <https://lanostrastoria.corriere.it/2020/03/27/breve-storia-delle-missioni-mediche-cubane/>.
- Giusti, S., Tafuro Ambrosetti, E. (2022). Making the Best Out of a Crisis: Russia's Health Diplomacy during COVID-19, *Social Sciences*, 11 (2), 53.
- Gondi, F. (2021). Comunicato a firma congiunta INMI L. Spallanzani e Gamaleya Institute, *INMI Lazzaro Spallanzani IRCCS*. 6 marzo 2021. <https://www.inmi.it/comunicato-a-firma-congiunta-inmi-l-spallanzani-e-gamaleya-institute/>.
- Gostin, L. O., Hongju Koh, H., Williams, M., Hamburg M.A., Benjamin, G., Foege, W.H., Davidson P. *et al.* (2020). US Withdrawal from WHO Is Unlawful and Threatens Global and US Health and Security, *The Lancet* 396 (10247), 293–95.
- Gramsci, A. (1977). *Quaderni del carcere*. 3 (XII-XXIX), (ed.) Gerratana, V., Torino: Einaudi.
- Gruppo Laser (2005). *Il Sapere Liberato. Il Movimento Dell'open Source e La Ricerca Scientifica*. Milano: Feltrinelli.
- Hameiri, S. (2014). Avian Influenza, 'Viral Sovereignty', and the Politics of Health Security in Indonesia, *The Pacific Review* 27 (3), 333–56.
- Hooge, L., Marks, G. (2002). Types of Multi-Level Governance, *Les Cahiers européens de Sciences Po*, 3/2002.
- Iacoboni, J. (2020). Coronavirus, perché la Russia sta aiutando l'Italia? Solidarietà o interessi politici, ecco cosa sappiamo, *La Stampa*, 26 marzo 2020. https://www.lastampa.it/cronaca/2020/03/26/video/coronavirus_perche_la_russia_sta_aiutando_l_italia_solidarieta_o_interessi_politici_ecco_cosa_sappiamo-142535/.
- Il Sole 24 Ore (2024). Pfizergate, la procura europea indaga su Ursula von der Leyen per gli sms spariti, *Il Sole 24 Ore*, 2 aprile 2024 <https://www.il-sole24ore.com/art/pfizergate-procura-europea-indaga-ursula-von-der-leyen-gli-sms-spariti-AFXcctHD>.
- Janeway, W. H. (2012). *Doing Capitalism in the Innovation Economy: Markets, Speculation and the State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jaworsky, B. Nadya, Qiaoan, R. (2021). The Politics of Blaming: The Narrative Battle between China and the US over COVID-19. *Journal of Chinese Political Science*, 26 (2), 295–315.
- Jinping, Xi. (2020). Full Text of President Xi's Speech at the Opening of 73rd World Health Assembly. National Health Commission of the People's Republic of China. 2020. https://en.nhc.gov.cn/2020-05/19/c_80268.htm.
- Johnson, B. (2024). *Unleashed*. London: Harper Collins.
- Krige, J. (2006). *American Hegemony and the Postwar Reconstruction of Science in Europe*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- La Repubblica (2022). Vaccini scaduti, oltre un miliardo di dosi inutilizzate: dosi in scadenza donate ai Paesi poveri, *La Repubblica*, 21 luglio 2022.

- https://www.repubblica.it/solidarieta/equo-e-solidale/2022/07/21/news/vaccini_scaduti-358627649/.
- La Stampa (2020). Coronavirus, l'aiuto cinese all'Italia: 'Materiale, esperti e i risultati del lavoro di migliaia di medici, *La Stampa*, 13 marzo 2020. <https://www.la-stampa.it/cronaca/2020/03/13/news/l-aiuto-cinese-all-italia-materiale-esperti-e-i-risultati-del-lavoro-di-migliaia-di-medici-1.38588578/>.
- Mallapaty, S. (2023). WHO Abandons Plans for Crucial Second Phase of COVID-Origins Investigation. *Nature*, February. doi: 10.1038/d41586-023-00283-y.
- Manfredi-Sánchez, J. L. (2023). Vaccine (Public) Diplomacy: Legitimacy Narratives in the Pandemic Age. *Place Branding and Public Diplomacy*, 19 (3), 398–410.
- Marciano, C. (2024). The Social Shaping of Biotechnological Innovation. The Case of Covid-19 Protein Vaccine in Cuba and the US. *BioSocieties*, September.
- Martuscelli, C. (2023). EU Transparency Commissioner: No Conflict of Interest for Ursula von der Leyen's Husband. *Politico*, 10 marzo 2023. <https://www.politico.eu/article/eu-transparency-commissioner-vera-jourova-conflict-interest-ursula-von-der-leyen-husband-heiko/>.
- Mason, J. (2020). White House Slams WHO over Criticism of Push for COVID-19 Vaccine, *Reuters*, 2 settembre 2020, sec. Americas. <https://www.reuters.com/article/world/americas/white-house-slams-who-over-criticism-of-push-for-covid-19-vaccine-idUSKBN25S62S/>.
- Mazzetti, M., Barnes, J.E., Wong, E., Goldman, A. (2020). Trump Officials Are Said to Press Spies to Link Virus and Wuhan Labs. *The New York Times*, 30 aprile 2020, sec. U.S. <https://www.nytimes.com/2020/04/30/us/politics/trump-administration-intelligence-coronavirus-china.html>.
- Mazzucato, M. (2020). *The Entrepreneurial State. Debunking Public vs. Private Sector Myths*. London: The Anthem Press; Trad it. *Lo stato innovatore*. Bari-Roma: Laterza, 2020.
- Mešević, I. R. (2021). Access to Covid-19 Vaccine: Patents vs. People?, *International and Comparative Law Review*, 21 (1), 43–78.
- Ministry of External Affairs, Government of India. (2023). *Vaccine Supply*. Ministry of External Affairs, Government of India. June 15, 2023. <https://mea.gov.in/vaccine-supply.htm>.
- Mulkay, M. (1979). *Science and the Sociology of Knowledge*. London: Routledge; trad. it. *La scienza e la sociologia della conoscenza*. Milano: Edizioni di Comunità, 1981.
- Ning, M. (2023). *China Rejects FBI Comments That the Covid-19 Pandemic Originated from a Wuhan Laboratory Leak*. <https://www.nbcnews.com/video/china-rejects-fbi-comments-that-covid-19-pandemic-originated-from-wuhan-laboratory-leak-164251717891>.
- Nye, J. S. (2005). *Soft Power. Un nuovo futuro per l'America*. Torino: Einaudi.
- Olsen, J.P. (2001). Garbage Cans, New Institutionalism and the Study of Politics. *American Political Science Review*, 95 (1): 191-198.
- Ortagus, M. (2020). Press Statement: Update on U.S. Withdrawal from the World Health Organization, *United States Department of State*, 3 settembre 2020.

- <https://2017-2021.state.gov/update-on-u-s-withdrawal-from-the-world-health-organization/>.
- Ostrom E. (2010), Polycentric Systems for Coping with Collective Action and Global Environmental Change. *Global Environmental Change*, 20, 550-557.
- Peacock, S. J. (2022). Vaccine Nationalism Will Persist: Global Public Goods Need Effective Engagement of Global Citizens, *Globalization and Health* 18 (1), 14.
- Pivato, S., Pivato, M. (2017). *I comunisti sulla Luna. L'ultimo mito della Rivoluzione russa*. Bologna: Il Mulino.
- Poteete, A. (ed.) (2010) *Working together: Collective Actions, the Commons and Multiple Methods in Practice*. Princeton: Princeton University Press.
- Raineri, E. (2021). Il vaccino anti-covid-19. La normativa speciale e il meccanismo di distribuzione dei rischi e dei benefici. *Contratti e impresa*, 37 (2), 3-34.
- Royal Society/AAAS. (2010). *New Frontiers in Science Diplomacy. Navigating the Changing Balance of Power*. London: Royal Society.
- Ruffini, P.B. (2017). *Science and Diplomacy*. Cham: Springer International Publishing.
- Rutschman, A.S. (2021). Is There a Cure for Vaccine Nationalism?, *Current History*, 120 (822), 9–14.
- Sabes, A. (2023). FBI Director Says COVID Pandemic ‘most Likely’ Originated from Chinese Lab, Fox News. 28 febbraio 2023. <https://www.foxnews.com/politics/fbi-director-says-covid-pandemic-most-likely-originated-chinese-lab>.
- Sharun, K., Dhama, K. (2021a). COVID-19 Vaccine Diplomacy and Equitable Access to Vaccines Amid Ongoing Pandemic, *Archives of Medical Research* 52 (7), 761–63.
- Sharun, K., Dhama, K. (2021b). India’s Role in COVID-19 Vaccine Diplomacy, *Journal of Travel Medicine*, 28 (7), taab064.
- Singh, M., Davidson, H., Borger, J. (2020). Trump Claims to Have Evidence Coronavirus Started in Chinese Lab but Offers No Details, *The Guardian*, 1 maggio 2020, sec. US news. <https://www.theguardian.com/us-news/2020/apr/30/donald-trump-coronavirus-chinese-lab-claim>.
- Sparke, M., Levy, O. (2022). Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty, *Clinical Infectious Diseases*, 75 (S1), S86-92.
- Stevis-Gridneff, M. (2021). The E.U. Seals a Deal with Pfizer to Speed up Vaccinations, *The New York Times*, 28 aprile 2021, sec. World. <https://www.nytimes.com/2021/04/28/world/the-eu-seals-a-deal-with-pfizer-to-speed-up-vaccinations.html>.
- Sugue, M., Momtaz, R., Collis, H., Furlong, A., Cooper, C., von der Burchard, H., Martuscelli, C. (2021). How Europe Fell behind on Vaccines., *POLITICO*, 27 gennaio 2021. <https://www.politico.eu/article/europe-coronavirus-vaccine-struggle-pfizer-biontech-astrazeneca/>.
- Tamma. (2021). Tens of Millions of Europe’s Donated Vaccines Haven’t Arrived. Who’s to Blame?, *POLITICO*, 16 dicembre 2021. <https://www.politico.eu/article/millions-europe-donated-coronavirus-vaccines-arrival-blame/>.

- The New York Times. (2007). Indonesia's Avian Flu Holdout," February 16, 2007, sec. Opinion. <https://www.nytimes.com/2007/02/16/opinion/16fri1.html>.
- The White House. (2021). Remarks by President Biden on the COVID-19 Response and the Vaccination Program, The White House, 17 maggio 2021. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/speeches-remarks/2021/05/17/remarks-by-president-biden-on-the-covid-19-response-and-the-vaccination-program-4/>.
- Turchetti, S. (2020). The (Science Diplomacy) Origins of the Cold War, *Historical Studies in the Natural Sciences*, 50 (4), 411–32.
- Turchetti, S., Adamson, M., Rispoli, G., Olšáková, D., Robinson, S. (2020). Introduction: Just Needham to Nixon? On Writing the History of 'Science Diplomacy, *Historical Studies in the Natural Sciences*, 50 (4), 323–39.
- Turchetti, S., Lalli, R. (2020). Envisioning a 'Science Diplomacy 2.0': On Data, Global Challenges, and Multi-Layered Networks, *Humanities and Social Sciences Communications*, 7 (1), 1–9.
- Vacca, G., Baroncelli, E., Del Pero, M., Schirru, G. (eds.) (2010). *Studi gramsciani nel mondo. Le relazioni internazionali*. Bologna: Il Mulino.
- Vallas S.P., Kleinman D.L., Biscotti D. (2011), Political Structures and the Making of US Biotechnology, in F. Block, R. Keller (eds.), *State of Innovation. The U.S. Government's Role in Technology Development*. Paradigm Publishers, Boulder (Colorado), pp. 57-76.
- Van Dijk, R. J. L., Yuk-ping Lo, C. (2023). The Effect of Chinese Vaccine Diplomacy during COVID-19 in the Philippines and Vietnam: A Multiple Case Study from a Soft Power Perspective, *Humanities and Social Sciences Communications* 10 (1), 1–12.
- Van Kessel, R., Forman, R. Milstein, R., Mastylak, A., Czabanowska, K., Czipionka, T., Durand-Zaleski, I. *et al.* (2023). Divergent COVID-19 Vaccine Policies: Policy Mapping of Ten European Countries, *Vaccine* 41 (17), 2804–10.
- van Staden C. (2022). Chinese Vaccine Diplomacy in Africa, *Asia Policy*, 17 (3), 5–17.
- Waguespack, D.M. (2006). Reconciling garbage cans and rational actors: Explaining organizational decisions about environmental hazard management, *Social Science Research*, 35, 40-59.
- WHO-China Study Team. (2021). WHO-Convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part. Joint WHO-China Study, 14 January-10 February 2021 Joint Report. *World Health Organization*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/origins-of-the-virus>.
- Wintour, P. (2020). US Intelligence Agencies under Pressure to Link Coronavirus to Chinese Labs, *The Guardian*, 30 aprile 2020, sec. US news. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/30/cia-pushes-back-at-trump-efforts-to-link-coronavirus-to-chinese-laboratories>.
- Yang, X. (2021). Domestic Contestation, International Backlash, and Authoritarian Resilience: How Did the Chinese Party-State Weather the COVID-19 Crisis?, *Journal of Contemporary China*, 30 (132), 915–29.

- Yang, Y., Bennett, L. (2021). Interactive Propaganda: How Fox News and Donald Trump Co-Produced False Narratives about the COVID-19 Crisis, in *Political Communication in the Time of Coronavirus*. Routledge.
- Zahran, G., Ramos, L. (2010). From Hegemony to Soft Power: Implications of a Conceptual Change, in I. Parmar, M. Cox (eds.), *Soft Power and US Foreign Policy*, London-New York: Routledge, pp. 12-31.
- Zhou, Y. R. (2021). Vaccine Nationalism: Contested Relationships between COVID-19 and Globalization. *Globalizations*, 19(3), 450–465. doi: 10.1080/14747731.2021.1963202.

4. L'andamento della campagna vaccinale in Lombardia, Lazio e Campania

di Enrico Nerli Ballati, Chiara Coluccia*

4.1. Obiettivi dell'analisi e fonte dei dati

L'analisi dei dati rilasciati in formato aperto dal Ministero della Salute consente di ricostruire l'andamento temporale della campagna vaccinale, di descrivere la sua intensità nelle tre Regioni oggetto di studio e di individuare degli indicatori di esito dello sforzo organizzativo attuato dagli attori coinvolti nei tre contesti territoriali esaminati in questo capitolo.

Le informazioni acquisite si configurano come dati in formato aperto, proprio come vengono definiti dal Codice dell'Amministrazione Digitale, a disposizione di tutti i cittadini e degli utenti esperti dell'informazione statistica. In questo senso, la base empirica analizzata rappresenta un esempio di «un formato di dati reso pubblico, documentato esaustivamente e neutro rispetto agli strumenti tecnologici necessari per la fruizione dei dati stessi» (art. 1, D.Lgs. 82/2005 e s.m.i), con dati che presentano queste caratteristiche:

- 1) sono disponibili secondo i termini di una licenza o di una previsione normativa che ne permetta l'utilizzo da parte di chiunque, anche per finalità commerciali, in formato disaggregato;
- 2) sono accessibili attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, in formati aperti adatti all'utilizzo automatico da parte di programmi per elaboratori e sono provvisti dei relativi metadati;
- 3) sono resi disponibili gratuitamente attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ivi comprese le reti telematiche pubbliche e private, oppure sono resi disponibili ai costi marginali sostenuti per la loro riproduzione e divulgazione salvo quanto previsto (*ibidem*).

* I paragrafi. 1, 3 e 4, sono da attribuire ad Enrico Nerli Ballati. Il paragrafo 2 è da attribuire a Chiara Coluccia. I risultati e le opinioni espresse nel contributo sono rese a titolo esclusivamente personale e quanto espresso non rappresenta e non impegna l'Istat.

Tra le 18 matrici di dati disponibili nel dataset pubblico¹, per gli obiettivi del nostro lavoro sono state selezionate:

- `anagrafica-vaccini-summary-latest`: totali delle somministrazioni per fasce d'età;
- `last-update-dataset`: data e ora di ultimo aggiornamento del dataset;
- `platea`: dati riferiti alla popolazione vaccinabile suddivisi per Regione/Provincia Autonoma e fascia d'età;
- `platea-3a-booster`: la popolazione oggetto di somministrazione di terza dose booster dopo un intervallo minimo di almeno quattro mesi (120 giorni) dalla somministrazione della seconda dose booster, suddivisa per Regione/Provincia Autonoma e categoria prevalente;
- `platea-dose-addizionale-booster`: dati riferiti alla popolazione oggetto di dose addizionale/ricambio (booster) che ha ultimato il ciclo vaccinale dal almeno quattro mesi suddivisi per Regione/Provincia Autonoma e categoria prevalente;
- `platea-second-booster`: dati riferiti alla popolazione oggetto di second booster dopo un intervallo minimo di almeno quattro mesi (120 giorni) dalla somministrazione della prima dose booster, suddivisa per Regione/Provincia Autonoma e categoria prevalente;
- `somministrazioni-vaccini-summary-latest`: dati sul totale delle somministrazioni giornaliere per Regioni dei soggetti vaccinati riferiti all'andamento della campagna vaccinale fino al 24/09/2023;
- `vaccini-summary-latest`: dati sul totale delle consegne e somministrazioni avvenute sino ad oggi, includendo la percentuale di dosi somministrate (sul totale delle dosi consegnate) suddivise per Regioni (cfr. Ministero della Salute, 2024).

I dati disponibili sono originati da un processo di monitoraggio della campagna vaccinale, che vede come unità di rilevazione le dosi di vaccino somministrate nelle Regioni e Province autonome. In questo senso, il focus nel processo della raccolta dei dati è sull'unità di rilevazione "dose", a cui sono agganciate informazioni di diversa natura sulle caratteristiche del farmaco e del soggetto che lo assume. In termini interpretativi, potremmo affermare che il processo di produzione e di diffusione del dato assuma soprattutto una valenza consuntiva: sia in termini di rendicontazione sociale della campagna vaccinale, sia in termini di resoconto della vasta attività logistica e organizzativa realizzata dal Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19. Da queste informazioni sono desumibili i dati sull'andamento e le caratteristiche della campagna vaccinale osservata nel tempo. I dati acquisiti in formato aperto sono stati analizzati con i software R ed Excel.

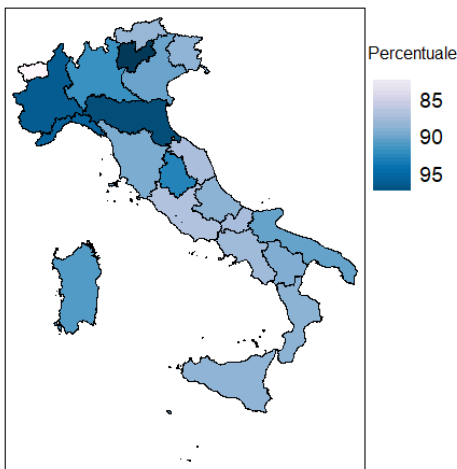
¹ <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>.

4.2. Gli esiti della campagna vaccinale

L'indicatore "Percentuale delle dosi somministrate sul totale delle dosi consegnate" per Regione, con i dati aggiornati al 20/11/2023, rappresenta un indicatore definito dal Ministero della Salute per descrivere in maniera sintetica l'esito della campagna e la sua efficienza (Ministero della Salute, 2024).

La tabella 1 e la figura 1 presentano i valori dell'indicatore per Regione e per le due Province autonome di Trento e di Bolzano/Bozen. Nel complesso osserviamo un tasso di somministrazioni sul totale delle dosi consegnate che raggiunge il 90,8% nel Paese. L'area geografica Nord raggiunge il 93,2% sull'indicatore, mentre non osserviamo la classica linea di frattura tra Italia Centro-settentrionale e Mezzogiorno, che storicamente e ciclicamente si genera per una molteplicità di fenomeni economici e sociali. Anzi il Mezzogiorno con l'88,9% supera di pochi decimali il Centro che si attesta all'88,2%. Rispetto alle tre Regioni oggetto di studio nel progetto, la Lombardia con il 91,9% di somministrazioni si colloca poco sopra il valore italiano del 90,8%. La Campania presenta l'87,8% di somministrazioni, mentre il Lazio evidenzia un valore leggermente più basso (86,9%), fermandosi nella penultima posizione tra le Regioni italiane per somministrazioni (cfr. Tab. 1). In termini generali assistiamo a esiti del processo organizzativo positivi e piuttosto uniformi nel Paese, con il dato saliente della Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste e il ritardo relativo del Lazio.

Fig. 1 – Percentuale di dosi somministrate sul totale delle dosi consegnate per Regione/Provincia autonoma



Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 20/11/2023

Tab. 1 – Dosi somministrate e consegnate per Regione/Provincia autonoma

Regione	Somministrate	Consegnate	Somministrate/ consegnate
Provincia Autonoma Trento	1.334.030	1.345.926	99,1%
Emilia-Romagna	11.309.988	11.595.248	97,5%
Piemonte	10.955.739	11.364.975	96,4%
Liguria	3.767.008	3.926.790	95,9%
Umbria	2.145.131	2.308.559	92,9%
Lombardia	25.723.773	28.003.529	91,9%
Sardegna	3.897.588	4.283.298	91,0%
Puglia	9.787.461	10.850.249	90,2%
Veneto	11.687.875	12.964.973	90,1%
Toscana	9.520.966	10.638.635	89,5%
Basilicata	1.312.107	1.471.347	89,2%
Abruzzo	3.095.794	3.489.064	88,7%
Calabria	4.216.682	4.754.200	88,7%
Friuli-Venezia Giulia	2.882.896	3.253.264	88,6%
Sicilia	10.734.075	12.126.026	88,5%
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	1.167.120	1.325.193	88,1%
Campania	12.887.636	14.685.867	87,8%
Molise	737.182	843.760	87,4%
Marche	3.521.203	4.038.675	87,2%
Lazio	14.154.796	16.285.689	86,9%
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	294.982	366.880	80,4%
Nord	69.123.411	74.146.778	93,2%
Centro	29.342.096	33.271.558	88,2%
Mezzogiorno	46.668.525	52.503.811	88,9%
Italia	145.134.032	159.922.147	90,8%

Dati MdS aggiornati al 20/11/2023

4.3. L'andamento temporale delle somministrazioni

I dati in formato aperto acquisiti dal Ministero della Salute presentano, oltre ad un'elevata accessibilità, anche uno straordinario dettaglio temporale, consentendo di identificare il giorno di somministrazione di ogni singola

dose (Ministero della Salute, 2024). Muovendo da queste informazioni, sono state calcolate le somministrazioni dei vaccini per settimana, mese e anno. Se consideriamo in termini analitici i valori assoluti delle dosi somministrate, la Lombardia raggiunge il massimo della campagna vaccinale il 30 aprile 2021 con 117.587 dosi iniettate, il Lazio raggiunge il massimo il 10 giugno del 2021 con 72.529 dosi e la Campania il 5 giugno 2021 con 77.654 dosi. Considerando la sommatoria di tutte le dosi per mese, la Lombardia raggiunge il massimo nel luglio 2021 con 3.072.089 somministrazioni, il Lazio nel giugno del 2021 con 1.858.740 somministrazioni e la Campania nel gennaio del 2022 con 1.661.540 somministrazioni.

Osservando le curve dei valori assoluti, che chiaramente rispecchiano la consistenza della popolazione nelle tre Regioni, si nota come l’andamento temporale del processo si presenti estremamente simile nei tre contesti territoriali (cfr. Fig. 2).

Il dato è stato anche indicizzato per la popolazione residente ultradodicienne² al primo gennaio dell’anno di riferimento (Istat, 2024), considerando le sole prime somministrazioni, seconde somministrazioni e somministrazioni con pregressa infezione da Covid-19 nel periodo 3-6 mesi (ciclo vaccinale in unica dose) (cfr. Fig. 3). Rappresentando il dato sintetizzato per mese, l’andamento delle curve evidenzia un avvio della campagna vaccinale lievemente più rapido nella Campania nel confronto con la Lombardia e il Lazio. Le tre Regioni raggiungono il massimo del tasso di somministrazioni nella primavera/estate 2021, superando le 300 somministrazioni per mille abitanti ultradodicienni al mese.

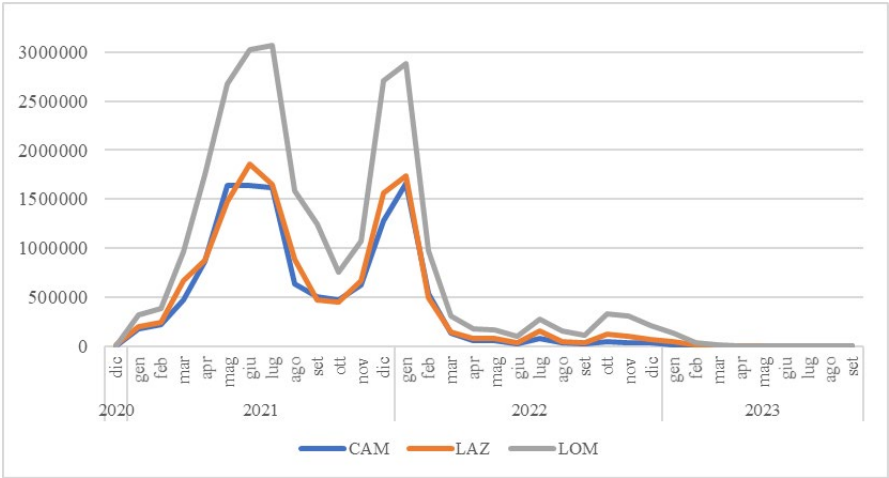
Tav. 2 – Totale dosi somministrate per Regione e anno

Anno	Campania	Lazio	Lombardia	Totale
2020	2.211	8.822	1.764	12.797
2021	10.133.711	11.014.843	19.541.234	40.689.788
2022	2.723.486	3.070.199	5.998.566	11.792.251
2023	28.230	60.638	182.396	271.264
Totale	12.887.638	14.154.502	25.723.960	52.766.100

Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

² Considerata la molteplicità e la variazione nel tempo delle classi di età e delle categorie che costituivano la popolazione eleggibile per la vaccinazione, è stato adottato il criterio dei 12 anni, considerando che i primi dati sulle somministrazioni agli infradodicienni di vaccini pediatrici si situano temporalmente solo a dicembre 2021 (cfr. Ministero della Salute, 2024, file somministrazioni-vaccini-latest.csv).

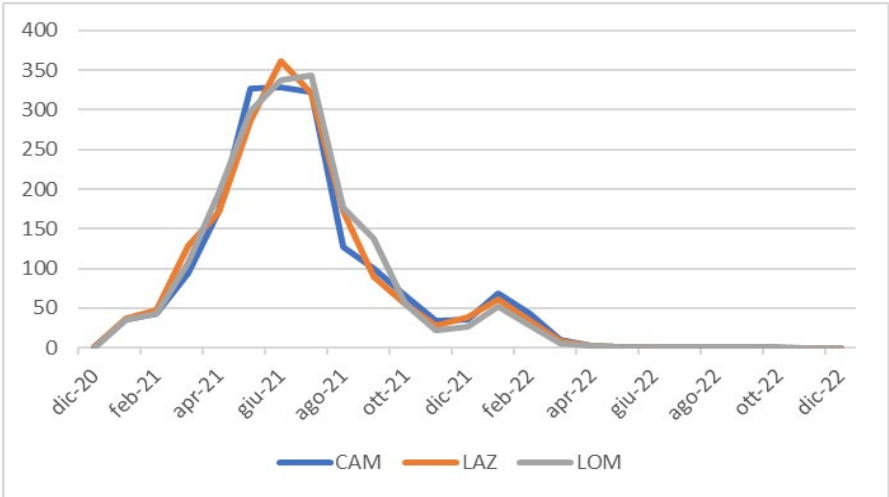
Fig. 2 – Totale dosi somministrate per Regione e mese



Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

L’andamento quasi sovrapposto delle curve che descrivono l’intensità del processo indica una variabilità territoriale non troppo marcata. L’assenza di grandi differenze territoriali può essere interpretata come un segno di successo della campagna durante l’anno solare 2021 (cfr. Fig. 3).

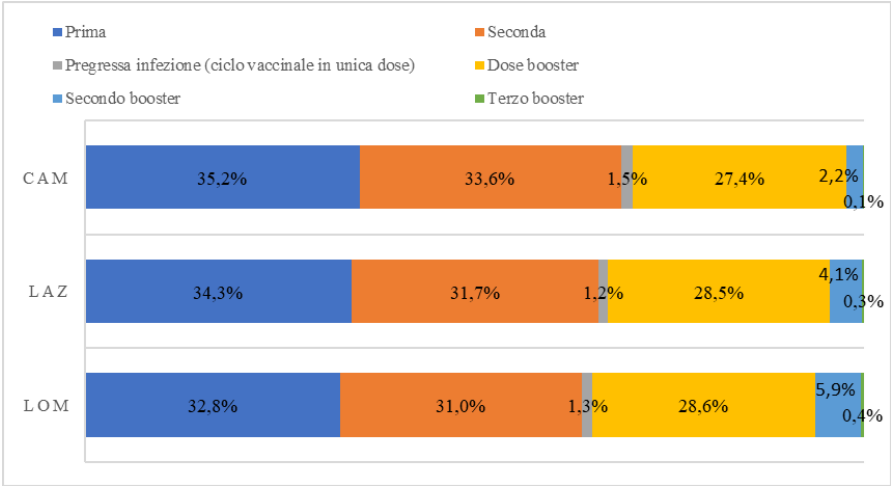
Fig. 3 – Totale delle prime somministrazioni, seconde somministrazioni e somministrazioni con pregressa infezione da Covid-19 nel periodo 3-6 mesi (ciclo vaccinale in unica dose) per 1.000 residenti di 12 anni o più al 1° gennaio dell’anno di riferimento per Regione e mese



Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

La Figura 4 presenta la distribuzione percentuale del tipo di dose somministrata per Regione. Questo grafico ci consente di identificare le prime differenze territoriali rilevanti nell’andamento della campagna. Nelle tre Regioni la somma della prima e della seconda dose supera il 60% del totale delle somministrazioni effettuate fino al 27 settembre 2023. Mentre in Campania queste raggiungono circa il 68,8% del totale, in Lombardia si attestano a circa il 63,8% del totale. In maniera inversa, la percentuale di somministrazioni di dosi identificate come secondo booster (quarta dose nel linguaggio comune) raggiunge il 5,9% in Lombardia, il 4,1% nel Lazio e il 2,2% in Campania. Per quel che concerne la quota residuale di dosi identificate come terzo booster, il dato della Lombardia supera di quattro volte quello della Campania. Questo significa che se nel corso del 2021 il processo di vaccinazione appariva piuttosto omogeneo nei tre contesti, i risultati della campagna differiscono notevolmente per le dosi successive alla terza (dosi booster) (cfr. Fig. 4).

Fig. 4 – Somministrazioni per tipo di dose e per Regione

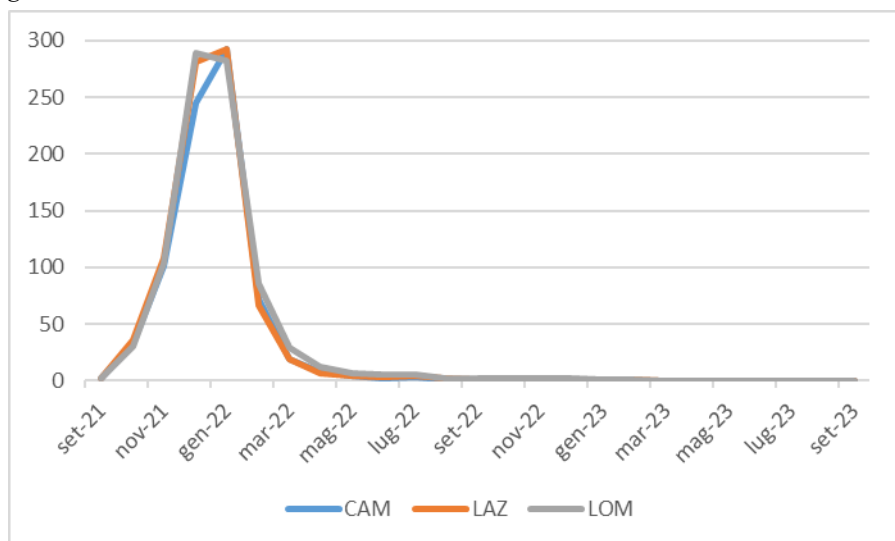


Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

Queste evidenze sono ancor più visibili proiettando i dati delle dosi booster per mese, dopo averli indicizzati sulla platea dei destinatari potenziali della dose, così come definiti dalla descrizione dei dati in formato aperto rilasciati dal Ministero della Salute (cfr. Capp. 5 e 6).

Per quel che concerne la dose booster (terza dose), la curva segue un andamento simile, quasi sovrapposto, nelle tre Regioni, con picchi che avvicinano il 300 % dei destinatari potenziali nei mesi dell’inverno 2021/22 (cfr. Fig. 5).

Fig. 5 – Totale somministrazioni del primo booster per 1.000 destinatari per Regione e mese

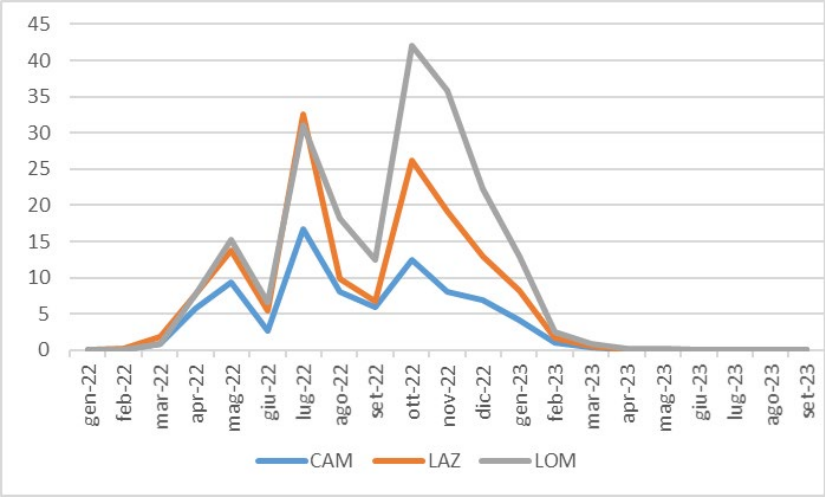


Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

La situazione muta radicalmente considerando la seconda dose booster (la cosiddetta quarta dose). I tassi di somministrazione sulla platea dei potenziali destinatari scendono nelle tre Regioni, ma l'intensità delle somministrazioni si differenzia notevolmente su base territoriale. Questa dose booster raggiunge una quota nettamente più elevata di destinatari potenziali in Lombardia (totale del 209,2 ‰), rispetto al Lazio (totale del 146,9 ‰) e alla Campania (totale dell'82,6 ‰). La differenza tra le Regioni con il vantaggio relativo della Lombardia è chiaramente evidenziata dall'andamento mensile delle somministrazioni, in special modo nell'autunno/inverno 2022/23 (cfr. Fig. 6).

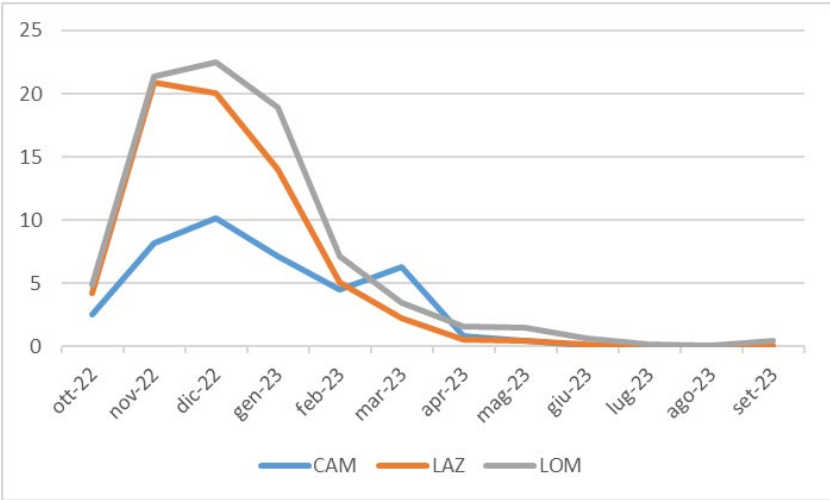
Un fenomeno simile accade per la somministrazione del terzo booster (quinta dose), questa volta con un andamento più simile di Lombardia e Lazio nel confronto con la Campania. Si tratta di una dose che raggiunge una quota ancora più esigua dei potenziali beneficiari (Lombardia 82,6 ‰, Lazio 67,6 ‰ e Campania 40,1‰). La curva assume un andamento che indica un andamento concentrato nell'autunno 2022, con la vaccinazione a beneficio di una piccolissima minoranza della popolazione, che a sua volta costituisce una minoranza esigua dei potenziali beneficiari.

Fig. 6 – Totale somministrazioni del secondo booster per 1.000 destinatari per Regione e mese



Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

Fig. 7 – Totale somministrazioni del terzo booster per 1.000 destinatari per Regione e mese



Elaborazioni su dati MdS aggiornati al 27/09/2023

4.4. La vaccinazione come processo di scelta condizionale

L'analisi dei dati aggiornati al settembre 2023 indica come le modalità di accesso alla vaccinazione anti Covid-19 siano mutate nel tempo. Almeno fino alla somministrazione del primo booster assistiamo ad un fenomeno connotato nei suoi esiti da bassa variabilità regionale, in cui il modello organizzativo adottato di distribuzione della vaccinazione raggiunge elevati successi nei vari contesti.

Dalla somministrazione della seconda dose booster in poi, soprattutto dall'estate e poi nell'autunno del 2022, la campagna vaccinale muta i suoi connotati e si trasforma. Si passa da un processo centralizzato in grado di coprire a tappeto la gran parte della popolazione, a un processo di decisione sociale (cfr. capitolo 8), nel quale possono giocare un ruolo fondamentale le percezioni soggettive del rischio, le preferenze degli attori sociali, il flusso di informazioni e i meccanismi di influenza sociale ai quali sono esposti gli attori. Possiamo presupporre, infatti, che la variabilità territoriale osservata non sia del tutto ascrivibile alla differente struttura demografica della popolazione, con la relativa morbilità. I livelli educativi delle popolazioni regionali, ai quali sono connessi i livelli di alfabetizzazione e competenza scientifica della popolazione adulta, le differenti campagne di comunicazione progettate e implementate a livello regionale, le reti familiari ed extrafamiliari di influenza sociale nelle quali sono inseriti i soggetti, le pratiche del personale medico rispetto alla vaccinazione per il Covid-19 in associazione con la vaccinazione antinfluenzale, rappresentano tutte ipotesi candidate per una lettura sociologica del fenomeno.

In questo senso, soprattutto qualora la vaccinazione non sia connotata da obbligatorietà, gli esiti delle campagne vaccinali osservati attraverso gli strumenti della statistica nei loro esiti a livello aggregato costituiscono il portato delle scelte degli attori agite a livello micro, in maniera interdipendente con il proprio ambito di relazione, in processi sociali di scelta condizionale (Rolfe, 2011).

Per esplorare e descrivere questa serie di elementi, dall'analisi dei dati prodotti dall'acquisizione di fonti amministrative occorre dirigersi verso i dati prodotti da indagini campionarie su individui e famiglie, da affiancare ad analisi sugli atteggiamenti e le reti di relazione. Rappresentano degli utili strumenti i dati sulle vaccinazioni antinfluenzali dell'Indagine europea sulla salute (EHIS) – *European health interview survey* (Istat, 2025) oppure i dati sull'intenzione alla vaccinazione contro il Covid-19 raccolti nel round 10 dell'*European Social Survey* (ESS, 2025).

Riferimenti bibliografici

- Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modifiche e integrazioni. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
- ESS (2025). *Round 10 data now available*. <https://www.europeansocialsurvey.org/news/article/round-10-data-now-available> Accesso 17 giugno 2025.
- Istat (2025), *European Health Interview Survey (EHIS)*. <https://www.istat.it/en/non-categorizzato/european-health-interview-survey-ehis/> Accesso 17 giugno 2025.
- Ministero della Salute. (2024). *Covid-19 Opendata Vaccini. Descrizione del Repository*. Recuperato il 27 dicembre 2024 da <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini/blob/master/README.md>. Accesso 27 dicembre 2024.
- Rolfe, M. (2011). Conditional Choice, in P. Bearman, P. Hedström (eds.), *The Oxford Handbook of Analytical Sociology* (Oxford Handbooks). Oxford University Press. Online edition, Oxford Academic. Recuperato il 30 aprile 2025 da doi: 10.1093/oxfordhb/9780199215362.013.18.

5. Elementi programmatici e organizzativi della campagna vaccinale: il ruolo degli hub vaccinali e il sistema di approvvigionamento delle dosi

di Raffaella Gallo, Selene Greco*

5.1. Introduzione

Il 2 dicembre 2020 è stato presentato al Parlamento italiano il Piano Strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/Covid-19, adottato ufficialmente con decreto del 12 marzo 2021 e costituito dal documento *Vaccinazione anti-SARS-Cov-2/Covid-19. Piano Strategico. Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale* (aggiornato il 12 dicembre 2020 e adottato con decreto del 2 gennaio 2021) e dalle *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/Covid-19* (10 marzo 2021)¹. Tenendo conto delle raccomandazioni internazionali ed europee, il Piano Strategico italiano delineava le linee guida generali della campagna vaccinale, secondo un modello organizzativo di tipo adattivo.

L'articolazione delle fasi del piano di vaccinazione richiama una forma di programmazione flessibile, adattabile e rimodulabile in base a diversi fattori relativi all'evolversi dei contagi, alla disponibilità dei vaccini, all'efficienza dei processi logistici di stoccaggio e distribuzione, nonché a successive raccomandazioni da parte delle autorità sanitarie (Ema e Aifa) rispetto alla somministrazione di determinati vaccini. In particolare, l'incertezza sulla disponibilità delle dosi, di cui nel Piano si fornivano solo delle stime iniziali (Piano Strategico Nazionale, 2020, pp. 5-7; Papini *et al.*, 2021; Olini *et al.*, 2022), ha determinato la programmazione delle prime somministrazioni mirate solo a gruppi target identificati in sede europea (Commissione Europea, 2020), per passare alla totalità della popolazione in una fase successiva.

* Pur essendo il capitolo il frutto di una riflessione comune, Raffaella Gallo ha curato i par. 3.2. e 3.3 con relativi sottoparagrafi, Selene Greco ha curato il par. 3.4, con i relativi sottoparagrafi. L'introduzione e le considerazioni finali sono state curate da entrambe le autrici.

¹ Entrambi i documenti sono disponibili sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità al link <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/Covid-19-piano-vaccinazione>

Il modello organizzativo delineato nel Piano Strategico doveva quindi adeguarsi, da un lato, ai processi di farmacovigilanza e monitoraggio della memoria immunologica gestiti, in ambito italiano, dall'Aifa e dall'Istituto Superiore di Sanità; dall'altro, al coordinamento dei processi logistici di consegna e distribuzione di responsabilità del Commissario straordinario, a loro volta condizionati dai fornitori e dalle caratteristiche di conservazione e preparazione dei diversi vaccini (catena del freddo, diluizione, mono/multi-dose, etc.). Il Piano Strategico, inoltre, prevedeva l'adattamento della campagna vaccinale all'andamento della pandemia sotto il profilo dei contagi e della mortalità, secondo un principio strategico di tipo reattivo (Piano Strategico, pp. 5-9).

Le Linee Operative promulgate dal Commissario Straordinario Figliuolo a marzo del 2021 forniscono, in questo senso, maggiori dettagli, delineando una pianificazione orientata da obiettivi di rapidità e capillarizzazione delle somministrazioni, principi di equità e sicurezza, nonché dalla risposta a specifici fabbisogni dei territori (Commissario Straordinario, 2021). Già le linee operative (*ibidem*) prevedevano potenziali scostamenti dai piani e la necessità di eventuali interventi correttivi, stabilendo una riserva di dosi vaccinali (pari all'1,5% delle dosi consegnate) e adottando il principio del punto di accumulo, in modo da poter ricalibrare le risorse verso le aree territoriali e/o le fasce di popolazione in difficoltà. Da qui la necessità di approntare sistemi di monitoraggio e apprendimento (Piano Strategico, p. 5), tra cui il sistema informativo di tipo "rileva-intervieni" denominato "Infologistica", gestito dal Comando Logistico dell'Esercito. Insieme al sistema dei trasporti di Poste Italiane e al sistema Tessera Sanitaria (per la prenotazione/chiamata attiva alle somministrazioni), Infologistica diveniva strumento principe per le funzioni di condivisione dell'informazione necessarie al coordinamento logistico (Commissario Straordinario, 2021). D'altra parte, il processo veniva supervisionato e diretto dal gruppo intersettoriale costituito presso il Ministero della Salute, che aveva il compito di sviluppare strategie e modelli organizzativi «compresa la formazione del personale, la logistica, le caratteristiche del sistema informativo di supporto a tutte le attività connesse alla vaccinazione, gli aspetti relativi alla comunicazione, alla vaccino-sorveglianza, e ai modelli di impatto e analisi economica» (Piano Strategico, p. 4).

Risulta evidente, quindi, come la campagna vaccinale assuma il carattere di un problema di pianificazione rispetto all'obiettivo di ottenere la minimizzazione dei costi sociali della malattia e del vaccino stesso in condizioni di incertezza (Manski, 2010, 2017). La dimensione pratica, organizzativa e programmatica dei processi di coordinamento, approvvigionamento e distribuzione diviene cruciale al fine di ottenere gli obiettivi di immunizzazione, facendo fronte anche a questioni di ordine più direttamente etico-politico come

la sicurezza, l'accessibilità, l'equità, la trasparenza e l'adesione volontaria della popolazione (Brewer, 2021). A tal proposito, le critiche rivolte allo Stato in merito al mancato rispetto di principi universalistici e solidaristici del SSN e alla crisi valoriale del sistema (Bronzini e Neri, 2021), portarono, nell'ambito della campagna vaccinale, alla rivalutazione e affermazione di valori giuda legati ai principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione e promozione della salute e del benessere, espressamente dichiarati nel Piano Strategico.

Poiché legata a logiche tanto adattive quanto proattive, e a principi pragmatici quanto etico-politici, la campagna vaccinale contro il Sars-CoV2 si è delineata come un sistema complesso, in quanto contraddistinta da elementi che l'hanno resa unica nella storia. In particolare, secondo quanto sostiene Borgonovi (2020), tra gli elementi specifici che l'hanno distinta rispetto a precedenti campagne di vaccinazione si osservano: l'enormità degli investimenti economici immediati nella ricerca; l'impegno a definire partnership sia tra pubblico e privato che tra imprese farmaceutiche, normalmente in competizione tra loro; la volontà di stabilire collaborazioni e sinergie tra istituzioni e sistemi che spesso, nel passato, hanno agito disgiuntamente; la compressione delle tempistiche di sperimentazione dei vaccini, l'autorizzazione al commercio e la diffusione di nuovi vaccini; il rapporto tra gli investimenti, da una parte nella ricerca del vaccino, dall'altra nella ricerca di farmaci capaci di contrastare e attenuare gli effetti del virus; la perplessità rispetto agli interessi strettamente economici – e utilitaristici – delle case farmaceutiche, considerate imprese “a caccia di profitti”; l'organizzazione del processo di vaccinazione che, almeno in una prima fase, non ha seguito un metodo capace di limitare la frammentarietà e ridurre lo spreco economico e di energie.

Guardando agli elementi capaci di influenzare il successo di una campagna vaccinale (soprattutto in una situazione emergenziale come il periodo pandemico), si possono individuare differenti fattori chiave:

1. l'efficienza nella produzione e l'effettiva disponibilità ed efficacia dei vaccini;
2. la risposta adeguata all'evoluzione della pandemia e delle varianti del virus;
3. la propensione dei cittadini a vaccinarsi, legata a fattori sociali profondi tra cui *in primis* la fiducia nelle istituzioni, nonché a questioni di natura prettamente ideologica (Faggiano, 2024);
4. le scelte organizzative e gestionali delle istituzioni rispetto sia all'approvvigionamento e alla distribuzione dei vaccini, sia alla creazione e all'accessibilità agli hub vaccinali (Cadeddu *et al.*, 2022; Profeti, 2022).

Su quest'ultimo punto, di carattere più prettamente organizzativo, si concentrerà il presente capitolo, che offrirà una panoramica sull'implementazione della campagna di vaccinazione in Italia, approfondendo il discorso

relativo, da una parte, alla predisposizione e alla distribuzione degli hub vaccinali sul territorio, dall'altra, ai sistemi di approvvigionamento e distribuzione delle dosi di vaccino.

In linea con gli obiettivi generali d'indagine del volume (cfr. Cap. 1), da un punto di vista empirico si osserveranno i casi esemplificativi di tre Regioni: Campania, Lazio e Lombardia.

5.2. Il delicato rapporto Stato-Regioni tra centralizzazione statale e autonomia locale

In Italia la strategia manageriale della campagna vaccinale ha previsto una gestione centralizzata per quanto riguarda la definizione degli standard operativi, ma una gestione decentralizzata per la localizzazione e il coordinamento degli hub vaccinali e per il monitoraggio delle attività di vaccinazione (Cadeddu *et al.*, 2022). In particolare, rispetto al modello organizzativo complessivo, nel documento del piano strategico si legge (p. 32):

a livello nazionale, saranno definite le procedure, gli standard operativi e il *lay-out* degli spazi per l'accettazione, la somministrazione e la sorveglianza degli eventuali effetti a breve termine, mentre a livello territoriale verranno stabilite la localizzazione fisica dei siti, il coordinamento operativo degli addetti, nonché il controllo sull'esecuzione delle attività. A livello regionale e a livello locale saranno pertanto identificati referenti che risponderanno direttamente alla struttura di coordinamento nazionale e si interfacceranno 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. Con l'aumentare della disponibilità dei vaccini, a livello territoriale potranno essere realizzate campagne su larga scala (*walk-in*) per la popolazione presso centri vaccinali organizzati *ad hoc* 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 in Libera Scelta, della sanità militare, e dei medici competenti delle aziende.

In riferimento alla centralizzazione-decentralizzazione della gestione della campagna vaccinale, è utile aprire una breve parentesi sul rapporto tra Stato e Regioni, che in più occasioni ha sollevato discussioni e controversie.

Guardando in generale al periodo emergenziale, particolarmente rilevante è stato il ruolo svolto dalle Regioni nell'affrontare l'emergenza, che, in una certa misura, hanno inciso sulla definizione delle politiche nazionali di contrasto alla pandemia (Capano, 2020; Vicarelli e Neri, 2021), conducendo una

negoziiazione continua con lo Stato, pur adottando misure senza un reale coordinamento tra loro o con lo Stato stesso (Bronzini e Neri, 2021). Nello specifico, la collaborazione tra i due livelli decisionali, caratterizzata da una sinergia altalenante, può essere osservata individuando diverse fasi (Marchetti, 2022).

In una prima fase (gennaio-maggio 2020) si è osservata una propensione da parte dello Stato a un netto accentramento decisionale, senza consultazione e collaborazione con le Regioni, le quali, in risposta a tale tendenza, hanno emanato ordinanze e adottato provvedimenti senza il necessario coordinamento con il Governo (*ibidem*). Tale circostanza – definibile come una sorta di regionalismo autarchico (Caruso, 2021) – inizialmente ha generato un’inevitabile frizione tra Stato e Regioni. Soprattutto nella prima risposta alla rapida diffusione del virus, infatti, è emersa una forte carenza di coordinamento tra i diversi tipi o livelli di assistenza, che ha generato importanti inefficienze dei servizi di sanità pubblica nel tracciamento e prevenzione dei contagi, nonché il conseguente sovraffollamento di ospedali e terapie intensive (Bronzini e Neri, 2021).

Una seconda fase (maggio-ottobre 2020), al termine del primo lockdown, ha visto un cambio di registro da parte dello Stato, orientato a un maggiore decentramento decisionale (Marchetti, 2022): una diversa propensione alla “consultazione delle parti” e il riconoscimento di un più ampio spazio di manovra alle Regioni ha ridotto l’intensità dei contrasti, pur non sanandoli del tutto.

In ultimo, una più chiara definizione degli ambiti di intervento relativi ai diversi livelli decisionali, nonché un confronto meno direttivo e più orientato alla cooperazione da parte del Governo, hanno caratterizzato una terza fase (a partire da novembre 2020) del rapporto Stato-Regioni (*ibidem*). Tale relazione, nel 2021, trova un certo equilibrio tra accentramento statale e autonomia regionale, agevolata dallo sviluppo di meccanismi di cooperazione nell’agire emergenziale e dalle politiche di “unità nazionale” introdotte dal governo Draghi (Baldi e Profeti, 2020; Bronzini e Neri, 2021).

Nel contesto di un rinnovato equilibrio è stata gestita la campagna vaccinale contro il COVID-19, durante la quale si è osservato un ulteriore aumento della cooperazione. Come accennato in precedenza, l’accentramento decisionale in capo allo Stato si è realizzato in un’ottica cooperativa e dialogica con le Regioni, alle quali sono state delegate le decisioni relative alla localizzazione e il coordinamento degli hub vaccinali, nonché l’attività di monitoraggio delle attività di vaccinazione.

5.3. Predisposizione e organizzazione degli hub vaccinali

Nella circostanza in cui una campagna vaccinale ha l'obiettivo di raggiungere la cosiddetta immunità di gregge, coinvolgendo in tempi molto brevi il maggior numero di persone possibile, un ostacolo all'adesione dei soggetti alla vaccinazione – anche di coloro che non hanno riserve in merito ai vaccini (Gerend *et al.*, 2013) – è certamente relativo alla limitazione delle risorse e delle possibilità di accedere agevolmente alla vaccinazione per motivi relativi ad età avanzata, disabilità, residenza/domicilio in aree scarsamente servite, mancanza di tempo, etc. (Gofen e Needham, 2014).

Come riconosciuto dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2020), tra i fattori che possono influenzare l'efficacia di una campagna vaccinale, quindi, rientrano anche questioni pratico-logistiche, strettamente legate alla fornitura del servizio: in simili circostanze, assume un ruolo cruciale la strategia organizzativa delineata dalle istituzioni politiche e sanitarie in merito alla distribuzione dei vaccini e alla predisposizione di hub vaccinali in modo tale che agevolino, anche da un punto di vista logistico, l'accesso alla vaccinazione (Profeti, 2022; Cadeddu *et al.*, 2022).

5.3.1. La distribuzione degli hub vaccinali sul territorio

Concentrandoci sulla predisposizione degli hub vaccinali, si possono osservare interessanti differenze relative alle specificità delle tre Regioni in analisi. Innanzitutto, si riscontra una diversa numerosità dei centri vaccinali²: la Campania è la Regione con il maggior numero di hub (278), seguita dal Lazio e dalla Lombardia che presentano una numerosità simile (rispettivamente 151 e 139 hub).

Ipotizzando che le caratteristiche demografiche e territoriali delle Regioni possano influire sulle strategie organizzative adottate durante la campagna vaccinale, per ogni contesto osservato, si è indagata la distribuzione degli hub in base al grado di urbanizzazione dei comuni, nonché alla tipologia dei comuni stessi.

L'analisi della distribuzione degli hub vaccinali in relazione al grado di urbanizzazione dei comuni fa emergere strategie regionali diverse. Come è possibile osservare (Tabella 1), gli hub si concentrano prevalentemente nei comuni con un alto grado di urbanizzazione in tutte e tre le Regioni, ma con proporzioni differenti: il Lazio registra il valore più alto (64,2%), seguito

² Open Data del Ministero della Salute (dati scaricati nel mese di settembre 2024): <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/Covid-19/report-vaccini-anti-Covid-19/>

dalla Lombardia (52,5%) e dalla Campania (50%). Tuttavia, la Campania si distingue per una distribuzione più equilibrata, con una quota significativa di hub anche nei comuni a grado medio di urbanizzazione (37,4%) e una presenza superiore nei comuni con basso grado di urbanizzazione (12,6%), rispetto al Lazio (4%) e alla Lombardia (7,9%).

Tab. 1 – Confronto regionale della distribuzione degli hub per grado di urbanizzazione dei comuni (valori %)

<i>Grado di urbanizzazione</i>	<i>Campania</i>	<i>Lazio</i>	<i>Lombardia</i>	<i>Totale</i>
Alto	50,0	64,2	52,5	54,4
Medio	37,4	31,8	39,6	36,4
Basso	12,6	4,0	7,9	9,2
Totale	100	100	100	100

Fonte: nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute e i dati Istat sulle statistiche dei comuni³.

Tab. 2 – Confronto regionale della distribuzione degli hub per tipo di comune (valori %)

<i>Tipologia comune</i>	<i>Campania</i>	<i>Lazio</i>	<i>Lombardia</i>	<i>Totale</i>
Polo	29,5	76,8	54	48,1
Polo intercomunale	2,5	0,0	6,5	2,8
Cintura	47,5	15,9	28,1	34,3
Intermedio	9	5,3	7,2	7,6
Periferico	10,1	2	4,3	6,5
Ultraperiferico	1,4	0,0	0,0	0,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute e i dati Istat sulla classificazione dei comuni⁴.

Differenze interessanti nelle strategie di localizzazione dei centri vaccinali emergono anche osservando la loro distribuzione in relazione alla tipologia di comune (Tabella 2).

La Campania, con un significativo 47,5% degli hub localizzati nelle aree di cintura, un 32% degli hub situati nei poli urbani (29,5% nei poli e 2,5% nei poli intercomunali), sembrerebbe aver adottato una strategia più capillare rispetto alle altre due Regioni. Al contrario, il Lazio, concentrando ben il 76,8% degli hub nei poli urbani, ha optato per un maggiore accentramento delle sedi. La distribuzione degli hub in Lombardia, in ultimo, riflette una

³ Dati Istat sulle statistiche geografiche sui comuni riferiti all’anno 2023: <https://www.istat.it/classificazione/principali-statistiche-geografiche-sui-comuni/> [ultima consultazione: 20 novembre 2024].

⁴ Open Data del Ministero della Salute (dati scaricati nel mese di settembre 2024): <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/Covid-19/report-vaccini-anti-Covid-19/>

Dati Istat sulla geografia delle aree interne (ultimo aggiornamento – dati riferiti al 2020): <https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-geografia-delle-aree-interne-nel-2020-vasti-territori-tra-potenzialita-e-debolezze/> [ultima consultazione: 20 novembre 2024].

strategia più vicina a quella laziale, seppur mostrando un maggiore, ma lieve, bilanciamento tra centro (54% degli hub siti nei poli, 6,5% nei poli intercomunali e 28,1% nelle aree di cintura) e periferia (7,2% degli hub siti nei comuni intermedi e 4,3% nei comuni periferici).

Quanto osservato, dunque, suggerisce che la Campania ha puntato su una distribuzione territoriale più diffusa – confermata già dalla più ampia numerosità di hub attivati – e, in una certa misura, più equilibrata, rispondendo alle esigenze di un territorio probabilmente più complesso dal punto di vista geografico e dei servizi. Diversamente, il Lazio, con un complessivo 92,7% degli hub concentrati nei centri urbani (poli e aree di cintura), ha optato per un maggiore accentramento, sfruttando il ruolo della Capitale come centro logistico della distribuzione (solo nella città metropolitana di Roma era attivo circa il 60% degli hub della Regione). La Lombardia si colloca in una posizione intermedia, con l'88,5% degli hub nei centri urbani, ma una presenza più significativa nei comuni periferici rispetto al Lazio.

5.3.2. Una tipologia degli hub

In merito ai tipi di strutture da adoperare come hub vaccinali o per ospitarli, il Piano Strategico forniva indicazioni piuttosto generiche, dichiarando – almeno con riferimento a una fase iniziale – «l'identificazione di siti ospedalieri o peri-ospedalieri e l'impiego di unità mobili destinate alla vaccinazione delle persone impossibilitate a raggiungere i punti di vaccinazione» (p. 32). A tali generiche indicazioni, va aggiunto quanto preannunciò, in una conferenza stampa del 13 dicembre 2020, Domenico Arcuri, Commissario straordinario per l'emergenza in carica fino a febbraio 2021, in merito all'iniziativa delle cosiddette Primule, cioè il progetto di costruire, una volta terminata la prima fase di vaccinazione, 1.500 padiglioni contraddistinti dal simbolo di una primula, da adibire a centri vaccinali collocati su tutto il territorio nazionale. Queste strutture avrebbero avuto alcune caratteristiche peculiari: uno specifico *design* modulare e circolare (ideato dall'architetto Stefano Boeri), contrassegnato da un logo facilmente riconoscibile (la primula); l'utilizzazione di materiali ecologici (legno e tessuto) e di pannelli fotovoltaici per la produzione di energia elettrica; una localizzazione strategica, che prevedeva l'installazione in piazze, spazi pubblici e luoghi facilmente accessibili, per agevolare la vaccinazione su larga scala; temporaneità. Come tutte le Strutture Temporanee Sanitarie (STS), le Primule erano pensate per essere allestite e mantenute solo per il tempo necessario a rispondere all'emergenza sanitaria grazie a un'ampia capacità operativa, che avrebbe consentito di gestire grandi flussi di persone velocemente e in sicurezza.

Il progetto Primule, fin dal suo annuncio, generò non poche perplessità riguardo aspetti amministrativi, economici e logistici: «la speranza – scriveva Borgonovi alla fine del 2020 (p. 6) – è che non facciano la fine dei ‘banchi a rotelle’ delle scuole, la certezza è che è in ritardo la procedura per l’assegnazione degli appalti, il timore è che siano poco funzionali, in quanto sarebbe meglio utilizzare i tanti spazi, già esistenti e inutilizzati in tutta Italia, secondo la logica del riuso. Con investimenti minori e in tempi più rapidi, sarebbe possibile adattare questi spazi preparandoli anche per usi successivi, per esempio per cure primarie e assistenza territoriale integrata».

Simili preoccupazioni – eccessivo dispendio di risorse economiche, tempi lunghi di realizzazione, scarsa efficienza dal punto di vista logistico – trovarono riscontro anche in molteplici critiche poste dalle Regioni, impedendo la realizzazione dell’iniziativa promossa da Arcuri. Così, con la caduta del governo Conte II nel febbraio 2021 – che vide l’insediamento di Mario Draghi e la conseguente entrata in carica del Generale Figliuolo come nuovo Commissario straordinario per l’emergenza – del progetto Primule rimase solo il logo. Il nuovo Governo, in linea con le generiche indicazioni del Piano Strategico, optò per una strategia più pragmatica, che prevedeva, quando possibile, di adattare al servizio di vaccinazione strutture e spazi già esistenti, limitando la costruzione ad hoc di strutture temporanee.

Nello specifico, durante l’emergenza pandemica, in Italia sono stati impiegati tre principali tipi di strutture – oltre a unità mobili e, in fasi successive, al coinvolgimento graduale di farmacie e studi medici e pediatrici: gli hub ospedalieri, i Centri di Riabilitazione in regime Ambulatoriale (RIA) e le Strutture Temporanee Sanitarie (STS). Questi tre modelli sono stati usati in modo integrato durante la pandemia, assumendo ruoli specifici e complementari.

Gli hub ospedalieri, situati all’interno di ospedali, hanno giocato un ruolo fondamentale per la vaccinazione di categorie fragili o complesse, potendo sfruttare le risorse e le competenze specialistiche del personale sanitario ospedaliero. D’altra parte, nel contesto pandemico, diversamente dai RIA e dalle STS, gli hub ospedalieri erano strutture meno accessibili nei momenti di più alta emergenza sanitaria e meno raggiungibili nei periodi di limitata mobilità territoriale.

Quando si parla di RIA⁵ si intendono strutture sanitarie esistenti e tradizionalmente dedicate alla riabilitazione ambulatoriale, che, grazie alla loro

⁵ RIA (centro di Riabilitazione in regime Ambulatoriale): struttura sociosanitaria ambulatoriale rivolta a persone (minorenni o adulti) che necessitano di terapie riabilitative e/o abilitative continuative, per le quali non è necessario un intervento in regime di ricovero o in regime diurno continuo (<https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2022/06/All.2-Legenda-scheda-rete-servizi-ASD.pdf>).

disponibilità logistica e alla capacità di servire il pubblico in maniera capillare e organizzata, durante la pandemia sono state adattate come hub vaccinali territoriali.

In ultimo, le STS erano strutture temporanee predisposte per aumentare velocemente la capacità di somministrazione di vaccini o tamponi, in quanto capaci di offrire un servizio rapido e gestire grandi flussi di persone in poco tempo. Le STS sono state allestite perlopiù in luoghi non convenzionali per le attività sanitarie (fiere, palestre, musei o parcheggi) e dismesse o reimpiegate per la loro attività originaria una volta terminato lo stato emergenziale.

Osservando la loro predisposizione nelle tre Regioni di nostro interesse (Tabella 3), si conferma una significativa differenza delle strategie regionali, in linea con quanto già discusso.

In Campania, gli hub ospedalieri rappresentano solo il 9,7% del totale: una quota significativamente inferiore rispetto al Lazio e alla Lombardia. La Regione ha, infatti, prevalentemente fatto ricorso alla conversione dei RIA in hub vaccinali (il 50% del totale) e alla predisposizione di Strutture Temporanee Sanitarie (40,3%). Tali scelte logistiche confermano la strategia operativa basata sulla capillarità, elaborata in risposta alla necessità di coprire un territorio complesso e offrire un accesso diffuso ai servizi vaccinali.

I RIA hanno assunto un ruolo decisamente strategico nella campagna vaccinale condotta dalla Regione Lazio, configurandosi come il 74,2% degli hub presenti, contro il 13,2% degli hub ospedalieri e il 12,6% delle STS. Tale strategia si inserisce in un contesto caratterizzato dalla centralità di Roma e da una rete sanitaria territoriale consolidata, in grado di servire ampie porzioni di popolazione puntando al riuso di infrastrutture preesistenti, senza affollare i presidi ospedalieri in fase emergenziale.

Ancora diversa è la distribuzione tipologica dei centri vaccinali in Lombardia, che si caratterizza per l'elevata presenza di RIA (il 53,2% del totale del hub) e hub ospedalieri (il 46,8% del totale), e l'assenza di STS. Tale strategia non sorprende se si pensa all'ampia offerta sanitaria, sia pubblica che privata, presente sul territorio lombardo, che ha facilitato lo sfruttamento dei numerosi siti sanitari già esistenti senza ricorrere a strutture sanitarie create ad hoc per l'emergenza pandemica.

Nel complesso, la distribuzione degli hub, sia in termini territoriali sia tipologici, rivela scelte organizzative differenziate, strettamente legate alle caratteristiche geografiche, demografiche e infrastrutturali delle Regioni.

Tab. 3 – Confronto regionale della distribuzione delle diverse tipologie di hub (valori %)

Tipologia presidio di somministrazione	Campania	Lazio	Lombardia	Totale
Ospedaliero	9,7	13,2	46,8	19,7
RIA (Centro di riabilitazione)	50,0	74,2	53,2	57,2
STS (Centro vaccinale creato ad hoc)	40,3	12,6	0,0	23,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute.

La Campania ha privilegiato un approccio capillare e flessibile, che si è tradotto non solo nella più elevata numerosità degli hub attivati, ma anche nella scelta di integrare prevalentemente strutture temporanee e di adattare i RIA come centri vaccinali. La bassa percentuale di hub ospedalieri, inoltre, riflette la volontà di decentralizzare l’offerta vaccinale, evitando la concentrazione delle attività nei poli sanitari centrali.

Il Lazio, invece, ha adottato una strategia maggiormente orientata all’accentramento, sfruttando la concentrazione della popolazione e delle risorse sanitarie nella città metropolitana di Roma. L’uso prevalente dei RIA e l’uso limitato di STS, inoltre, evidenziano una preferenza per il riutilizzo di infrastrutture sanitarie territoriali esistenti – capaci di coprire ampie porzioni del territorio senza gravare sui presidi ospedalieri –, confermando un approccio meno limitato a soluzioni prettamente emergenziali.

In ultimo, la Lombardia, con una rete sanitaria ampia e consolidata, ha adottato un modello che bilancia la capillarizzazione con l’uso delle infrastrutture esistenti: l’assenza di STS, da una parte, e la prevalenza di RIA e hub ospedalieri, dall’altra, riflettono il profilo territoriale policentrico della Lombardia, dove la capillarità è garantita dall’ampia rete di servizi sanitari distribuiti.

Questi risultati sottolineano come la strategia di una campagna vaccinale dipenda inevitabilmente non solo dalla disponibilità di risorse, ma anche dalla necessità di adattare le scelte operative e logistiche ai contesti locali.

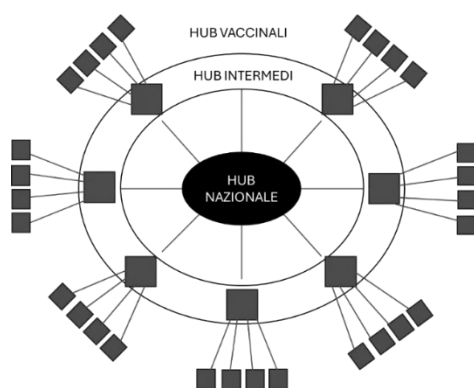
5.4. Analisi del sistema di approvvigionamento e distribuzione delle dosi vaccinali

5.4.1. Sistemi logistici di stoccaggio e distribuzione dei vaccini

La gestione del sistema di approvvigionamento e stoccaggio dei vaccini anti-Covid-19 all’interno degli hub, coordinata dalla struttura del Commissario straordinario, coadiuvato dal Ministero della Difesa, della Salute e degli Interni, è dipesa innanzitutto da valutazioni tecniche legate alla catena del

freddo. Infatti, i vaccini anti-Covid-19 si differenziavano rispetto alle temperature di conservazione, implicando – di riflesso – sistemi differenti di gestione logistica per la riduzione dei costi di mantenimento e trasporto e la prevenzione degli sprechi potenzialmente causati da problemi nei sistemi di congelamento (Papini *et al.*, 2021; Agojo, 2021; Oliani, 2022). La maggior parte dei vaccini richiedeva un sistema di conservazione cosiddetto *standard cold*, con temperature tra i 2 e gli 8°C. Per questo tipo di vaccini, il sistema di approvvigionamento utilizzato è stato definito di “hub and spoke” dove hub sta per «perno» e spoke per «raggio». I vaccini *standard cold* venivano stoccati inizialmente nell’hub nazionale situato nell’aeroporto militare di Pratica di Mare, una frazione di Pomezia, in provincia di Roma. Qui avvenivano le prime operazioni di gestione degli approvvigionamenti e la ripartizione delle dosi. Queste ultime venivano poi inviate agli “hub intermedi”, cioè a 300 strutture farmaceutiche identificate e gestite dalle ASL regionali, a seguito dell’Ordinanza n.32 emanata dal Commissario straordinario il 17 novembre 2020⁶, a poco più di un mese di distanza dall’avvio delle prime somministrazioni. Erano infine gli hub intermedi a indirizzare un nuovo invio delle dosi presso gli hub vaccinali “spoke”, cioè i punti di somministrazione (Figura 1). Un tale sistema di gestione e sviluppo delle connessioni comportava una serie di operazioni complesse: dalle fasi di pianificazione delle risorse e degli arrivi, alle fasi di ricezione e verifica del prodotto e organizzazione delle eventuali restituzioni, sino allo stoccaggio e alla generazione dei piani di spedizione dei vaccini e alla gestione delle stesse (Agojo, 2021).

Fig. 1 – Rappresentazione del sistema di distribuzione “hub and spoke” per i vaccini “standard cold”



⁶ <https://www.governo.it/it/dipartimenti/commissario-straordinario-lemergenza-Covid-19/1576> [ultima consultazione: 20 novembre 2024].

La catena di approvvigionamento è stata organizzata in maniera diversa nel caso dei vaccini con una temperatura di congelamento speciale, che si aggirava attorno ai $-20/-80^{\circ}\text{C}$. È il caso del vaccino di Pfizer/BioNtech, nel quale la tecnologia mRNA tendeva a degradarsi facilmente se non gestita da sistemi di congelamento sofisticati. Per evitare di incorrere in sprechi a causa di questioni logistiche, per questo tipo di vaccino la catena di approvvigionamento è stata semplificata: le dosi venivano consegnate direttamente dai produttori, tramite imprese di consegna internazionale come GLS, alle 300 strutture farmaceutiche territoriali gestite dalle ASL regionali. Alle singole Regioni spettava l'acquisto, tramite procedura d'appalto, degli ultracongelatori necessari per la conservazione.

5.4.2. Analisi empirica della distribuzione e ricostruzione dei criteri di ripartizione regionale delle dosi

L'analisi dei dati sulle dosi consegnate ripartite per Regione⁷ ci consente di osservare empiricamente la ripartizione della distribuzione tra i diversi territori regionali. Guardando all'andamento delle consegne di dosi per tipo di vaccino nel corso delle diverse fasi della campagna vaccinale⁸ (Figura 2), notiamo che il vaccino più distribuito nelle tre Regioni considerate è stato proprio quello della Pfizer/BioNtech (40.112.602 dosi totali), seguito dal vaccino Moderna (10.224.734 dosi totali). Inoltre, osservando le tendenze delle distribuzioni dei vari vaccini nel corso del tempo, nella terza fase è possibile notare un'inversione di tendenza nell'utilizzo di AstraZeneca in favore di Moderna e una riduzione di dosi Janssen. Tale inversione potrebbe essere dovuta almeno in parte alle segnalazioni pervenute da parte delle agenzie farmacologiche, e dell'AIFA in particolare, di una maggiore tollerabilità dei vaccini a mRNA piuttosto che a vettore virale (Russo *et al.*, 2021).

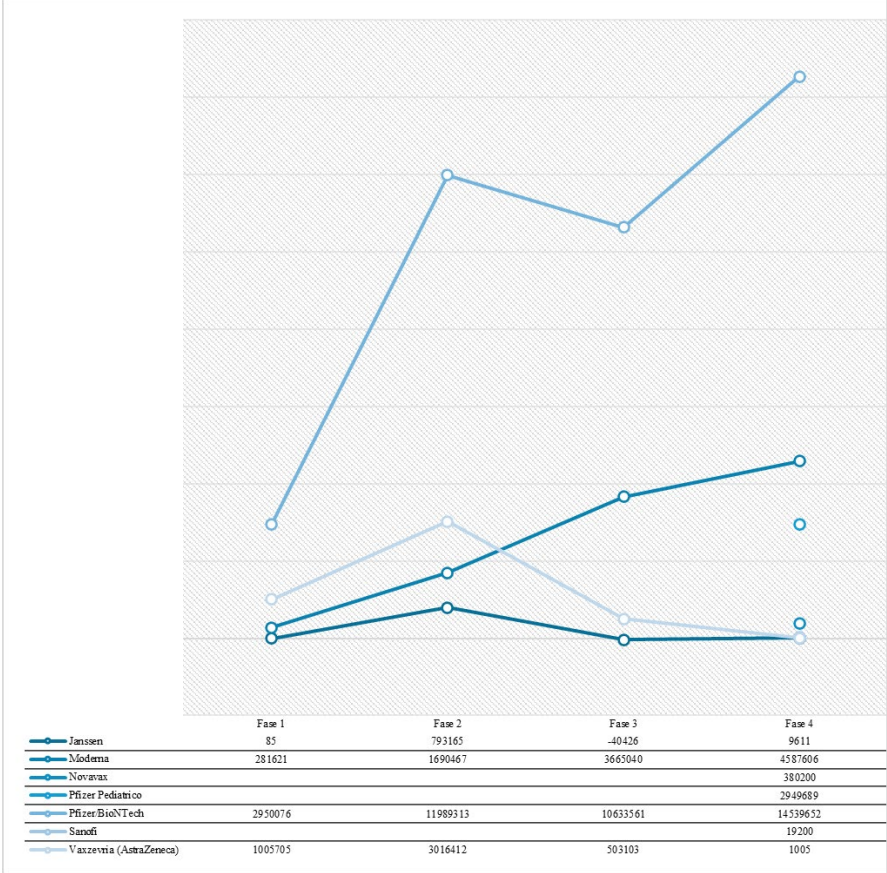
Nel Piano Strategico veniva fornita una stima delle dosi in arrivo in Italia per tipo di fornitori nei primi quattro trimestri del 2020. Confrontando le stime con i dati sulle dosi effettivamente ricevute nello stesso periodo in Italia, si può notare un mutamento: le previsioni tendevano a seguire un andamento lineare e a ripartire le dosi attese tra sei diversi fornitori. Le dosi effettive, invece, con lo svilupparsi della campagna vaccinale si sono concen-

⁷ Open Data del Ministero della Salute, “consegne-vaccini-latest.csv”: <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini> [ultima consultazione: 10 novembre 2024].

⁸ Le fasi della campagna vaccinale sono state suddivise come segue: Fase 1, da dicembre 2020 a marzo 2021; Fase 2, da aprile 2021 a giugno 2021; Fase 3, da luglio 2021 a settembre 2021; Fase 4, da ottobre 2021 a giugno 2023 (ultimi dati disponibili).

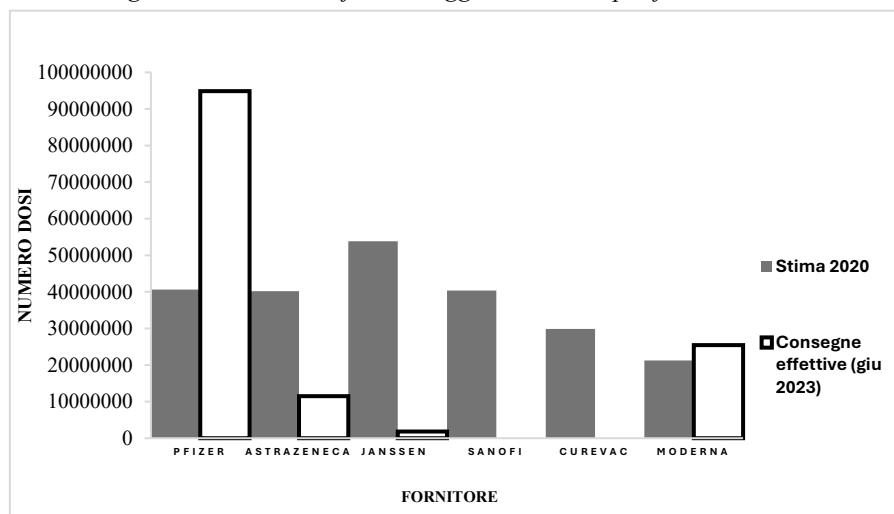
trate su fornitori specifici, tra cui Pfizer/BioNtech *in primis* e, a seguire, Moderna e AstraZeneca (Figura 3).

Fig. 2 – Fornitori delle dosi consegnate in ciascuna fase della campagna vaccinale nelle Regioni Campania, Lazio e Lombardia



Fonte: nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute.

Fig. 3 – Rapporto tra consegne di dosi stimate nel Piano Strategico (2020) e totale delle consegne di dosi ricevute fino a maggio dall'Italia per fornitore



Le tre Regioni considerate nell'analisi risultano essere quelle che, rispetto alle altre Regioni italiane, hanno ricevuto il maggior numero di dosi vaccinali tra il 2020 e il 2023. La Lombardia è prima tra tutte con un totale di più di 28 milioni di dosi. Segue il Lazio, con 16 milioni, e poi la Campania con 14 milioni di dosi ricevute. Colpisce la distanza tra la Lombardia e le altre due Regioni: infatti, rispetto al totale delle dosi ricevute dall'Italia, la Lombardia ha ottenuto il 17%, contro il 9% e il 10% di Campania e Lazio (Tabella 4).

Sappiamo che i criteri di somministrazione, a causa dell'incertezza iniziale sugli approvvigionamenti, sono stati basati prima sulla numerosità delle categorie di popolazione a rischio (over 80, personale medico, etc.) e poi sulla numerosità della popolazione nel suo insieme (ECDC, 2021). Lo stesso sembra essere valso per i criteri di distribuzione e attribuzione delle dosi alle Regioni. Infatti, l'analisi dei dati consente di osservare come i criteri utilizzati, e in grado di spiegare la ripartizione delle dosi, siano legati alla numerosità e alle caratteristiche della popolazione regionale, piuttosto che a indicatori come il numero di contagi, che in valori percentuali è in linea con i valori nazionali ed è anzi leggermente maggiore in Campania e nel Lazio (Tabella 5).

Tab. 4 – Valore cumulativo assoluto e percentuale delle dosi di vaccino consegnate tra il dicembre 2020 e giugno 2023 ripartite per Regione

Regione	Dosi consegnate	
	v.a.	v. p.
Lombardia	27.797.129	17,5%
Lazio	16.237.529	10,2%
Campania	14.666.667	9,2%
Veneto	12.943.603	8,1%
Sicilia	12.121.226	7,6%
Emilia-Romagna	11.554.408	7,3%
Piemonte	11.289.365	7,1%
Puglia	10.816.649	6,8%
Toscana	10.319.435	6,5%
Calabria	4.730.200	3,0%
Sardegna	4.283.298	2,7%
Marche	3.994.305	2,5%
Liguria	3.909.959	2,5%
Abruzzo	3.489.064	2,2%
Friuli-Venezia Giulia	3.246.094	2,0%
Umbria	2.304.589	1,4%
Basilicata	1.464.147	0,9%
P.A. Trento	1.346.366	0,8%
P.A. Bolzano	1.323.583	0,8%
Molise	843.760	0,5%
Valle D’Aosta	366.880	0,2%
Totale complessivo	159.048.256	100,0%

Fonte: nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute.

Tab. 5 – Rapporto tra le dosi ricevute e caratteristiche della popolazione e dei contagi in Campania, Lazio e Lombardia

		Campania	Lazio	Lombardia	Italia
Totale dosi ricevute (2020-2023)	v.a.	14.685.867	16.285.689	28.003.529	155.904.256
	v.p.	9%	10%	18%	100%
Popolazione (2020)	v.a.	5.712.143	5.755.700	10.027.602	59.641.488
	v.p.	10%	10%	17%	100%
Totale dosi ricevute (fasi 1 e 2)	v.a.	4.967.346	4.741.996	8.050.015	58.936.641
	v.p.	10%	10%	17%	100%
Popolazione over 60 (2020)	v.a.	237.026	102.694	30.062.885	18.646.394
	v.p.	1%	1%	16%	100%
Totale contagi (2020-2023)	v.a.	2.517.341	2.585.256	4.282.507	26.634.218
	v.p. *	44%	45%	43%	44%

* valore percentuale calcolato in rapporto alla numerosità della popolazione dell’entità territoriale.

Fonte: nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute e sui dati ISTAT della popolazione residente⁹.

Modelli matematici costruiti *ad hoc* hanno dimostrato che la distribuzione dei vaccini in base all’evoluzione pandemica nei territori, vale a dire ai livelli di contagi e di mortalità, non conduceva in maniera efficace ad ottenere la copertura vaccinale (Lusiantoro *et al.*, 2022). Coerentemente, l’interpretazione dei dati non consente di ipotizzare l’esistenza di una relazione tra la distribuzione dei contagi e dei morti da Covid-19 e il numero di dosi consegnate alle Regioni. La distribuzione delle dosi sembra appunto gestita innanzitutto sulla base del criterio della numerosità della popolazione regionale.

5.4.3. Analisi delle tendenze tra dosi distribuite e dosi somministrate

Grazie alla disponibilità dei dati su base giornaliera è stato possibile ricostruire la serie storica delle consegne di vaccini al fine di indagare l’andamento della distribuzione delle dosi in ciascuna delle tre Regioni tra dicembre 2020 e giugno del 2023, ponendole in rapporto alle somministrazioni per individuare eventuali scostamenti (Figure 4, 5 e 6).

⁹ Dati Istat sulla popolazione residente: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=42869> [ultima consultazione: 26 novembre 2024].

Fig. 4 – Andamento delle consegne rispetto alle somministrazioni in Lombardia

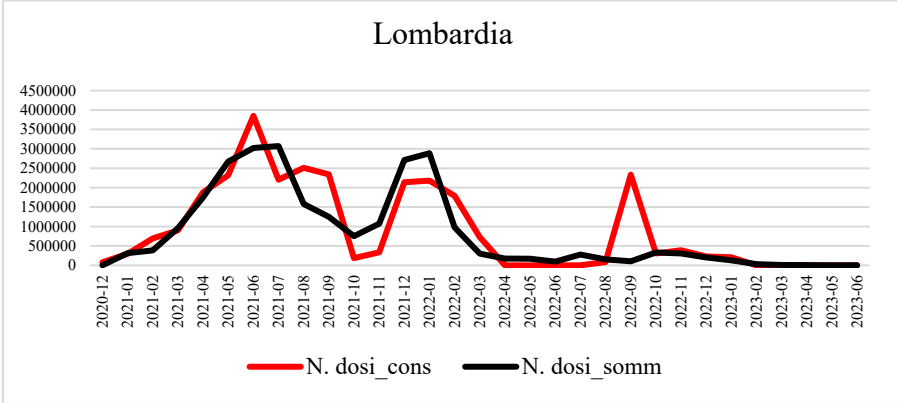


Fig. 5 – Andamento delle consegne rispetto alle somministrazioni in Campania

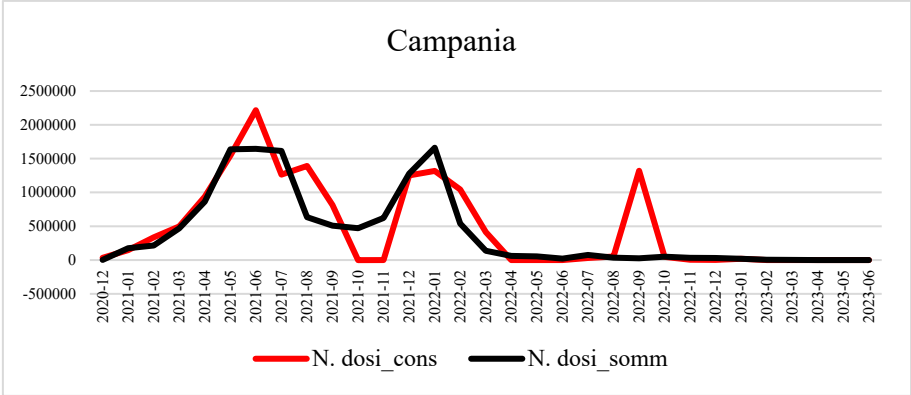
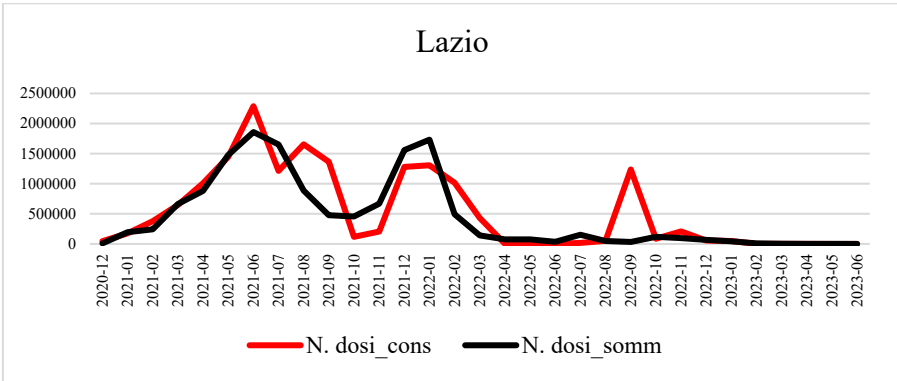


Fig. 6 – Andamento delle consegne rispetto alle somministrazioni nel Lazio



Fonte: Nostra elaborazione sugli Open Data del Ministero della Salute.

La costruzione delle serie storiche¹⁰ ha reso possibile osservare come l'andamento delle consegne di dosi appare aver seguito tendenze del tutto simili in tutti e tre i contesti regionali. Si rende evidente, così, l'agire del modello centralizzato di gestione della distribuzione che, pur differenziando le quantità di dosi destinate a ciascuna Regione sulla base di criteri di popolazione, ha determinato un ritmo simile nelle consegne, anche in relazione alle disponibilità dei fornitori. Notiamo inoltre che a un aumento delle consegne corrispondono aumenti delle somministrazioni e viceversa nel caso in cui le consegne diminuiscano. Resta da capire come interpretare tale connessione: erano le dosi consegnate a seguire l'andamento delle somministrazioni o le somministrazioni ad essere regolate sulla base delle dosi consegnate? La relazione potrebbe anche essere bidirezionale.

Operando un confronto tra gli andamenti delle consegne e delle somministrazioni è stato possibile calcolare i tassi di utilizzo mensili (u) delle dosi vaccinali (Tabella 6), ottenuti dividendo il totale delle dosi consegnate alla Regione nel mese considerato e avanzate dal mese precedente per il totale delle dosi somministrate. Poiché i dati¹¹ contenevano anche valori negativi, indicativi di dosi scartate o scadute e quindi restituite, ciò ha permesso di considerare il numero di vaccini avanzati nelle scorte come vaccini effettivamente fruibili per la somministrazione.

Notiamo come la campagna vaccinale sia partita più speditamente nel Lazio che nelle altre due Regioni (Oliani *et al.*, 2022), e come invece, a partire dal 2023, i tassi di utilizzo abbiano cominciato a scendere verso lo 0%, a indicare un'eccedenza delle dosi disponibili, aumentate considerevolmente con le consegne ricevute da tutte e tre le Regioni nel mese settembre 2022 (23 milioni di dosi in Lombardia, 13 milioni in Campania e 12 milioni nel Lazio). Ma soprattutto notiamo che, come è possibile osservare anche dalle figure relative agli andamenti (3, 4, 5), vi sono stati alcuni mesi (gennaio e agosto 2022) in cui le dosi somministrate hanno superato le dosi consegnate alla Regione. L'eccedenza osservabile negli andamenti del rapporto consegne/somministrazioni non costituisce un problema interpretativo laddove il tasso di utilizzo resti al di sotto del 100%, a indicare che le somministrazioni sono state effettuate utilizzando le scorte accumulate dalle consegne precedenti.

¹⁰ Sulla base di considerazioni operative, il dato è stato organizzato per mesi al fine di evitarne l'eccessiva granularità e consentire l'interpretazione. Inoltre, la segmentazione mensile degli intervalli temporali risulta maggiormente coerente con l'organizzazione dei dati sulle dosi attese preventivata nella Strategia Nazionale.

¹¹ Open Data Ministero della Salute, "consegne-vaccini-latest.csv" (vedi nota 9).

Tab. 6 – Tassi di utilizzo mensili delle dosi ricevute per Regione.

	<i>tasso di utilizzo delle dosi (u)</i>		
	<i>Campania</i>	<i>Lazio</i>	<i>Lombardia</i>
<i>Dic. 2020</i>	7%	19%	2%
<i>Gen. 2021</i>	97%	91%	83%
<i>Feb. 2021</i>	64%	61%	51%
<i>Mar. 2021</i>	75%	83%	75%
<i>Apr. 2021</i>	79%	77%	80%
<i>Mag. 2021</i>	93%	86%	96%
<i>Giu. 2021</i>	70%	74%	77%
<i>Lug. 2021</i>	82%	88%	98%
<i>Ago. 2021</i>	36%	47%	62%
<i>Sett. 2021</i>	26%	20%	38%
<i>Ott. 2021</i>	33%	23%	33%
<i>Nov. 2021</i>	66%	38%	58%
<i>Dic. 2021</i>	81%	66%	93%
<i>Gen. 2022</i>	103%	82%	121%
<i>Feb. 2022</i>	54%	35%	76%
<i>Mar. 2022</i>	16%	11%	29%
<i>Apr. 2022</i>	8%	6%	24%
<i>Mag. 2022</i>	8%	7%	30%
<i>Giu. 2022</i>	4%	4%	25%
<i>Lug. 2022</i>	12%	15%	95%
<i>Ago. 2022</i>	6%	5%	154%
<i>Sett. 2022</i>	1%	2%	5%
<i>Ott. 2022</i>	3%	5%	13%
<i>Nov. 2022</i>	2%	4%	12%
<i>Dic. 2022</i>	2%	3%	8%
<i>Gen. 2023</i>	1%	2%	5%
<i>Feb. 2023</i>	0.3%	0.5%	1%
<i>Mar. 2023</i>	0.1%	0.2%	0.5%
<i>Apr. 2023</i>	0.03%	0.05%	0.2%
<i>Mag. 2023</i>	0.02%*	0.03%	0.2%
<i>Giu. 2023</i>	0.005%*	0.01%	0.08%

Tuttavia, analizzando i tassi, si riscontrano casi in cui le dosi somministrate superano il totale delle dosi disponibili ($u > 100\%$). Questo dato può essere interpretato in due modi: primo, si può ipotizzare che derivi da errori nella registrazione delle dosi consegnate alle Regioni; secondo, il dato può costituire un segnale di false somministrazioni. Infatti, il mese di gennaio 2022, in cui si registra uno scarto tra dosi somministrate/dosi disponibili sia in Campania sia in Lombardia, coincide con il momento in cui la misura del “*green pass rafforzato*” ha raggiunto la sua configurazione più coercitiva (Profeti, 2022), estendendo l’obbligo a tutti i lavoratori e le lavoratrici del settore pubblico e privato (dl. 1/2022 del 7 gennaio). Sembrano essere diversi, infatti, i casi in Italia, e in Campania in particolare¹², in cui le forze dell’ordine hanno scoperto che alcuni medici o farmacie registravano false somministrazioni, spesso sotto corrispettivo economico, per permettere di ottenere la certificazione verde a chi non intendeva vaccinarsi.

5.5. Considerazioni conclusive

I dati resi disponibili dal Ministero della Salute hanno consentito di confrontare le logiche formali e gli standard operativi alla base della campagna vaccinale, stabiliti a livello centrale, con le distribuzioni osservate, sulle quali sono intervenuti i livelli decisionali regionali e locali. L’impronta centralizzata dei processi di distribuzione territoriale, tanto degli hub vaccinali quanto dei processi di approvvigionamento delle dosi, si rende evidente rispettivamente a partire da:

1. L’aderenza generale della distribuzione degli hub vaccinali osservata nei territori di Campania, Lombardia e Lazio al criterio della *densità demografica regionale*, stabilito dal Piano Strategico Nazionale.
2. Dall’aderenza generale della distribuzione delle dosi vaccinali al criterio della *numerosità della popolazione regionale*, e dall’andamento delle consegne pressoché equivalente tra le tre Regioni.

Nell’ambito dell’analisi della distribuzione degli hub vaccinali, le Regioni si differenziano soprattutto rispetto al tipo di hub prevalente. La frequenza nelle diverse Regioni di STS, RIA o hub ospedalieri appare connettersi direttamente alle caratteristiche delle strutture urbane e sanitarie del territorio. Nel Lazio la concentrazione della popolazione nei centri metropolitani sembra aver logicamente portato alla prevalenza di STS e hub ospeda-

¹² Vedi, ad esempio: https://www.quotidianosanita.it/campania/articolo.php?articolo_id=101754; https://www.ilmessaggero.it/italia/vaccini_Covid_finti_vaccini_green_pass_salerno_regione_campania_ultime_notizie_oggi-6230360.html

lieri. In Lombardia, la capillarità delle strutture sanitarie pubbliche e private ha comportato al contrario l'assenza di STS. Infine, in Campania, da una parte, la volontà di privilegiare un approccio capillare e flessibile, dall'altra, lo stato emergenziale (già in fase pre-pandemica) delle strutture ospedaliere (Aimoni Gigio, 2018), sembra aver determinato la prevalenza degli hub di tipo RIA e STS rispetto a quelli ospedalieri.

L'obiettivo di garantire, attraverso tale sistema organizzativo, la *capillarità, accessibilità ed equità* delle somministrazioni ha quindi comportato un necessario adattamento del sistema organizzativo degli hub, in quanto *punti di contatto* con la popolazione, alle caratteristiche dei territori.

Lo stesso ordine di valutazioni relative alle caratteristiche specifiche dei contesti territoriali non riguarda, invece, la distribuzione delle dosi dei vaccini tra i diversi contesti regionali. Infatti, la distribuzione era mirata a garantire la massima rapidità della somministrazione e la massima disponibilità delle dosi negli hub vaccinali ed ha per questo seguito il criterio della numerosità della popolazione nella ripartizione delle dosi a livello regionale. La distribuzione era chiaramente vincolata all'ordine dei rapporti con i fornitori nei processi di approvvigionamento e della sorveglianza farmacologica, supervisionati, rispettivamente, dalla Commissione Europea e dall'EMA e AIFA. Tale connessione si rende evidente nell'analisi degli andamenti delle consegne per fornitore e nell'inversione di tendenza, rispetto alle previsioni, a favore dei vaccini Pfizer/BioNtech, AstraZeneca e Moderna. Questa informazione evidenzia la strategia iniziale, adottata tanto a livello europeo (cfr. Cap. 3) quanto a livello nazionale, di differenziare i fornitori di vaccini in modo da aumentare la probabilità di garantirsi, in condizioni di incertezza, un rifornimento in caso di fallimenti nei processi di sviluppo, autorizzazione e produzione da parte di fornitori specifici. Successivamente, questo portafoglio differenziato ha teso a snellirsi a favore di fornitori selezionati, maggiormente affidabili in relazione ai risultati dei processi di farmacosorveglianza e disponibili in base ai processi di contrattazione avvenuti a livello europeo (ECDC, 2021).

Altri risultati emergono dall'analisi dell'andamento dei tassi di utilizzo dei vaccini (u), specialmente nelle sezioni temporali in cui i dati mostrano un eccesso di dosi somministrate rispetto alle dosi effettivamente disponibili nella Regione ($u > 100\%$). L'ipotesi di errori nei processi di registrazione dei dati da parte delle autorità responsabili è plausibile, ma non si coniuga con il fatto che il data-entry era responsabilità di ciascun centro di somministrazione, mentre nel mese di gennaio 2022 il fenomeno si presenta non in un solo caso regionale, ma al tempo stesso sia in Campania sia in Lombardia (in proporzioni diverse, rispettivamente $u = 103\%$ e $u = 121\%$). Come detto, questa eccedenza si è verificata proprio in coincidenza con l'adozione del

decreto 1/2022, tramite il quale la misura del “green pass rafforzato” aveva raggiunto la massima coerenza, trasversale a tutte le categorie di lavoratori, in un contesto in cui l’esitazione a vaccinarsi risultava relativamente diffusa nella popolazione (Faggiano, 2024). L’ipotesi che il dato rifletta il fenomeno delle false somministrazioni è, quindi, tutt’altro che trascurabile.

Riferimenti bibliografici

- Agojo, G. (2021). Analisi della supply chain dei vaccini anti Covid-19, Tesi Magistrale, *Politecnico di Torino*.
- Aimoni Gigio, L., Alampi, D., Camussi, S.A. *et al.* (2018). La sanità in Italia: il Difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in Piano di rientro, *Bank of Italy Occasional Paper*, No. 427.
- Baldi B., Profeti S. (2020). Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del COVID-19, *Rivista Italiana Di Politiche Pubbliche*, XV (3), 277-306.
- Borgonovi, E. (2020). Vaccinazione Covid-19: un esempio di complessità, *Mecosan: management ed economia sanitaria*, 116 (4), 3-6.
- Brewer, N. T. (2021). What Works to Increase Vaccination Uptake, *Parents and Patients*, 21 (4S), 10-16.
- Bronzini, M., Neri, S. (2021). La società italiana e il servizio sanitario nella Pandemia: temi e ricerche, *Salute e Società*, XX (3), 5-20.
- Cadeddu C., Rosano A., Villani L., Coiante G.B., Minicucci I., Pascucci D., de Waure C. (2022), Planning and Organization of the COVID-19 Vaccination Campaign: An Overview of Eight European Countries, *Vaccines*, 10, 1631, doi: 10.3390/vaccines10101631
- Capano, G. (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are, *Policy and Society*, 39(3), 326-344. doi: 10.1080/14494035.2020.1783790
- Caruso, C. (2021), Il regionalismo autarchico è incostituzionale: dal Giudice delle leggi una pronuncia che mette ordine nella gestione territoriale della pandemia, *Questione Giustizia*. https://www.questionegiustizia.it/data/doc/2858/caruso_nota-qg.pdf.
- Commissario Straordinario per l’Attuazione e il Coordinamento delle Misure di Contenimento e Contrasto dell’Emergenza Epidemiologica Covid-19 e per l’Esecuzione della Campagna Vaccinale Nazionale (2021), *Piano Vaccinale Anticovid*. Link: https://www.governo.it/sites/governo.it/files/210313_Piano_Vaccinale_marzo_2021_1.pdf
- Commissione Europea (2020), Communication from the commission to the european parliament and the council. Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment, 15 ottobre 2020. Disponibile al link: <https://health.ec.europa.eu/publications/preparedness-covid-19-vaccination->

- strategies-and-vaccine-deployment-com2020-680-final_en
- ECDC (2021). Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plan in the EU/EEA. Disponibile al link: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans>.
- Faggiano, M. P. (a cura di) (2024). *Gli italiani nell'evoluzione pandemica*. Milano: FrancoAngeli.
- Gerend, M., Sheperd, M., Sheperd, J. (2013). The Multi-Dimensional Nature of Perceived Barriers: Global Versus Practical Barriers to HPV Vaccination, *Health Psychology*, 32(4), 361-369.
- Gofen, A., Needham, C. (2014). Service Personalization as a Response to Noncompliance with Routine Childhood Vaccination, *Governance*, 28 (3), 269-283.
- Lusiantoro, L., Tri Windras Mara, S., Rifai, A. P. (2022). A Local Analysis Model of the COVID-19 Vaccine Distribution, *Operations and Supply Chain Management*, 15 (2), 240-250.
- Manski, C. (2010). Vaccination with Partial Knowledge of External Effectiveness, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 170, 3953-3960.
- Manski, C. (2017). Mandating Vaccination with Unknown Indirect Effects, *Journal of Public Economics Theory*, 19:603-619.
- Marchetti, G. (2022). Il ruolo dello Stato e delle Regioni nella gestione dell'emergenza Covid-19, *Federalismi. Rivista di diritto pubblico, italiano, comparato, europeo*, n. 8/22, 39-63.
- Oliani, F., Savoia, A., Gallo, G. *et al.* (2022). Italy's rollout of COVID-19 vaccinations: The crucial contribution of the first experimental mass vaccination site in Lombardy, *Vaccine*, 40, 1397-1403.
- Papini, F., Grassi, N., Guglielmi, G. (2021). Covid-19 vaccine management (Comirnaty and mrna-1273 Moderna) in a teaching hospital in Italy: a short report on the vaccination campaign, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26 (99).
- Piano Strategico Nazionale Vaccinazione Anti-Sars-CoV2/Covid-19 (2020), "Elementi di preparazione e implementazione della strategia vaccinale". Disponibile al link: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&data=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>
- Profeti, S. (2022). "I hope you like jabbing, too". The Covid vaccination campaign in Italy and the measures to promote compliance, *Contemporary Italian Politics*, 14(2), 241-259.
- Russo, A.G., Tunesi, S., Consolazio, D. *et al.* (2021). Valutazione della campagna vaccinale anti-COVID-19 nella ATS di Milano, *Epidemiological Prevention*, 45 (6), 568-579.
- Vicarelli, G., Neri, S. (2021). Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19, *Politiche sociali*, 2, 233-254.

6. La configurazione territoriale dei centri vaccinali tra poli e periferie

*di Chiara Coluccia, Enrico Nerli Ballati**

6.1. Il decentramento della campagna vaccinale

Nel dicembre del 2020, il Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha presentato le “Linee guida del Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/Covid-19”, che definiscono i principi ispiratori e i criteri operativi per la realizzazione della più grande campagna di vaccinazione mai condotta in Italia.

Tra gli aspetti principali delle linee guida, finalizzate a garantire l’efficacia organizzativa e logistica della campagna vaccinale, figurano l’individuazione delle categorie più esposte e vulnerabili al virus, da vaccinare in maniera prioritaria; il piano di approvvigionamento delle dosi; le modalità di conservazione e trasporto dei vaccini e la gestione operativa della campagna stessa.

La prima fase della campagna di vaccinazione è stata basata su una gestione prevalentemente centralizzata, con la distribuzione e la somministrazione organizzata attraverso siti ospedalieri e para-ospedalieri e con unità mobili destinate al raggiungimento di categorie vulnerabili impossibilitate a raggiungere i punti di somministrazione.

L’aumento della disponibilità di vaccini e il progressivo raggiungimento delle categorie più fragili ha trasformato la campagna vaccinale in una fase di vaccinazione di massa. Questo passaggio ha richiesto l’ampliamento della rete vaccinale e l’introduzione di nuovi spazi per le somministrazioni, individuati attraverso il cambio di destinazione d’uso di alcune strutture preesistenti (come i palazzetti dello sport) e/o con strutture create ad hoc.

* Il capitolo è frutto di un lavoro condiviso di progettazione, scrittura, elaborazione e interpretazione dei dati. Tuttavia, è possibile attribuire, a meri fini valutativi, il paragrafo 6.1 a Enrico Nerli Ballati e il paragrafo 6.2 a Chiara Coluccia. I risultati e le opinioni espresse nel contributo sono rese a titolo esclusivamente personale e quanto espresso non rappresenta e non impegna l’Istat.

La gestione di tutti questi aspetti ha richiesto una stretta sinergia tra diversi attori sia a livello centrale, sia a livello decentrato, attraverso il supporto operativo e logistico di enti locali, aziende sanitarie e operatori sul campo. Si è quindi assistito – come si è visto anche nei Capp. 4 e 5 – a una transizione da un modello centralizzato a uno territoriale, secondo un principio di decentramento funzionale. In questo contesto, le Regioni hanno assunto un ruolo chiave, gestendo la localizzazione dei centri vaccinali, il coordinamento logistico e il monitoraggio operativo. Tale decentramento ha permesso di adattare la campagna vaccinale alle specificità territoriali, ma ha anche sollevato alcune criticità legate alla capacità organizzativa e alle differenze interregionali nella gestione dell'emergenza.

Il coinvolgimento delle Regioni ha avuto ripercussioni significative sugli esiti della campagna, mettendo in luce come le strutture sanitarie locali, la disponibilità di risorse e le capacità decisionali a livello regionale abbiano influenzato la velocità e il buon esito del piano di vaccinazioni.

In questo senso, la campagna vaccinale può essere letta nell'ottica dell'interazione tra istituzioni nazionali, regionali e locali e delle modalità con cui queste interazioni si sono dimostrate decisive per il successo o l'insuccesso della campagna stessa. La gestione della campagna di vaccinazione ha infatti richiesto ai territori coinvolti di adattare le strategie definite a livello centrale in funzione delle risorse disponibili, delle caratteristiche geografiche e demografiche.

6.2. Caratteristiche territoriali dei punti di somministrazione: Poli e Aree interne

Per descrivere la configurazione territoriale della campagna vaccinale sono stati utilizzati i dati del Ministero della Salute relativi ai punti di somministrazione suddivisi per tipologia¹. Questi dati sono stati integrati con la classificazione territoriale della Strategia Nazionale delle Aree Interne (SNAI), che divide i comuni italiani in Centri e Aree interne, in base alla presenza di servizi essenziali e alla distanza necessaria per raggiungerli (Lucatelli, 2015).

Tale classificazione risponde alla necessità di comprendere la dimensione relativa all'accessibilità dei servizi, che si rivela un aspetto fondamentale nella configurazione territoriale della campagna vaccinale su vasta scala.

Il carattere di “centro di offerta di servizi” si riferisce esclusivamente a quei comuni (o aggregati di comuni confinanti) in grado di fornire un insieme

¹ <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>

di servizi fondamentali: tutta l'offerta scolastica secondaria, ospedali con DEA² di primo livello e stazioni ferroviarie (classificate come Platinum, Gold o Silver). Per differenza, le Aree interne sono identificate attraverso un indicatore di accessibilità, calcolato in base ai minuti di percorrenza verso il polo più vicino, che indica quindi la lontananza dai servizi essenziali. Le Aree interne comprendono comuni classificati come *Intermedi*, *Periferici* e *Ultra-periferici*, che si contrappongono ai Centri (*Poli*, *Poli intercomunali*, *Comuni di Cintura*), dotati di una più ampia gamma di servizi.

La classificazione delle Aree interne permette di analizzare il territorio secondo una logica di attrazione (i poli che attraggono servizi e risorse) e perifericità (le zone distanti dai centri) e può risultare utile per comprendere la distribuzione dei centri vaccinali e per identificare i punti critici nella gestione operativa della campagna, specialmente nelle aree più remote (Luca-telli, Luisi e Tantillo, 2022).

In Lombardia, la stragrande maggioranza dei comuni è concentrata nelle cinture (63,8%). Il territorio è prevalentemente strutturato attorno ai poli (che nel complesso rappresentano il 67% del totale) dotati di servizi essenziali attorno ai quali gravitano aree di cintura, distanti ma non troppo dal centro, che mantengono un buon livello di accesso a tali servizi. Le aree interne rappresentano il 33% del totale dei comuni mappati suddivise tra fascia intermedia (19,4%) e periferica (11,9%), con una presenza marginale di aree ultraperiferiche (27 comuni, pari all'1,7%).

Nel Lazio, la situazione è invertita: il 76,7% dei comuni si trova nelle Aree interne, con una prevalenza delle aree Intermedie (205 comuni, 54,2%). Solo un quinto dei comuni è classificato come cintura (20,6%), ma la distribuzione dei comuni nel Lazio risulta più equilibrata rispetto alla Lombardia, con una discreta presenza anche nelle aree periferiche (22%). Ciò riflette un'organizzazione territoriale meno centralizzata, in cui i poli urbani (23,3%) esercitano un'attrazione meno dominante.

In Campania, la distribuzione dei comuni tra Poli e Aree interne è pressoché paritaria, con il 51% dei comuni classificato come poli urbani e il 49% come aree interne. All'interno dei poli, il 43,7% sono comuni di cintura, mentre quasi la metà (48,5%) si colloca tra fascia intermedia e periferica.

Rispetto a Lombardia e Lazio, la Campania mostra una maggiore presenza di comuni nelle aree periferiche (19,2%) e ultraperiferiche (5%), sottolineando una maggiore eterogeneità territoriale e una distribuzione più equilibrata tra centro e periferia.

² L'acronimo DEA sta per Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Tab. 1 – Distribuzione dei comuni nelle Regioni secondo la classificazione delle Aree interne

	Lombardia		Lazio		Campania	
	va	%	va	%	va	%
A – Polo	25	1,6	10	2,6	15	2,7
B – Polo intercomunale	24	1,6	-	-	25	4,5
C – Cintura	985	63,8	78	20,6	241	43,7
Poli	1034	67,0	88	23,3	281	51,0
D – Intermedio	300	19,4	205	54,2	161	29,2
E – Periferico	183	11,9	83	22,0	106	19,2
F – Ultraperiferico	27	1,7	2	0,5	3	0,5
Aree interne	510	33,0	290	76,7	270	49,0
Totale	1544	100,0	378	100,0	551	100,0

Le caratteristiche territoriali non hanno solo un’importanza geografica, ma giocano un ruolo anche nell’analisi dei fenomeni demografici. Secondo il report Istat *La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future*, il territorio influisce sulla distribuzione spaziale della popolazione, agendo anche come fattore di attrazione o repulsione per i flussi migratori. Le aree interne, in particolare, si distinguono per una maggiore fragilità sociale ed economica, essendo colpite da fenomeni come l’invecchiamento della popolazione e l’emigrazione verso zone più centrali. Questi territori, infatti, offrono meno opportunità lavorative e un accesso limitato ai servizi essenziali, spingendo molte persone, soprattutto giovani, a cercare migliori prospettive altrove. D’altro canto, spostandosi dai poli verso i comuni periferici si rileva «un andamento decrescente della speranza di vita a 60 anni, con l’aggiunta di un andamento a U finale, stante a significare livelli di sopravvivenza che risalgono nei comuni ultraperiferici» (Istat, 2024, p. 3).

La dualità tra centro e periferia costituisce un nodo centrale per comprendere le dinamiche demografiche delle aree interne, le quali si trovano a fronteggiare una combinazione di sfide strutturali e opportunità legate alla loro specifica collocazione territoriale.

Nelle tre Regioni considerate insistono complessivamente 584 punti di somministrazione vaccinale: l’85,5% collocata nei centri e solo il 14,6% nelle aree interne (Tab. 2). Tutte e tre le Regioni mostrano un profilo simile, con meno di due centri vaccinali su dieci che si trovano nelle aree interne (16,6% in Campania, 13,8% nel Lazio e 11,4% in Lombardia).

Tab. 2 – Punti di somministrazione vaccinale per Regione e macro-classificazione delle Aree Interne (valori %)

	Aree interne	Centri	Totale
Campania	16,6	83,4	100,0 (283)
Lazio	13,8	86,3	100,0 (160)
Lombardia	11,4	88,7	100,0 (141)
Totale	14,6 (85)	85,5 (499)	100,0 (584)

La classificazione più dettagliata delle aree interne e dei centri (Tab. 3) mostra una diversa distribuzione nei sottogruppi di ciascuna categoria, in base alla distanza dal Polo comunale più vicino, che riflette solo parzialmente la distribuzione “teorica” dei comuni riportata nella Tabella 1.

La Lombardia ha 141 punti di somministrazione vaccinale, la maggior parte concentrati nei poli (54,6%) e nei comuni cintura (24,8%), mentre le aree periferiche e ultraperiferiche hanno una copertura minima. Anche nel Lazio, i poli urbani sono il centro principale per la somministrazione vaccinale (78,1%), ma con una leggera presenza anche nei comuni di fascia intermedia (11,9%).

Come già accennato, la Campania è la Regione che presenta nel complesso la distribuzione più omogenea, con il 34,3% di strutture collocate nei poli, il 35% nei comuni cintura e il 14,1% nei poli intercomunali.

Tab. 3 – Punti di somministrazione vaccinale per classificazione delle Aree Interne e Regione (valori %)

	Campania	Lazio	Lombardia
A – Polo	34,3	78,1	54,6
B – Polo intercomunale	14,1	0,0	9,2
C – Cintura	35,0	8,1	24,8
D – Intermedio	9,9	11,9	7,1
E – Periferico	6,4	1,9	4,3
F – Ultraperiferico	0,4	0,0	0,0
Totale	100,0 (283)	100,0 (160)	100,0 (141)

Sul totale dei 584 punti di somministrazione vaccinale presenti in Campania, Lazio e Lombardia, poco meno di due su dieci (19,2%) sono di tipo ospedaliero (Tab. 4).

La Lombardia ha una leggera prevalenza di punti di somministrazione in strutture territoriali (53,9% contro 46,1% di strutture ospedaliere) e, tra queste, la tipologia di centro vaccinale è completamente orientata a centri di riabilitazione, senza centri creati ad hoc. Nel Lazio la maggior parte dei punti vaccinali è collocata in strutture territoriali (140 su 160) e i centri di riabilitazione sono predominanti (86,4%). Solo il 13,6% dei centri vaccinali sono stati creati ad hoc, riflettendo – così come in Lombardia – un’organizzazione più tradizionale. La Campania mostra invece una netta prevalenza di strutture territoriali (256 su 283) e anche qui i centri di riabilitazione dominano rispetto ai centri creati appositamente per la vaccinazione.

Nel complesso, tra le strutture territoriali (472 osservazioni), circa una su quattro (il 28,2%) è sorta appositamente per accelerare la somministrazione del vaccino su scala territoriale attraverso la creazione di centri ad hoc, con punte del 44,5% in Campania. All’estremo opposto, invece, la Lombardia ha concentrato tutta l’attività vaccinale territoriale nei Centri di riabilitazione preesistenti sul territorio.

In tutte le Regioni, la maggioranza dei punti vaccinali è situata in strutture territoriali e i centri di riabilitazione sono le principali strutture utilizzate per la vaccinazione, ma mentre in Lombardia si ritrova un equilibrio più marcato tra strutture ospedaliere e territoriali, in Campania e nel Lazio vi è una prevalenza di strutture territoriali.

Il profilo regionale della distribuzione mostra quindi un’organizzazione capillare sul territorio della Campania e del Lazio: circa nove presidi su dieci (rispettivamente il 90,5% e l’87,5%) sono di tipo territoriale, contro il 53,9% della Lombardia, che ha invece concentrato i punti di somministrazione nei presidi ospedalieri.

Tab. 4 – Punti di somministrazione vaccinale per Regione, tipo di struttura, tipo di centro vaccinale (valori %)

	Tipo di struttura			Tipo di centro vaccinale		
	Ospeda- liero	Territo- riale	Totale	Centro di riabilita- zione	Centro vaccinale creato ad hoc	Totale
Campania	9,5	90,5	100,0 (283)	55,5	44,5	100,0 (256)
Lazio	12,5	87,5	100,0 (160)	86,4	13,6	100,0 (140)
Lombardia	46,1	53,9	100,0 (141)	100,0	0,0	100,0 (76)
Totale	19,2 (112)	80,8 (472)	100,0 (584)	71,8 (339)	28,2 (133)	100,0 (472)

In generale, quindi, la Lombardia è caratterizzata da una forte polarizzazione dei centri vaccinali verso i comuni polo e le aree di cintura, con una presenza limitata di punti vaccinali nelle altre aree e una distribuzione più equilibrata dei punti vaccinali tra strutture ospedaliere e territoriali. Nel mezzo, il Lazio presenta una concentrazione significativa di punti vaccinali nei poli urbani, con una distribuzione simile alla Lombardia ma ancor più sbilanciata verso i Poli. È una Regione che utilizza in modo predominante le strutture territoriali per la vaccinazione. Al polo opposto, la Campania mostra una distribuzione più bilanciata tra poli, comuni cintura e aree periferiche ed è la Regione che meglio copre le aree interne rispetto a Lazio e Lombardia, evidenziando una maggiore attenzione alle zone periferiche.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2014). *Strategia Nazionale per le Aree Interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Materiali UVAL. XXXI. n. 1. Tratto il 17 giugno 2025, da https://politichecoesione.governo.it/media/2289/numero-31_documento_2014_aree_interne.pdf
- AA.VV. (2020). *Relazione Annuale al CIPE sulla Strategia Nazionale per le Aree Interne*, Roma, Agenzia per la Coesione Territoriale. Tratto il 17 giugno 2025, da https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/11/Relazione-CIPESS-2020_finale.pdf
- DPS, Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica, *Le aree interne: di quale territorio parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree*. Tratto il 16 giugno 2025, da https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/01/Nota_metodologica_Aree_interne-2-1.pdf
- ISTAT (2024). *La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future*. Tratto il giorno aprile 30, 2025 da https://www.istat.it:https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/STATISTICA-FOCUS-DEMOGRAFIA-DELLE-AREE-INTERNE_26_07.pdf
- ISTAT (2022, luglio 22). *La geografia delle aree interne nel 2020: vasti territori tra potenzialità e debolezze*. Tratto il giorno 18 giugno 2025, da <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/07/FOCUS-AREE-INTERNE-2021.pdf>
- Lucatelli, S., Luisi, D., Tantillo, F. (a cura di) (2022). *L'Italia lontana. Una politica per le aree interne*. Roma: Donzelli.
- Lucatelli S. (2015). La strategia nazionale, il riconoscimento delle aree interne. *Territorio*, 74, 80-86. doi: 10.3280/TR2015-074014.
- Presidenza del Consiglio dei ministri. Dipartimento per le politiche di coesione e per il sud (2025). Piano Strategico Nazionale delle Aree Interne. Tratto il 16 giugno 2025 da <https://politichecoesione.governo.it/media/yamnr5sl/piano-strategico-nazionale-delle-aree-interne.pdf>

Presidenza del Consiglio dei ministri. Nucleo Valutazione e Verifica Investimenti Pubblici. (2020). Le aree interne nelle politiche nazionali territoriali per la ripresa sostenibile e resiliente. Tratto il 17 giugno 2025, da <https://www.programmazioneeconomica.gov.it/media/zezcectd/nuvv-aree-interne-nov-2020.pdf>

7. Come ti racconto il vaccino. *Uno studio sulla copertura della campagna vaccinale nei quotidiani italiani*

di Mauro Bomba, Alice Luceri, Melissa Mongiardo,
Christian Ruggiero*

7.1. Sapere esperto e infodemia: la prospettiva dei legacy media

7.1.1. Il contesto: a proposito di infodemia

Il primo termine-chiave per comprendere la peculiarità dell'emergenza generata dalla pandemia da Covid-19 è "infodemia". Si tratta di un neologismo coniato nel 2003 da David J. Rothkopf, membro dello Health Advisory Board della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, che l'ha affidato alle colonne del *The Washington Post* per spiegare come alla "prima epidemia" di SARS fosse seguita una "seconda epidemia", di tipo informativo, «che ha trasformato la SARS, o sindrome respiratoria acuta grave, da una crisi sanitaria regionale cinese mal gestita in una débâcle economica e sociale globale» (Rothkopf, 2003). Quasi vent'anni dopo, il termine balza agli onori delle cronache essendo scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per definire la «sovrabbondanza di informazioni, accurate e meno accurate, durante una pandemia»¹. Ma in quei vent'anni la portata della "epidemia informativa" che accompagna e amplifica gli effetti di quella sanitaria è esponenzialmente cresciuta. La *mass media logic* che orientava i processi di selezione e gerarchizzazione dell'informazione, e dunque la composizione di un'agenda, un set di temi attorno ai quali si sarebbe concentrata l'attenzione dei cittadini (McCombs e Shaw, 1972), era influenzata tutto sommato

* Il capitolo è frutto di un lavoro condiviso di progettazione, scrittura, elaborazione e interpretazione dei dati. Tuttavia, è possibile attribuire, a meri fini valutativi, il paragrafo 7.1 a Christian Ruggiero; a Mauro Bomba i paragrafi 7.2 e 7.5; ad Alice Luceri il paragrafo 7.3; a Mauro Bomba e Alice Luceri il paragrafo 7.4; a Melissa Mongiardo il paragrafo 7.6.

¹ World Health Organization, Health topics, Infodemic: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

in misura ridotta dalle profonde trasformazioni che pure la digitalizzazione della comunicazione rendeva evidenti. Vero è che dalla metà degli anni Novanta il giornalismo aveva iniziato a uscire dalle redazioni, e i cittadini avevano cominciato a far circolare informazione autoprodotta, su temi talvolta ignorati dai media; ma le promesse del giornalismo partecipativo (Carotenuto, 2009) erano ancora lontane dall'avverarsi pienamente. Non l'evoluzione 2.0 di Internet e dei blog, ma la diffusione di dispositivi mobili in grado di connettere gli individui *anywhere, anytime* e la fortuna dei social media avrebbero finalmente rivoluzionato i meccanismi di produzione e consumo dell'informazione, e creato un effettivo dualismo tra quelli che oggi chiamiamo *legacy media* – stampa e televisione in primo luogo – e flussi di informazione e comunicazione prodotti dagli utenti. Diversamente dalla sua versione 1.0, l'infodemia del 2020 avviene in un *sistema mediale ibrido* (Chadwick, 2013), in cui la sfera pubblica è animata da forme “professionali” e “amatoriali” di atti comunicativi, destinate a ibridarsi se non altro nella loro continua e reciproca autocitazione. I livelli di complessità di questo sistema, inoltre, non si limitano alla coesistenza tra fonti “tradizionali” e native digitali, né alla presenza di diversi attori comunicativi, più o meno istituzionalizzati. Un quadro molto chiaro del contesto che stiamo descrivendo viene dal rapporto sul consumo di informazione degli italiani prodotti dall'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni: lo stesso universo dell'accesso online risulta diviso tra “fonti editoriali” e “fonti algoritmiche”. Le prime sono siti web o app di quotidiani, televisioni, radio e testate native digitali – che abitano l'ambiente online secondo le medesime “regole d'ingaggio” che caratterizzano il “campo” giornalistico bourdieusianamente inteso (Bourdieu, 2005b), presentando le notizie in un ordine e con un “taglio” che rispecchia le regole del giornalismo in senso ampio da un lato e il punto di vista della testata dall'altro. Diversamente, le “fonti algoritmiche”, dunque aggregatori di news e portali, motori di ricerca e social network, si fanno tramite di un flusso comunicativo in cui notizie “certificate” e informazioni manipolate o semplicemente false si mescolano a contenuti d'intrattenimento e diari personali degli utenti. Essi vengono presentati secondo logiche algoritmiche che hanno la caratteristica di essere funzionali all'autopreservazione del sistema, attraverso la catalizzazione dell'attenzione dell'utente entro il social network stesso e alla monetizzazione da parte delle piattaforme che lo generano (van Dijk, Poell, de Waal, 2018).

È evidente che, in un contesto come questo, tutti i concetti elaborati nel corso del tempo per comprendere il principio organizzativo dell'informazione devono essere ripensati, a partire da quelli che qui utilizzeremo ampiamente: il tema (*issue*), che seleziona e associa diversi eventi, e la cornice (*frame*), che conferisce significato al tema (Gamson e Modigliani, 1989).

Questo, però, non significa abbandonare strategie di ricerca consolidate, né disconoscere quanto prodotto dai *legacy media* come legittimo oggetto di studio. Dunque, per quanto lo sguardo della comunità accademica che si riconosce attorno ai media studies si sia focalizzato sugli ambienti web e social come fonte di fake news e polarizzazione informativa, il nostro sforzo di ricostruzione e interpretazione del racconto della campagna vaccinale da parte dei media lungo il corso dell'anno 2021 utilizzerà come base dati un campione di articoli pubblicati dai principali quotidiani italiani nella loro edizione cartacea. Pur riconoscendo l'utilità di un approccio intermediale (Bentivegna e Boccia Artieri, 2019; Binotto, Nobile, Rega, 2020), si è preferito, in questa sede, procedere "in profondità" entro un corpus maggiormente circoscritto. Questo nella convinzione che, proprio in virtù della natura ibrida del sistema informativo contemporaneo, le strategie giornalistiche di rappresentazione delle dinamiche di gestione della crisi pandemica, e in particolare della campagna vaccinale, quale reazione a una crisi che avviene in sinergia con quelle degli altri attori coinvolti (dalle istituzioni alle forme più o meno organizzate di società civile) siano esperibili anche "solo" dall'analisi di quanto riportato nel più tradizionale dei *repository* della discussione pubblica. A maggior ragione in presenza di un oggettivo "appiattimento" del coverage informativo sulla pandemia, già registrato in precedenti studi (Ruggiero, 2021; Lombardo e Ruggiero, 2023) e imputabile a quello che appare un perfetto caso di *media explosion* (Boydston, 2013), concentrazione della produzione-attenzione mediale, sottratta drasticamente agli altri temi in agenda, e semmai articolata in diversi "sotto-temi". Va in questa direzione sia la scelta dello strumento – la mappatura lessicometrica delle variazioni semantico-discorsive della rappresentazione-narrazione del tema – e dell'analisi longitudinale dei sotto-temi (cluster) volta a rilevare l'articolazione del tema e le sue variazioni lungo il periodo campione; un framework di ricerca che, come sottolineano Marini e Gerli (2000, p. 400):

In primo luogo, consente di passare da una rappresentazione del processo discorsivo come meccanismo di selezione ed enfattizzazione delle articolazioni tematiche a una sua rappresentazione semantico-geometrica, che pone maggiore attenzione al modo in cui la costruzione discorsivo-narrativa organizza il tema e ne orienta il senso seguendo certe direttrici semantiche principali (nel linguaggio statistico, denominate *fattori*); ciò viene ad aggiungersi e a rafforzare l'uso del concetto di frame nell'accezione sopra menzionata. In secondo luogo, la rappresentazione congiunta di sotto-temi e variabili supplementari consente di ragionare sulle omologie (corrispondenze) che emergono tra lo spazio semantico dei temi e lo spazio sociale definito dai quotidiani oggetto di analisi e dagli eventi generativi della produzione informativa.

7.1.2. *L'oggetto di studio: esperti vs media*

Un'analisi che intenda inquadrare, da un punto di vista sociologico e comunicativo, il coverage informativo della campagna vaccinale non può non confrontarsi con un fenomeno ampiamente dibattuto in letteratura: la mediatizzazione del sapere esperto.

L'emergenza, sanitaria o ambientale che sia, rappresenta ormai da diversi anni la contingenza che spinge l'expertise scientifica al centro del dibattito pubblico (Collins ed Evans, 2002), e l'attivismo di scienziati e ricercatori all'interno della sfera pubblica, e di quella mediatizzata, ha portato a una nuova definizione della figura stessa dell'esperto, che arricchisce la sua mission di una forte attenzione divulgativa e interventista, detto "esperto pubblico" (Peters, 2008). Ciò conduce a una nuova articolazione delle dinamiche dei rapporti tra scienza, politica, media e società, alla quale contribuisce, nuovamente, l'evoluzione dell'ecosistema dell'informazione. Già Cannavò (1995) concepiva le interconnessioni alimentate dall'approdo della divulgazione scientifica nel medium televisivo nei termini di un sistema che, per i suoi flussi ricorsivi e le sue retroazioni, può essere definito di *trasformazione* nel senso boudoniano del termine. I flussi di interazione tra gli attori in campo – la divulgazione stessa, gli scienziati e i non scienziati – sottendevano rischi e opportunità derivanti dalla visibilità acquisita dagli esperti in quello che diveniva un vero e proprio "foto contingente" del dibattito scientifico, con evidenti conseguenze sulla definizione della mission di uno scienziato, dei confini, della "utilità" e del prestigio sociale di una disciplina, e dunque sul sistema di riconoscimenti materiali e immateriali collegati con il lavoro scientifico. In un contesto in cui i confini tra divulgazione scientifica e discorso pubblico sulla scienza si assottigliano e gli attori che partecipano a tale discorso si moltiplicano, rendendo la situazione ancora più complessa. Tipaldo (2019) evidenzia due dinamiche particolarmente interessanti: la *scientizzazione della policy*, legata al ruolo sempre più importante della scienza nel dibattito pubblico e alla conseguente domanda di esperti entro i processi decisionali, e la *politicizzazione mediatica della scienza*, che si esprime nell'appropriazione da parte di esperti scientifici di spazi mediatici tradizionalmente appannaggio del rapporto media e politica. Quest'ultima dinamica, che porta Donatella Campus e Barbara Saracino (2022) a leggere l'impegno mediale degli esperti in pandemia con la lente dei *celebrity studies*, attraverso categorie già ampiamente sperimentate per la "celebridizzazione" degli esponenti politici, richiama direttamente la questione della performance dell'esperto in spazi quali quello del talk show televisivo. Una questione che Sonia Livingstone e Peter Lunt (1994) si pongono in un'ampia riflessione dedicata al contributo del talk televisivo al dibattito pubblico, con conclusioni scoraggianti:

Dal momento che gli esperti parlano sovente in nome di altri esperti, la loro figura è ridotta a quella di un portavoce, l'animatore, che parla per altri esperti [...] o, con vaghezza ancora maggiore, parla in difesa della "competenza" o della "professione" [...] In poche parole, gli esperti parlano in nome di altri mentre il pubblico parla in nome di sé stesso. Di conseguenza, è difficile per un esperto costruire sullo schermo un personaggio credibile e autentico, e simultaneamente le regole del discorso non riguardano più, per esempio, l'argomentazione intellettuale o l'esperienza certificata, ma piuttosto l'autenticità e la credibilità.

Dal momento che gli esperti sono addestrati a sviluppare l'argomentazione attentamente, nel dettaglio, citando prove a supporto, confutando le obiezioni e sottolineando l'importanza delle specializzazioni, essi sono condannati al fallimento in un programma televisivo di discussione (*ivi*, pp. 129-130).

Si tratta di una riflessione di grande interesse per l'analisi che seguirà, per quanto essa riguardi la carta stampata e non il medium televisivo e dunque la presa di parola degli esperti sia necessariamente più mediata di quanto non accada nel talk show. Tuttavia, due elementi meritano di essere tenuti a mente.

Il primo è il concetto di fiducia. Esplorandone le caratteristiche, Anthony Giddens (1990) individua alcuni elementi rilevanti per comprendere gli atteggiamenti dell'opinione pubblica nei confronti degli esperti, che spaziano dall'attribuzione di capacità di risolvere problemi connessi alla vita quotidiana fino all'espressione di una fede nella correttezza dei principi astratti ai quali essi si ispirano. Come nota correttamente Rubin (2020), tali elementi necessitano, nella società contemporanea, di un aggiornamento, in riferimento alle dinamiche che possono condurre un esperto ad acquisire la fiducia di un pubblico di non esperti. In particolare, Rubin prende le mosse dalla riflessione di Pizzorno (2008) sulla visibilità come tratto distintivo della reputazione e afferma:

La crescente mediatizzazione della scienza ha contribuito a intensificare quel processo che traduce la visibilità pubblica degli scienziati in una forma di reputazione e, quindi, di credibilità [...] Pizzorno, però, sostiene che sebbene reputazione e visibilità siano in relazione mantengono una dimensione di indipendenza. Qui propongo, invece, di considerare l'esposizione pubblica dell'expertise scientifica come uno strumento per acquisire credibilità tra il pubblico non esperto. Visibilità che – come ha fatto notare Whitley (1984) – si traduce in uno strumento fondativo della struttura di ricompense che governa la scienza, tanto che successivi studi hanno rilevato come la visibilità arrivi a influenzare positivamente il lavoro degli scienziati più esposti nella scena pubblica (Cole e Cole, 1973; Phillips, 1991).

Da un lato, dunque, l'analisi del corpus di articoli che stiamo per intraprendere potrà rendere conto del successo di queste strategie di rinnovamen-

to/rafforzamento del legame fiduciario tra esperti e non esperti. Dall'altro, dovrà annotare le dinamiche di registrazione di quel segmento di non esperti (o di esperti "divergenti" rispetto alle strategie condivise di costruzione di una reputazione positiva della risposta fornita dalla scienza all'emergenza pandemica) che contrasta il sapere scientifico e risulta, non da oggi, ben organizzato e rappresentato nel circuito informativo.

Con significativo anticipo rispetto all'esplosione della pandemia, e a quella inedita centralità nel dibattito pubblico che la questione vaccinale avrebbe assunto, Gobo e Sena (2019) declinano le motivazioni dei cosiddetti "no-vax" secondo profili che vanno ben oltre la semplificazione mediale del confronto pubblico intorno alla vaccinazione. Rileggendo tali declinazioni alla luce dell'evoluzione del dibattito non solo della pandemia in sé, ma dell'introduzione del green pass quale obbligo vaccinale *de facto* verso determinate categorie, Di Lisio e Punziano (2023) notano da un lato il permanere di alcune delle motivazioni "tradizionali" dei soggetti scettici nei confronti dei rimedi vaccinali: *culturali* (legate all'innesto di sostanze animali nell'uomo), *religiose* (legate al rispetto del volere di Dio), *politiche* (legate al sentimento di avversione verso gli ostacoli posti dallo Stato alla libertà individuale) e *antiscientifiche* (legate alla scarsa fiducia nella scienza e nei suoi rappresentanti). D'altro canto, anche sulla scorta dell'analisi di Ortiz-Sánchez *et al.* (2020), emergono profili più *moderni* di antivaccinismo, legati ad aspetti economici (e in particolare ai profitti delle case farmaceutiche) e personali (e in particolare a storie di morti improvvise imputate alla vaccinazione, che divengono argomentazioni volte a creare seguito, secondo le modalità già evidenziate da Livingstone e Lunt in riferimento al dibattito nel talk show).

Se è vero che i media hanno offerto agli antivaccinisti un momento di riorganizzazione e contribuito all'articolazione dei temi legati alla rappresentazione delle loro istanze, l'analisi del sub-corpus relativo agli articoli che contengono riferimento a chi contrasta il sapere scientifico ci darà modo di osservare quanto la dinamica osservata da Di Lisio e Punziano abbia un "ritorno" nella coverage dei legacy media.

7.2. La ricerca: metodologia e obiettivi

In continuità con la prospettiva introdotta sul piano teorico, l'analisi che segue si propone di esplorare in profondità il modo in cui le narrazioni sulla campagna vaccinale si sono articolate all'interno dei principali quotidiani italiani. In queste pagine verranno presentati i risultati di uno studio condotto su un campione di articoli pubblicati nel corso del 2021 dai principali quoti-

diani italiani, con l'obiettivo di individuare le principali cornici interpretative adottate dalla stampa, evidenziando al contempo le dinamiche di rappresentazione delle istanze pro e antivacciniste. Prima di entrare nel dettaglio della metodologia utilizzata per approfondire queste tematiche, è utile chiarire i criteri utilizzati per la costruzione del corpus di articoli.

La prima decisione fondamentale è stata quella di limitare la selezione dei media ai soli quotidiani nelle loro edizioni cartacee. Sono così stati individuati 13 quotidiani italiani (10 nazionali e altri, sempre a tiratura nazionale, ma a vocazione locale o comunque con un forte radicamento sul territorio). I giornali nazionali sono stati selezionati in base ai dati di diffusione del 2021 (Audipress 2021) bilanciando questi numeri con l'attenzione alla vicinanza di questi quotidiani alle varie correnti politiche. Il campione di quotidiani nazionali è quindi composto da: *Corriere della Sera* (Centro), *La Repubblica* (Centro), *La Stampa* (Centro), *Il Fatto Quotidiano* (Sinistra), *Libero* (Destra), *Domani* (Centro sinistra), *Il Foglio* (Centro destra), *Avvenire* (religioso, di centro), *Il Giornale* (Destra), *il Manifesto* (Sinistra). Nella selezione dei quotidiani locali invece si è privilegiata la rappresentatività rispetto alle varie aree geografiche e un posizionamento politico moderato. Al campione di quotidiani nazionali sono quindi stati aggiunti: *L'eco di Bergamo* (Nord); *il Messaggero* (Centro); *il Mattino* (Sud). Il periodo di rilevazione copre l'intero anno 2021, ma, per rendere il corpus più maneggevole, pur mantenendo un alto livello di rappresentatività, per ciascun mese è stata scelta la settimana con il maggior numero di articoli dedicati al vaccino Covid-19, e sono stati considerati esclusivamente gli articoli pubblicati nella settimana selezionata.

Il corpus di articoli è stato costruito in base alle keywords *vaccin** e *campagna vaccinale*, che sono state inserite nel software di rassegna stampa *Volopress*, grazie al quale sono stati raccolti e catalogati tutti i testi degli articoli pubblicati dal campione di quotidiani che contenessero almeno un riferimento a una delle keyword. Gli articoli raccolti sono stati poi ricontrollati manualmente, per verificare che effettivamente facessero riferimento al tema di studio, organizzati in una matrice casi per variabili e distribuiti per testata e per mese di pubblicazione.

Il corpus così costruito è stato poi pulito attraverso operazioni manuali di correzione degli errori ed eliminazione degli articoli ripetuti più volte e normalizzato con operazioni automatizzate di individuazione delle *stop words*, dei polimorfi ricorrenti e di lemmatizzazione e disambiguazione dei lemmi. I testi trattati sono stati poi sottoposti ad analisi lessicometrica utilizzando il software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multi-dimensionnelles de Textes et de Questionnaires, ver. 0.8 alpha 7). L'obiettivo di questa operazione è stato quello di restituire i frame dominanti adottati dalla stampa

italiana nella rappresentazione della prima, e fondamentale, fase della campagna vaccinale.

Per questo motivo, e per ottenere un maggiore livello di approfondimento, il corpus di articoli è stato scomposto in tre subcorpora corrispondenti ai tre quadrimestri dell'anno 2021. I subcorpora così ottenuti sono stati poi sottoposti a un'analisi tematica. La prima operazione è stata effettuata mediante clusterizzazione con metodo *ALCESTE12* (Reinert, 1983; 1990). Tale metodo consente di individuare i principali nuclei tematici presenti in un corpus tramite un processo di scomposizione del testo in segmenti dotati di senso (Unità di Contesto Elementare) e raggruppamento di segmenti di testo appartenenti alla stessa matrice tematica (classe) sulla base di un algoritmo progettato a partire dal calcolo del coefficiente χ^2 di associazione interna alle porzioni di testo che compongono la classe. Queste operazioni consentono in primo luogo di esplorare i temi principali nei quali è stata declinata la narrazione della campagna vaccinale e come questi sono cambiati nel corso del 2021.

In sostanza quello che si vuole proporre è una fotografia dell'evoluzione della copertura a mezzo stampa del dibattito intorno alla campagna vaccinale, nelle sue declinazioni nonché rispetto ai suoi attori principali.

Tracciata questa panoramica, il passaggio successivo dello studio si concentra, come detto in apertura del paragrafo, sul contributo di due aspetti in contrasto tra di loro che hanno contribuito alla costruzione del dibattito giornalistico sul tema del vaccino Covid-19. Nello specifico, dal corpus principale sono stati estrapolati tutti gli articoli al cui interno sono presenti citazioni, prese di posizione, dichiarazioni, opinioni, raccomandazioni di esperti medico-scientifici, e tutti gli articoli che invece contengono riferimenti, come soggetti o oggetti nel testo, ai negazionisti della pandemia e ai no-vax. I due subcorpora sono stati creati lavorando direttamente la matrice nonché estraendo gli articoli sulla base di una lista di keyword (Campione Esperti: *Expert**; *Medic**; *CTS*; *Immunolog**; *Virolog**; Campione No-Vax: *No_Vax*; *Anti_Vax*; *No_Green_Pass*; *Proteste*; *Manifestazioni*) e ricontrollando manualmente la coerenza degli articoli con gli obiettivi dell'analisi. Nella composizione del subcorpus relativo a chi contrasta il sapere scientifico (da qui *No-vax*) è stata dedicata particolare attenzione alla questione dei No-Green Pass. Senza entrare nel merito del dibattito, sono stati estrapolati tutti gli articoli nei quali fossero presenti i lemmi *Green-Pass* e *No Green-Pass* e in fase di revisione manuale sono stati considerati e inclusi nel subcorpus solo quegli articoli nei quali la contrarietà alla certificazione verde fosse in qualche modo associata a posizioni anti-scientifiche. La costruzione di questi subcorpora è servita a misurare l'attenzione dei quotidiani a questi due gruppi e alle loro posizioni e a confrontare come questa è cambiata nel corso dei diversi mesi del 2021. L'obiettivo è analizzare se e in che modo questa abbia condizionato l'andamento dell'atten-

zione generale al tema del vaccino. Per fare questo, i due subcorpora e il corpus generale sono stati analizzati utilizzando lo studio delle serie temporali confrontando la distribuzione nel tempo degli articoli dedicati agli *Esperti* e ai *No-Vax* con quella degli articoli del corpus generale.

L'analisi è strutturata in due fasi principali. Nella prima è stata misurata la variazione percentuale mensile del numero di articoli dei due subcorpora, ottenendo due serie storiche che sono state confrontate singolarmente con quella delle variazioni percentuali del numero di articoli del corpus generale utilizzando il coefficiente di correlazione di Pearson, calcolato mediante il software R e gli specifici pacchetti “readr” e “tidyverse”.

L'eventuale presenza di una correlazione positiva, tra le serie dei subcorpora *Esperti* e *No-Vax* e quella generale, rivelerebbe una relazione lineare tra l'andamento delle curve. Ciò implicherebbe una correlazione tra l'andamento dell'attenzione al vaccino da parte della stampa e il numero di articoli dedicati a *Esperti* e *No-Vax* nel corso dei vari mesi. Un fatto non scontato considerando la variabilità della notiziabilità giornalistica, e di come aspetti e posizioni tendono a perdere o guadagnare rapidamente attenzione nella copertura mediatica di un tema ampio come la campagna vaccinale.

Nella seconda fase dell'analisi questa relazione verrà esplorata più in profondità utilizzando il test di causalità di Granger². L'utilizzo di questa metodologia permette di verificare che l'eventuale correlazione tra l'andamento delle serie temporali dei subcorpora e quella generale sia effettivamente il risultato di un'influenza della copertura di *No-Vax* e *Esperti* sull'attenzione complessiva ai vaccini.

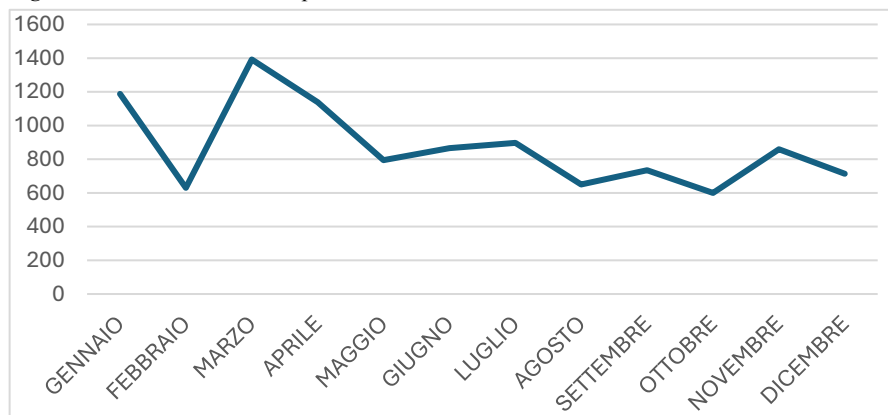
Il test verrà condotto utilizzando un modello VAR (Vector Autoregressive), determinando un ritardo ottimale tramite il criterio di informazione di Akaike (AIC). Una volta stabilito il lag ideale è stato effettuato il test di causalità di Granger per valutare se variazioni dei due subcorpora influenzino significativamente quelle nel totale degli articoli. Tutte le operazioni sono state condotte utilizzando il software R e gli specifici pacchetti “tseries” e “vars”.

7.3. Le caratteristiche del campione

Il campione è composto da un totale di 10.464 articoli, un numero cospicuo che rappresenta una fotografia parziale ma accurata della copertura mediale della campagna vaccinale nel corso del 2021. La scomposizione del campione nei mesi di analisi segue la distribuzione in Fig. 1.

² La causalità di Granger è un concetto statistico che consente di determinare se una serie temporale può causare o prevedere cambiamenti in un'altra.

Fig. 1 – Distribuzione articoli per mese



Il quadro che emerge dall'analisi è piuttosto variegato: picchi netti e altalenanti nel primo quadrimestre, nei quali si passa ad esempio dai 1.188 articoli di gennaio ai 630 di febbraio e che raggiungono numeri anche considerevoli, tra i quali il valore più alto viene toccato in marzo con 1.392 articoli; a seguire, nel secondo quadrimestre si nota una maggiore costanza, anche se con un leggero calo che porta dagli 866 articoli di giugno a 650 di agosto; infine, nel terzo quadrimestre si registra una maggiore instabilità, con una variazione rilevante soprattutto tra il mese di ottobre, che reca il numero inferiore di articoli in tutto il corpus (appena 600) e il mese di novembre, in cui l'attenzione alla campagna vaccinale risale fino a raccogliere 859 articoli.

Passando alla distribuzione degli articoli del campione nelle varie testate, in Fig. 2 si può notare un primo confronto tra il totale degli articoli pubblicati da ciascuna testata.

I dati presentati in Fig. 2 mostrano come il *Corriere della Sera* sia la testata che raggiunge il numero più alto di articoli dedicati al vaccino (1.382), staccando di poco *la Repubblica* (1.133). Viceversa, il quotidiano *Domani* è quello con meno articoli (284). Questi dati tuttavia possono risultare fuorvianti, in quanto non tengono conto della differenza di foliazione tra i vari quotidiani³.

La Fig. 3 mostra il confronto tra la distribuzione percentuale degli articoli tra le varie testate nel corso dei mesi del 2021.

³ Un'approssimazione meno imprecisa è ottenibile dal quoziente tra il numero di articoli e la foliazione dei diversi quotidiani. In questo caso, la potenziale "classifica" vedrebbe sul podio *Il Foglio*, *Il Giornale* e *Avenire*, mentre in coda si troverebbero *Domani*, *Il Fatto Quotidiano* e, ultima, *La Repubblica*. Ma è evidente che anche in questo caso le cifre non fanno i conti con diverse altre variabili, che qui sarebbe inutile elencare.

Fig. 2 – Distribuzione articoli per testata

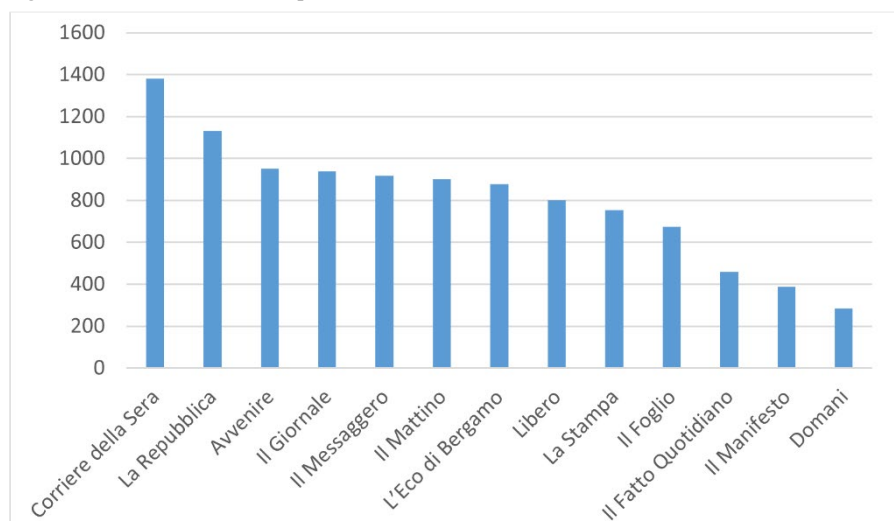
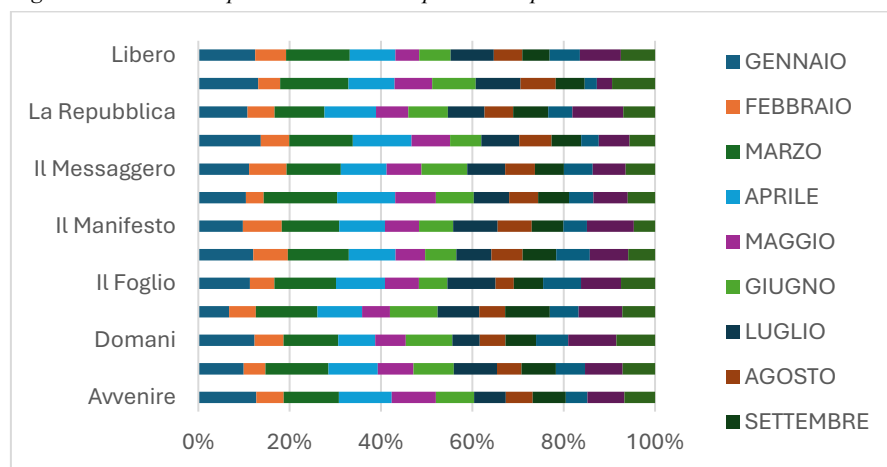


Fig. 3 – Distribuzione percentuale articoli per testata per mese



L'andamento mensile della copertura sulla campagna vaccinale è generalmente omogeneo tra i quotidiani, con divergenze più marcate nei periodi di minore attenzione. Il primo quadrimestre registra i valori più alti: tra gennaio e aprile la media varia tra il 10% e il 13%, in corrispondenza dell'avvio della campagna, del caso AstraZeneca e delle prime morti sospette. Alcune testate, come *La Stampa*, *Il Mattino*, il *Corriere della Sera* e *Avvenire*, concentrano in questi mesi quasi il 60% degli articoli annui. Fa eccezione feb-

braio, che mostra un netto calo (media al 6%) e maggiori squilibri tra le testate (*Corriere* e *La Stampa* scendono al di sotto del 4% ad esempio): ciò si lega probabilmente a una stagnazione del dibattito dopo la grande attenzione all'avvio della campagna tra dicembre e gennaio; già a marzo, con la notiziabilità del caso AstraZeneca, la media torna a salire.

Nel secondo quadrimestre l'attenzione si mantiene stabile tra i quotidiani (6% – 8,5%), con un incremento a giugno e luglio quando le preoccupazioni legate alla variante Delta rianimano il dibattito sugli strumenti per incentivare le vaccinazioni e il tema Green-Pass fa la sua comparsa in agenda. In questo contesto si verifica la prima frattura evidente tra quotidiani legati all'area progressista come *Il Fatto Quotidiano* e *Domani* che superano il 10% di articoli, e quotidiani conservatori come *Libero* e *Il Giornale* che si mantengono ampiamente sotto la media generale per tutto il periodo.

Nel terzo quadrimestre la copertura diventa invece piuttosto irregolare. Ottobre registra il dato più basso di tutto il campione (5,6%), con picchi negativi come *La Stampa* (2,2%). Un dato inatteso, considerando l'intensificarsi delle tensioni sul Green Pass, culminate con l'assalto alla sede della CGIL, ma che si spiega con il metodo di selezione degli articoli, basato esclusivamente su *keywords* legate al vaccino, che presumibilmente ha raccolto solo parte degli articoli sul tema. Alcuni tra i quotidiani più orientati al commento e all'approfondimento politico, come *Domani*, *Il Foglio* e *Il Giornale*, mostrano tuttavia una maggiore attenzione, sopra il 7%. Verso la fine dell'anno l'attenzione risale, soprattutto a novembre (8,2% di media), sostenuta in particolare da *Domani* (10,6%) *il Manifesto* (10,3%), che continuano a seguire gli sviluppi del conflitto sociale legato al Green Pass, anche per l'implicazione della destra radicale e la coda lunga del dibattito sulla questione fascismo/antifascismo.

7.4. I temi

7.4.1. Il primo quadrimestre: l'informazione che fa “servizio”

L'analisi dei temi del primo quadrimestre del 2021 mostra due principali aree tematiche, distinte tra loro ma tangenti in alcuni punti (Fig. 4). Entrambe hanno una matrice comune abbastanza evidente: l'avvio della campagna vaccinale, argomento che ha dominato le pagine dei quotidiani all'inizio del 2021. L'analisi riflette le varie declinazioni nelle quali è stata articolata la cronaca di quei giorni, restituendone la complessità politica, sociale e sanitaria. I cluster alla sinistra della Fig. 4 fanno riferimento alla dimensione sanitaria, legata agli aspetti logistici e medici della vaccinazione, mentre quelli

a destra fanno riferimento all'area politica, sociale ed economica. Al centro, queste due aree sono tenute insieme dalle sovrapposizioni tra il cluster in azzurro e quello in verde, uno spazio nel quale questi due aspetti si intersecano tra loro.

Andando nello specifico, il macro-cluster a sinistra, quello sanitario, è composto da altri quattro cluster tematici che tra loro hanno numerosi punti di contatto e di affinità. Nel cluster in blu, che possiamo definire con l'etichetta *Logistica campagna vaccinale*, e che corrisponde all'11,8% del corpus, si trovano lemmi che fanno riferimento soprattutto agli aspetti produttivi e burocratici delle prime fasi della campagna vaccinale. Dalle istituzioni che hanno approvato i vaccini, come Ema e Aifa, agli aspetti legati alla produzione e alla messa in commercio, come *stabilimento*, *frigorifero*, *autorizzazioni* e *contratto*, passando per i nomi delle principali case farmaceutiche produttrici come *Pfizer*, *Biontech* e, soprattutto, *AstraZeneca*. La grandezza di questi lemmi nella rappresentazione fattoriale, indica la loro importanza nel discorso complessivo. Complice anche il clamore generato dal caso *AstraZeneca*, con alcune morti sospette nella primavera 2021. Il cluster in verde acqua – complessivamente il maggiore in quest'area con il 17,4% del corpus – è legato agli aspetti logistici delle prime fasi della vaccinazione, e identificabile come *Avvio Campagna vaccinale*. La presenza di nomi come *Bertolaso*, il Generale *Figliuolo*, nominato *commissario* in quei mesi al posto di *Arcuri*, molto vicini a lemmi come *somministrazione*, *prenotazione* e *prima dose*; il riferimento alla campagna vaccinale nelle *Regioni* mostrano la rilevanza di queste connessioni. Subito di seguito, il cluster verde chiaro, complessivamente il 9,5% del corpus, fa riferimento allo stato del *Sistema Sanitario Nazionale* e raccoglie lemmi legati alla situazione negli ospedali, come conferma la presenza di termini come *medico*, *servizio* e *personale sanitario*, a cui si aggiunge una connotazione emergenziale con lemmi come *RSA situazione* e il richiamo agli *specializzandi*.

Quest'ultimo si lega con il cluster in grigio, pari all'11,8%, e definibile *Andamento della Pandemia*, come suggerisce la presenza di termini come *bollettino*, *positività*, *incidenza*, ma anche *decesso*, *contagio* e *ondata*. In questa zona si realizza la sovrapposizione con l'altra macroarea tematica, quella relativa agli aspetti politici, sociali ed economici della campagna vaccinale. Complessivamente quest'area, composta da tre cluster minori, è la più estesa dell'analisi raccogliendo più del 50% del corpus.

Il cluster in azzurro, pari al 15,5% del corpus, e relativo agli *Scenari Socio-Economici*, è formato da lemmi che rimandano ad una prospettiva di ripartenza all'uscita dalla pandemia, termini come *futuro*, *libertà*, *investimento*, *comunità*, *economico* e *sociale*. A questo si lega poi il cluster in rosso relativo alla *Sfera Quotidiana*, che rappresenta il 16,5% del corpus, e più

L'analisi suggerisce una divisione netta tra il discorso tecnico-sanitario (produzione, distribuzione e gestione delle risorse sanitarie) e il discorso politico-sociale (ristrutturazione del potere, ripartenza economica e gestione delle libertà individuali). La pandemia emerge non solo come una crisi sanitaria, ma come un evento catalizzatore di ripensamenti istituzionali, ridefinizione delle priorità economiche e ristrutturazione dei processi decisionali (cfr. il secondo capitolo di questo di volume). La sovrapposizione tra i cluster sanitari e quelli politici sottolinea come l'andamento della pandemia abbia influenzato direttamente le scelte di governance e il ripensamento della politica pubblica, e come anche la stampa sia soprattutto preoccupata di restituire questo clima. I toni di una narrazione neutra di tipo istituzionale riducono lo spazio di una narrazione polarizzante, contribuendo a incrementare il consenso verso l'adesione alla campagna vaccinale.

7.4.2. Il secondo quadrimestre: il green pass e le voci del dissenso

Il secondo quadrimestre del 2021 è caratterizzato da un lato dalla celebrazione dell'efficacia della campagna vaccinale, dall'altro dai timori legati alle nuove e contagiose varianti del Covid-19 e alla preoccupazione sulla sicurezza dei vaccini. Ciò è abbastanza evidente guardando ai cluster che più direttamente si collegano alla campagna vaccinale, quello in grigio e quello in verde (Fig. 5). Nel cluster grigio (17%), etichettabile come *Varianti, Vaccini Scenari Avversi*, uno dei lemmi più rilevanti è *AstraZeneca*. Al centro del dibattito c'è il *rischio* legato ad alcuni *casi* di *trombosi cerebrale*, accusati di essere correlati al vaccino. La centralità di questo argomento è supportata anche dalla connessione tra il cluster grigio e quello in viola. Questo, definibile *Campagna Vaccinale sui Territori*, che rappresenta ben il 22,3% del campione, è legato nuovamente agli aspetti logistici della distribuzione nelle Regioni, ma al suo interno si notano anche alcuni riferimenti legati alla vicenda AstraZeneca. Nello specifico i lemmi *cts*, *bloccare* e *somministrazione*, che esprimono la scelta di bloccare in giugno la distribuzione di AstraZeneca. Un altro elemento chiave legato ai timori e alle preoccupazioni del periodo emerge nuovamente dal cluster in grigio. Tra i termini più rilevanti appaiono infatti *variante* e *delta*, una nuova mutazione del virus che proprio in quei mesi arriva dall'India e porta ad un *grave* aumento dei *casi* in Italia e in Europa.

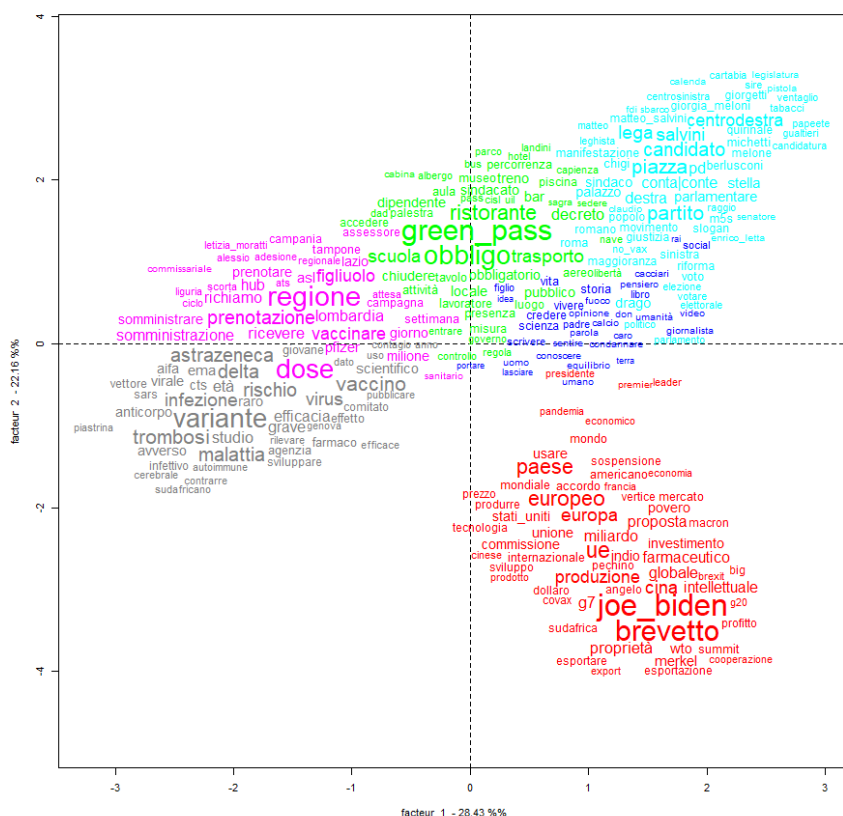
Il cluster in verde (12,3%) *Green Pass*, *Limitazioni*, *Riaperture* e quello in azzurro (9,7%) *Scenari Politici* formano insieme un'ulteriore area tematica. In estate si accende la discussione sul *Green Pass*, e intorno a questo tema si sviluppa gran parte della narrazione del secondo quadrimestre. I

termini che compongono i due cluster rendono graficamente i nodi intorno ai quali si è sviluppata la discussione sulla certificazione verde. Da una parte, il cluster in verde è legato alle riaperture. Termini come *decreto*, *attività*, *bar*, *ristoranti* e altri ancora sono legati alla graduale ripresa delle attività pubbliche e commerciali. Dall'altra, mostra la centralità di una contesa politica che ha caratterizzato questa fase: il tema dell'obbligatorietà di *Green pass* e vaccino. Il lemma *obbligo* è centrale nel cluster verde e a questo si legano i contesti nei quali viene applicato come *scuola*, *trasporti*, *luogo pubblico*, e lemmi che rimandano alla fase di negoziazione con i *sindacati* per l'introduzione della certificazione nelle scuole e nei luoghi di *lavoro*. Parole come *dipendente* e *lavoratore* ma anche *tavolo*, oltre alle sigle dei principali sindacati, ricordano il difficile lavoro di concertazione con il governo, che porterà, non senza polemiche, all'introduzione dell'obbligo di *Green pass* nei mesi successivi. L'eco di queste polemiche sulle pagine della stampa è evidente guardando al cluster azzurro, più prettamente politico rispetto al precedente. Un'area di questo cluster, che in buona parte sovrappone con quello del *Green pass*, mostra chiaramente riferimenti alle contestazioni dei *no-vax* e dei *no-green-pass*. Termini chiave in questo senso sono anche *manifestazioni* e *piazza*, a testimonianza delle numerose iniziative di quel periodo. Il resto del cluster è composto da lemmi che rimandano ai protagonisti della politica italiana. Tra questi il principale è *Matteo Salvini*, estremamente critico contro il *green_pass*, poi *Conte* e *Meloni*, meno frequente il presidente *Draghi*.

Gli ultimi due cluster invece appaiono più indipendenti rispetto ai precedenti. In quello in blu *Sfera Quotidiana* (21,4%) la maggior parte dei lemmi fa riferimento alla sfera familiare, come *famiglia*, *padre* e *figlio*, ma anche a quella personale e intima, come *credere*, *sentire*, *vivere*, e al rapporto con la *scienza*, che risulta tra i lemmi più rilevanti del cluster. Probabilmente si tratta di un'area tematica che si è formata per distanza rispetto alle altre. Un nucleo di articoli, o discorsi, particolarmente consistente in cui si esplorano gli effetti della pandemia, e della vaccinazione, sulla vita delle persone.

Infine, l'area tematica in rosso *Scenari Internazionali*, pari al 17,2%, fa riferimento alla politica estera e agli esteri più in generale. Oltre ai nomi delle principali personalità politiche mondiali, tra i quali *Biden*, *Von Der Leyen*, *Merkel* e *Macron*, il riferimento è ai *summit* che si svolgono in quei mesi, come il *G7* e il *WTO* e allo sforzo collettivo per contrastare il virus come *cooperazione* e *globale*. Altri riferimenti vanno al tema della liberalizzazione dei *Brevetti* e al *green_pass_europeo* che verrà introdotto a luglio.

Fig. 5 – Rappresentazione fattoriale cluster tematici – secondo quadrimestre



L'analisi del secondo quadrimestre mette in evidenza una transizione dal focus sulla logistica vaccinale al tema della gestione sociale e politica della pandemia. La campagna vaccinale celebrata inizialmente come simbolo di efficacia evidenzia ora la tensione tra controllo statale e libertà individuali e si intreccia: con il dibattito sulla sicurezza dei vaccini, a fronte della registrazione di alcuni eventi avversi e della eco mediatica che ne è derivata; con le proteste politiche legate alle misure di obbligatorietà adottate dal Governo. L'introduzione del Green Pass segna un passaggio cruciale nella gestione governativa dell'emergenza, diventando un simbolo di controllo sociale e di ridefinizione dei diritti di accesso agli spazi pubblici. Qui i toni istituzionali propri della prima fase iniziano a cedere progressivamente il passo a narrazioni più polarizzate.

7.4.3. Il terzo quadrimestre: l'assalto alla Cgil e le opinioni polarizzate

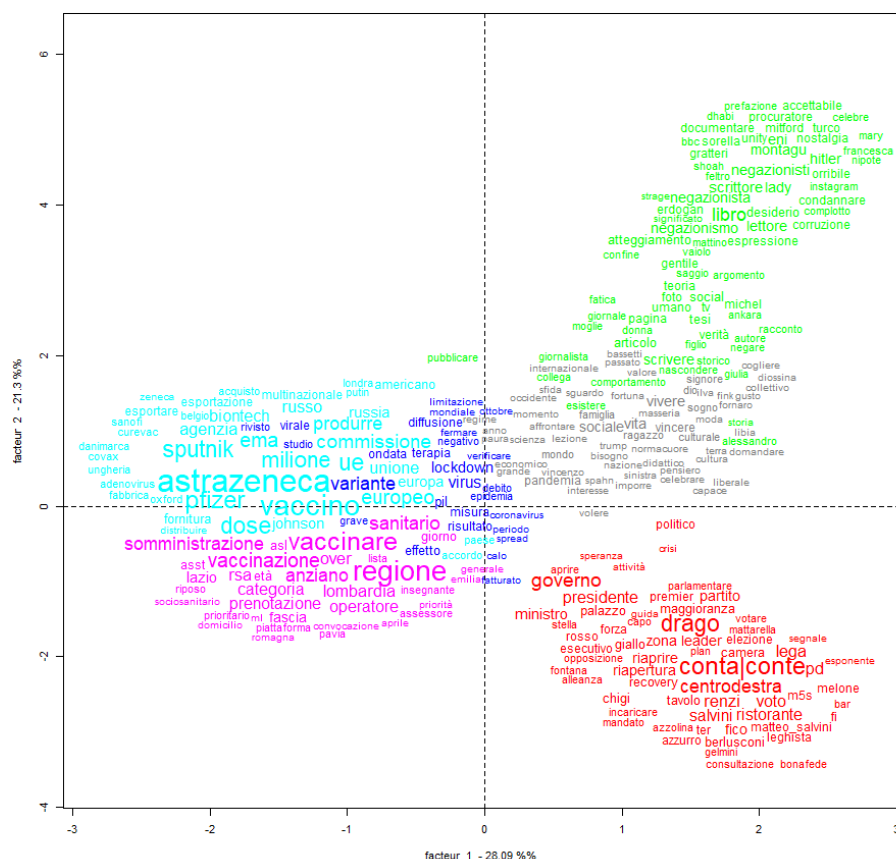
Il terzo quadrimestre inizia con l'approvazione dell'obbligo di green-pass sui luoghi di lavoro, che diverrà effettivo il 15 ottobre 2021. La decisione acuisce il clima di tensione con le frange contrarie al certificato verde, tensioni che sfociano nell'assalto alla CGIL del 9 ottobre guidato da no-vax e formazioni di estrema destra. L'analisi restituisce un totale di sei cluster divisi in tre aree tematiche principali (Fig. 6).

La prima relativa all'andamento delle vaccinazioni, è composta dai cluster fucsia *Campagna Vaccinale sui Territori* (23,8%), azzurro *Aziende Vaccino* (13,9%) e blu *Virus e Varianti* (13,9%).

Il cluster fucsia fa riferimento agli aspetti logistici della campagna, come si può notare da lemmi come *somministrare*, *prenotazione* e dal ruolo preponderante delle *Regioni*; il cluster in azzurro invece a quelli burocratico-produttivi, nei quali resta ancora molto rilevante il tema *AstraZeneca*; i lemmi del cluster in blu infine suggeriscono uno sguardo all'andamento dei contagi e della pandemia, soprattutto per i timori legati alla nuova *variante Omicron* e a nuove *ondate*. La seconda area tematica, relativa agli effetti sociali della pandemia, include il cluster in grigio che fa riferimento alla *Sfera Quotidiana* (19,9%) e quello in verde che invece può essere descritto come *Narrazione Pandemia* (8%). Quest'area si concentra sulle conseguenze personali, familiari e sociali della pandemia e su aspetti culturali. Centrale è la questione della *scuola* nel cluster in grigio, come sottolineato da lemmi quali *ragazzi*, *lezione* e *dad*; è interessante inoltre la presenza di riferimenti ai *negazionisti* e ai *complotti* nel cluster in verde, a testimonianza dell'incidenza del tema no-vax nei quotidiani del periodo.

Infine, l'ultimo cluster in rosso *Scenari Politici* (20,5%) è un'area politica più autonoma rispetto agli altri cluster, e in questa si trovano la maggior parte dei riferimenti alla questione no-vax e no-green-pass e all'assalto alla sede della Cgil. Oltre al nome del sindacato, infatti, si trovano riferimenti alle *riaperture*, al mondo del *lavoro*, al *Governo* e, soprattutto, ai *no-vax* e alla formazione di estrema destra *Forza Nuova*, i cui leader hanno guidato la vandalizzazione della sede del sindacato. Oltre a questi sono presenti nel cluster riferimenti ai protagonisti della vita politica, tra i quali spiccano *Salvini*, *Conte* e il ritorno da protagonista del presidente del Consiglio *Draghi*.

Fig. 6 – Rappresentazione fattoriale cluster tematici – terzo quadrimestre



L'analisi del terzo quadrimestre del 2021 mostra una significativa polarizzazione del discorso pubblico attorno al tema del Green Pass. Da una parte, le misure governative di controllo sanitario si sono estese al mondo del lavoro, generando tensioni che si sono tradotte in proteste violente, culminate con l'assalto alla CGIL del 9 ottobre. Dall'altra, l'emergere di narrazioni negazioniste e complottiste evidenzia una crescente distanza tra le istituzioni centrali e le frange più radicali della società civile, con evidenti ripercussioni anche sulla copertura mediatica del tema vaccino. La dimensione politica diventa quindi una zona di conflitto aperto, dove si contrappongono il bisogno di controllo sanitario funzionale alla ripartenza del sistema-Italia e la difesa dei diritti percepiti come minacciati propugnata da forze politiche di estrema destra e gruppi no-vax. In questo scenario, abbandonata la sua inizia-

le funzione di servizio alla gestione emergenziale, la stampa concede ampio spazio alle proteste, soprattutto attraverso il frame della “condanna”. E nello scontro tra posizioni ideologiche opposte, pur ponendosi chiaramente in antitesi a no-vax e no-Green Pass, sfrutta la polemica per costruire una narrazione polarizzata.

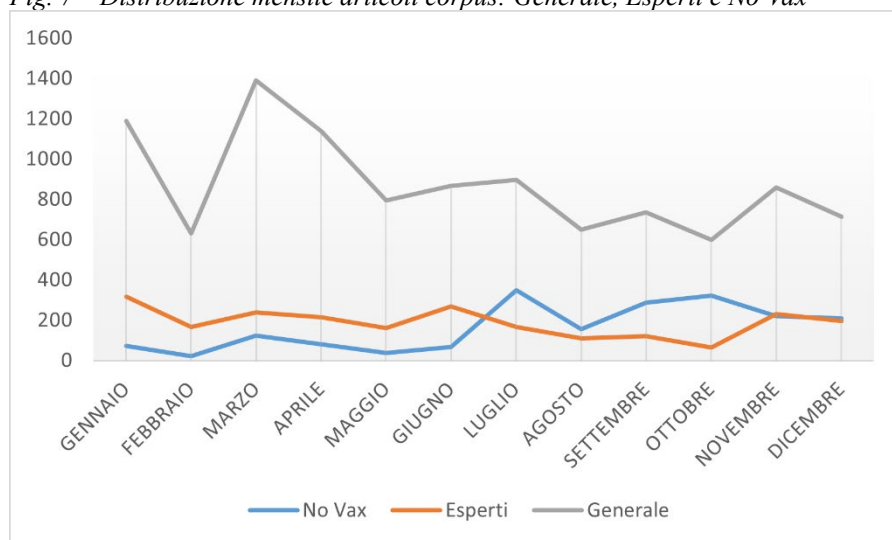
7.5. Lo studio delle serie temporali

In questa seconda parte dell’analisi sul corpus degli articoli pubblicati dai quotidiani italiani nel 2021 a tema campagna vaccinale, verranno approfonditi due tra gli attori sociali che hanno avuto notevole rilievo nella costruzione del dibattito giornalistico sui vaccini: gli esperti medico-scientifici, e i no-vax.

Come già chiarito nella nota metodologica di questo capitolo, l’analisi si basa sulla costruzione di due serie temporali che contengono, in un caso, tutti gli articoli pubblicati dalla stampa nei quali c’è una presa di posizione, una dichiarazione, un’opinione, di uno o più esperti; nell’altro, invece, tutti gli articoli che contengono riferimenti, come soggetti o oggetti dell’articolo, ai negazionisti della pandemia o del vaccino, e più in generale del sapere scientifico. L’obiettivo è verificare quale tra questi due gruppi di protagonisti – chi è depositario del sapere scientifico e chi invece lo nega – ha ricevuto attenzione maggiore da parte della stampa e se questi hanno esercitato un’influenza, almeno in termini quantitativi, sull’attenzione alla campagna vaccinale più in generale.

La prima operazione effettuata è stata dunque la costruzione dei due subcorpora secondo i criteri presentati nella nota metodologica. Questi dati consentono già di mostrare alcune prime differenze tra la copertura degli *Esperti* e quella dei *No-Vax*. Il numero di articoli in cui sono presenti opinioni di *Esperti* è pari a 2.254 in tutto il campione, una cifra pari al 21,5% del totale; mentre il numero di articoli del campione *No-vax* è leggermente inferiore, 1.952 articoli, il 18,6% del totale. Una differenza tutto sommato relativa, ma che aggiunge ugualmente elementi di interesse al dibattito. Il secondo passaggio dell’analisi consiste nella distribuzione degli articoli dei subcorpora lungo i mesi del 2021, comparandoli con la distribuzione degli articoli del campione complessivo nello stesso periodo. I risultati sono presentati in Fig. 7.

Fig. 7 – Distribuzione mensile articoli corpus: Generale, Esperti e No-Vax



La prima evidenza da registrare nell'andamento di *Esperti* e *No-Vax* è l'inversione di tendenza che si nota tra giugno e luglio. Se nei primi mesi dell'anno infatti, il numero di articoli dedicati agli *Esperti* è maggiore rispetto a quelli dedicati ai *No-Vax*, che registrano i picchi più bassi proprio nel febbraio e nel maggio del 2021 (rispettivamente 23 e 37 articoli dedicati); nella seconda metà accade il contrario: l'attenzione ai *No-Vax* cresce esponenzialmente e supera in luglio quella dedicata agli *Esperti*, in contemporanea con l'inizio delle manifestazioni di piazza, tanto che il numero di articoli passa dai 67 di giugno ai 349 di luglio. In ottobre, il mese dell'attacco no-vax alla sede della CGIL, il numero di articoli dedicati alle manifestazioni e ai disordini raggiunge i 323, il secondo dato più alto dell'anno, mentre per quanto riguarda gli *Esperti* contemporaneamente si registra il numero più basso di articoli in tutto il periodo, appena 65. I rapporti tornano ad un maggiore equilibrio a novembre, quando gli articoli dedicati agli *Esperti* risalgono a 231 e quelli dei *No-Vax* scendono a 221, per poi stabilizzarsi in dicembre con i 210 articoli *No-Vax* e i 195 articoli *Esperti*. In generale, comunque, il campione *Esperti* tocca il suo picco nel mese di gennaio, quando registra 318 articoli, scende rapidamente a 166 in febbraio, quando calano complessivamente i numeri di tutto il campione, risale in marzo a 239, e si stabilizza su cifre vicine fino a giugno. Contestualmente il campione dei *No-Vax* registra 73 articoli in gennaio, 23 in febbraio, 124 in marzo e non supera questa cifra fino a luglio. I mesi successivi variano tra il minimo di 137 nel novembre e il picco di luglio di 349. Questi dati fotografano una cesura netta tra le due metà dell'anno: nella prima, gli articoli dedicati agli

Esperti dominano rispetto a quelli dedicati ai *No-Vax*, mentre nella seconda, con l'acuirsi delle tensioni e l'intensificarsi delle manifestazioni di piazza, il rapporto si ribalta, con i negazionisti del sapere esperto che guadagnano un ampio spazio sui quotidiani.

Queste curve possono essere anche lette in riferimento a quella del campione generale, notando analogie e differenze tra le tendenze.

Un primo elemento interessante è il già citato caso di febbraio, quando il numero di articoli complessivi passa dai 1.188 di gennaio a 630, con una rispettiva riduzione anche negli articoli degli *Esperti* e in quelli dei *No-Vax*; nel mese successivo c'è il picco di articoli complessivi e i numeri dei due subcorpora risalgono. Gli articoli tornano a scendere a maggio e giugno. A luglio invece la curva dei *No-Vax* sale, mentre quella complessiva e quella degli *Esperti* diminuiscono. Stesso discorso per il periodo compreso tra agosto e novembre nel quale i numeri del campione complessivo oscillano intorno ad una media di 650, quelli dei *No-Vax* hanno una flessione importante in agosto (156) salgono a settembre (287) e ottobre (323), per poi diminuire in novembre (221) e ristabilizzarsi in dicembre (210); la curva degli *Esperti* al contrario, segue un andamento più simile a quello generale, scende in agosto (110), risale in settembre (120), cala drasticamente in ottobre (65) per poi segnare un nuovo incremento a novembre (231) e stabilizzarsi a dicembre (195). Curioso in questo senso soprattutto il caso di ottobre, dove il campione *Generale* registra 600 articoli complessivi, quello degli *Esperti* arriva a 65, mentre quello dei *No-Vax* supera la metà degli articoli complessivi, attestandosi sulle 323 unità.

Queste fluttuazioni, che solo in parte mostrano una coerenza tra gli andamenti delle tre curve, al pari delle analisi precedenti evidenziano non solo la relazione tra i campioni parziali e quello totale, ma forniscono anche un quadro di come si sia evoluto il dibattito intorno al vaccino sulla stampa. La contrapposizione tra sapere scientifico e la sua negazione segue probabilmente una curva di attenzione per la quale all'aumentare della rilevanza di uno degli elementi scende lo spazio dedicato all'altro, rendendo ancor più interessante lo scenario descritto finora.

Raccolte queste prime impressioni, per approfondire con maggiore concretezza queste dinamiche per ciascun corpus sono state calcolate le variazioni percentuali mensili del numero di articoli, che sono state poi sottoposte al test di correlazione di Pearson. L'obiettivo è valutare se esiste una relazione tra l'andamento nel tempo dell'attenzione agli *Esperti* e ai *No-vax* e la copertura generale della campagna vaccinale.

I risultati di queste operazioni⁴ mostrano in entrambi i casi l'esistenza di una correlazione significativa tra le variazioni percentuali mensili dei subcorpora e quelle del corpus principale. Ciò significa che a variazioni nel numero di articoli dei subcorpora tra un mese e l'altro corrispondono variazioni di simile intensità anche nel corpus principale. I valori delle correlazioni, tuttavia, sono differenti e suggeriscono un rapporto diverso tra i due subcorpora. Nel caso del campione parziale di articoli dedicati agli *Esperti* il valore della correlazione di Pearson è pari a $\rho=0,69$, una correlazione abbastanza intensa, considerando che l'indice tocca il suo massimo al valore 1. Il valore di $\rho=0,69$ indica quindi che con buona probabilità al variare del numero di articoli degli esperti ci sia una variazione dello stesso segno e di intensità simile. Il valore della correlazione tra il campione dedicato ai *No-Vax* e il campione totale di articoli dei quotidiani, raggiunge un risultato notevole di $\rho=0,86$, che suggerisce una relazione più intensa rispetto a quella registrata nel caso precedente degli *Esperti*. Ciò significa che in questo caso le variazioni sono ancor più simili. Il risultato di queste correlazioni suggerisce quindi che c'è un legame molto forte tra l'andamento della copertura complessiva del tema vaccino nel corso dei mesi e le fluttuazioni di attenzione ai *No-vax*. Una relazione che è meno intensa nel caso degli *Esperti*.

Per approfondire ulteriormente queste relazioni, l'analisi scende nel dettaglio delle singole testate che compongono il campione. Verranno quindi calcolate le stesse correlazioni ma per ciascun quotidiano. Lo scopo è verificare se quelle correlazioni intense rilevate nei corpora aggregati possono essere estese a livello dei singoli quotidiani, oppure se, al contrario, ci sono variazioni significative tra le testate. I risultati di queste correlazioni sono presentati in Tabella 1.

⁴ Il risultato della correlazione tra il subcorpus *No-Vax* e il campione complessivo di articoli è pari a $\rho = 0.8685627$ (P-value < 0,05). Il risultato della correlazione tra il subcorpus *Esperti* e il campione complessivo di articoli è pari a $\rho = 0.6949609$ (P-value < 0,05).

Tab. 1 – Correlazioni sub-corpora No-vax/Esperti con Corpus generale per singola testata

testata	No-Vax	Esperti
	ρ	ρ
<i>Avvenire</i>	0.13	0.63*
<i>Corriere della Sera</i>	0.76*	0.62*
<i>Domani</i>	0.28	0.66*
<i>Il Fatto Quotidiano</i>	0.30	0.52
<i>Il Foglio</i>	0.90*	0.71*
<i>Il Giornale</i>	0.85*	0.09
<i>Il Manifesto</i>	0.39	0.39
<i>Il Mattino</i>	0.77*	0.70*
<i>Il Messaggero</i>	0.13	0.40
<i>L'Eco di Bergamo</i>	0.65*	0.81*
<i>La Repubblica</i>	0.71*	0.83*
<i>La Stampa</i>	0.64*	0.82*
<i>Libero</i>	0.49	0.71*

* p-value < 0,05

La maggior parte dei valori, sia per quanto riguarda il subcorpus *Esperti* che quello *No-Vax*, indicano correlazioni positive con le variazioni percentuali mensili del corpus generale. Tuttavia, contrariamente a quanto ci si potrebbe aspettare visti i risultati dell'analisi precedente, è il corpus degli *Esperti* a raccogliere maggiori correlazioni significative. Sono solo quattro, infatti, le testate che non raggiungono un livello di correlazione sufficiente. Per quanto riguarda il campione parziale di articoli sui *No-Vax* invece, sono sette i quotidiani che hanno correlazioni significative con il corpus *Generale*. Tutti, con l'eccezione de *Il Giornale* hanno correlazioni positive anche nel caso del subcorpus *Esperti*. Proseguendo nello specifico delle singole testate, i quotidiani generalisti *Corriere della Sera*, *la Repubblica* e *La Stampa* hanno correlazioni positive sia per quanto riguarda gli *Esperti* che per quanto riguarda i *No-Vax*, lo stesso accade per *Il Foglio* e per i quotidiani locali *il Mattino* e *L'eco di Bergamo*. Le correlazioni dei *No-Vax* raggiungono valori maggiori nel caso di *Corriere della Sera* ($\rho = 0,76$), *il Mattino* ($\rho = 0,77$) e soprattutto in quello del *Foglio* ($\rho = 0,90$). Quest'ultimo ha l'indice di correlazione più elevato di tutto il campione, l'unico che supera anche i valori della rilevazione precedente che considerava l'aggregato di tutti i quotidiani. In questo caso, valori così elevati suggeriscono profonde similitudini nel *Foglio* tra la curva degli articoli *No-Vax* e quella complessiva. Raggiungono invece numeri maggiori per quanto riguarda gli *Esperti*, *L'Eco di Bergamo*

($p=0,81$), *la Stampa* ($p=0,82$) e *la Repubblica* ($p=0,83$). Questi sono anche i valori di correlazione più elevati per quanto riguarda gli *Esperti*, nettamente superiori anche rispetto al dato aggregato. Infine, tra i quotidiani che hanno solo una delle due correlazioni significative, la maggioranza va in direzione degli *Esperti*: è il caso di *Avvenire* ($p=0,66$), di *Domani* ($p=0,66$) e di *Liberio* ($p=0,71$), mentre per il corpus *No-Vax* l'unico è il già discusso caso de *il Giornale*. Infine, gli unici due quotidiani per i quali non è stato possibile rintracciare correlazioni positive con i due subcorpora sono *il Fatto Quotidiano* e *il Manifesto*. In breve, i risultati di questa analisi suggeriscono che la maggior parte dei quotidiani risente sia della copertura dei pareri *Esperti* che di quella dei *No-Vax*, modificando i numeri della copertura generale in base alla maggiore o minore attenzione a questi temi. Sebbene il subcorpus *No-Vax* sia quello che nel dato aggregato ha raggiunto un indice di correlazione maggiore ($p=0,86$) è chiaro che entrambi i subcorpora hanno, nella maggior parte del campione, una relazione intensa con il corpus principale.

L'indice di correlazione, tuttavia, pur confermando l'esistenza di questa relazione, non permette di comprendere né la natura, né tantomeno se le analogie nelle variazioni percentuali mensili rivelino una causalità, cioè se e quale tra i due temi determina attivamente l'andamento dell'attenzione al tema vaccinazione. Per questo motivo l'ultimo passaggio di questo studio utilizza l'indice di causalità di Granger per testare la relazione tra queste tre serie temporali e stabilire se esiste un nesso di causalità tra i due corpus parziali *Esperti* e *No-Vax* e il corpus generale, inteso nel senso di verificare se l'andamento delle due serie temporali dei subcorpora possa prevedere quello del corpus generale. Come specificato nella sezione metodologica di questo paragrafo, per effettuare queste operazioni è stato necessario rendere stazionarie le serie temporali per poi calcolare il ritardo ottimale dei subcorpora rispetto al corpus principale. Il ritardo ottimale, calcolato con metodo Akaike (AIC), consente di determinare quanti valori passati (in questo caso i mesi in cui sono distribuiti gli articoli) di ciascuna variabile devono essere inclusi nel modello per rappresentare adeguatamente le dinamiche e le interazioni tra le serie temporali. Per entrambi i subcorpora il risultato di questo calcolo è pari a 1 mese ($\text{lag}=1$). Questo passaggio è necessario perché nel contesto dell'analisi dell'indice di causalità, le relazioni tra le serie temporali potrebbero manifestarsi solo dopo un certo periodo, o meglio l'influenza di una variabile potrebbe avere effetti ritardati su un'altra. Una volta costruito il modello VAR (Vector Autoregression)⁵ è stato possibile applicare l'indice di

⁵ Costruire un modello VAR (Vector Autoregression) è una metodologia utile per studiare le interazioni tra variabili nel tempo, cioè per individuare eventuali relazioni di causalità temporale (ad esempio, se un aumento degli articoli dei due subcorpora anticipa un aumento del

causalità di Granger, che consente di verificare se i valori passati di una variabile (il numero di articoli dedicati a *Esperti* e *No-Vax* in un mese) forniscono informazioni utili per prevedere un'altra variabile. In sostanza, se l'andamento mensile degli articoli dei due subcorpora condiziona il numero complessivo di articoli.

Le analisi mostrano risultati interessanti che aggiungono ulteriori elementi di valore per approfondire le dinamiche della copertura mediale della campagna vaccinale da parte dei quotidiani.

I risultati del test di Granger mostrano che la distribuzione mensile degli articoli dedicati agli *Esperti* non influenza in maniera significativa l'andamento futuro del corpus generale⁶. Il valore di p-value superiore a 0,05 implica che il risultato non è significativo e che quindi l'ipotesi nulla non può essere rifiutata. Inoltre, il valore relativamente basso dell'*F-Test*⁷ suggerisce che i numeri mensili degli *Esperti* spiegano una quantità minima della varianza nel totale degli articoli. In termini più concreti, il modello non mostra una relazione significativa tra i valori passati del subcorpus *Esperti* e i cambiamenti futuri nel campione complessivo di articoli. Questo può implicare che il discorso sugli *Esperti* abbia un ruolo meno diretto o immediato nella modulazione della narrativa dei quotidiani sulla campagna vaccinale. Ciò avviene nonostante la correlazione positiva tra le variazioni mensili percentuali e potrebbe essere dovuto a una serie di fattori differenti: gli articoli dedicati agli *Esperti* potrebbero essere un elemento più stabile nel corpus complessivo, avere cioè un andamento più prevedibile su base mensile, che influenza meno l'andamento del volume totale di articoli, che invece è abbastanza variabile; oppure potrebbe riflettere il fatto che la copertura generale sia influenzata maggiormente da altri temi o fattori maggiormente polarizzanti.

Questa seconda ipotesi trova maggiore robustezza guardando ai risultati del test di Granger per il subcorpus *No-Vax*.

Contrariamente a quanto accaduto con gli articoli sugli *Esperti*, i dati presentati mostrano infatti che l'andamento mensile dell'attenzione ai *No-Vax* ha un'influenza significativa sul totale degli articoli dedicati alla campagna vaccinale⁸. Il valore di p-value inferiore allo 0,05 indica che i risultati sono

totale degli articoli, con ritardo di un mese in questo caso). In questo contesto è un'operazione funzionale al successivo test di causalità di Granger.

⁶ Indice di causalità di Granger tra subcorpus *Esperti* e corpus totale quotidiani. Null Hypothesis: Granger causality H0: *Esperti_Articoli* does not Granger-cause *Totale_Articoli*; F Statistics= 0.74576; P-Value= 0.4006.

⁷ L'*F* Test rappresenta una misura della varianza spiegata dai valori passati di una variabile indipendente (*Esperti_Articoli*) rispetto alla varianza non spiegata (*Totale_Articoli*).

⁸ Indice di causalità di Granger tra subcorpus *No-Vax* e corpus totale quotidiani. Null Hypothesis: Granger causality H0: *NoVax_Articoli* does not Granger-cause *Totale_Articoli*; F Statistics = 5.9871; P-Value = 0.02634.

significativi e che l'ipotesi nulla può essere rifiutata. L'effetto causale osservato è quindi statisticamente significativo. Anche il valore dell'F-Test, decisamente più elevato rispetto al precedente, suggerisce che la curva di *No-Vax* ha una significativa influenza temporale su quella del totale degli articoli. In altre parole, l'aumento degli articoli "No-Vax" in un determinato mese sembra influenzare il numero complessivo di articoli pubblicati nel mese successivo. Questo risultato implica che la copertura mediatica sui no-vax contribuisce alla variabilità complessiva della narrativa mediatica sulla campagna vaccinale, e che gli effetti sono visibili a un mese di distanza. Sommato al risultato estremamente positivo della correlazione tra le variazioni mensili poi supporta ulteriormente l'importanza del dibattito sui *No-Vax* nel modellare e stimolare l'attenzione dei quotidiani alla campagna vaccinale. Un'influenza che riflette probabilmente le dinamiche polarizzanti legate a questo argomento e che ha un impatto visibile e forte sulle strategie redazionali dei quotidiani. In sintesi, i dibattiti, le polemiche, le tensioni e le manifestazioni dei *No-Vax* generano un'attenzione mediatica capace di trainare la pubblicazione di contenuti sulla campagna vaccinale, cosa che, al contrario, non avviene nel caso degli articoli dedicati agli *Esperti*.

Va specificato, in conclusione di questa rassegna, che la causalità di Granger non misura la causalità diretta ma piuttosto la capacità di una serie di prevedere un'altra con un certo ritardo nel tempo. Questi risultati, dunque, per quanto interessanti e importanti, vanno interpretati tenendo conto del più ampio contesto nel quale prendono forma. Fattori come la linea editoriale e politica dei quotidiani selezionati, l'efficacia strategica di contenuti e temi polarizzanti, l'andamento dei contagi, oltre che della campagna vaccinale, dinamiche politiche, sociali, economiche e sanitarie potrebbero aver esercitato un'influenza determinante, che non è possibile considerare in questo tipo di analisi. Ciò che è certo però è che, nonostante un numero di articoli inferiore rispetto a quello degli *Esperti*, la copertura delle vicende dei *No-Vax* esercita una più intensa influenza capace di influenzare, almeno quantitativamente, la copertura generale della campagna vaccinale nel 2021.

7.6. Le conseguenze inattese dell'infodemia. Quando i media danno voce al rumore

Se un tempo la stampa veniva rappresentata come un presidio di verità e rigore, nell'epoca pandemica è emersa con forza una nuova dinamica comunicativa: la sovrabbondanza informativa. Il fenomeno dell'infodemia – inteso come la circolazione accelerata e incontrollata di notizie, spesso imprecise, contraddittorie o prive di adeguata verifica – ha accompagnato l'emer-

genza sanitaria sin dai suoi esordi. A una velocità comparabile a quella del virus, questa massa di contenuti ha attraversato media tradizionali e social network, contribuendo ad alimentare incertezza cognitiva, paure collettive e fenomeni di disorientamento sociale.

Riavvolgiamo il nastro del nostro racconto e ripartiamo da qui.

Inattesa per le Istituzioni quanto per la popolazione e l'opinione pubblica, la pandemia ha fatto irruzione nelle nostre vite stravolgendo agende, routine, tempi e modi di vita. Costringendoci a riorganizzare l'ordine delle nostre priorità e a ricalibrare le nostre prospettive di futuro, opacizzate dall'incalzare dell'infodemia resa ancora più pervasiva da un contesto in cui l'autocomunicazione di massa (Castells, 2009) permette agli individui di produrre, selezionare e diffondere contenuti comunicativi di potenziale risonanza globale in maniera totalmente disintermediata.

Come si è detto, l'infodemia mina i processi di costruzione dell'opinione pubblica, genera confusione e sfiducia nelle istituzioni e pone gli individui di fronte all'incapacità di riconoscere le fonti informative affidabili, in un contesto fortemente caratterizzato da una moltitudine di opinioni in contrasto tra loro. Ciò comporta una moltiplicazione dei cosiddetti regimi di verità, dove informazioni fattuali sono oggetto di una reinterpretazione in chiave ideologico-strumentale che contribuisce alla disgregazione del sapere condiviso e che genera meccanismi di polarizzazione e sfiducia (Waisbord, 2018).

In questo scenario, i media tradizionali tendono a perdere la loro autorità epistemica; dal canto loro, gli individui, incapaci di distinguere tra fonti di scienza e pseudoscienza (Pellizzoni, 2021), propendono per contenuti che spiccano in virtù della loro viralità e della loro capacità di *engagement*. Contenuti prevalentemente fruiti attraverso canali comunicativi non istituzionali, *social*, che hanno come effetto quello di incidere sugli stili di vita delle persone.

Nel pieno della campagna vaccinale, il rapporto tra informazione, conoscenza e fiducia nella scienza ha assunto un'importanza cruciale, orientando le scelte sanitarie dei cittadini e operando una netta distinzione nella popolazione: da un lato chi, forte di un'elevata conoscenza della pandemia acquisita attraverso fonti istituzionali verificate e media tradizionali, ha un'alta fiducia nella scienza e dunque nei vaccini; dall'altro chi, vittima dell'*information overload* – ed eccessivamente sovraesposto ai *social network* – manifesta una maggiore difficoltà a riconoscere l'attendibilità delle fonti e tende a una minore fiducia nella scienza e, dunque, anche ad atteggiamenti più sospettosi rispetto ai vaccini (Valeriani, Iannelli, Pavan, Serani, 2021).

In questa prospettiva, il contesto sociale appare determinante: l'accesso all'informazione, la collocazione all'interno dell'ecosistema comunicativo e la capacità cognitiva degli individui giocano un ruolo cruciale nell'orientare

la fiducia dei cittadini verso la scienza. Laddove c'è una minore capacità di elaborazione è più probabile che ci sia un terreno fertile per il radicarsi di narrazioni alternative e antiscientifiche che rifiutano le fonti istituzionali

Corretta, fuorviante o distorta che fosse, per il 65% degli italiani l'informazione sul virus e sulla pandemia ha spaventato la popolazione, non rendendola consapevole. Percentuale che arriva al 72,5% tra gli over 65 e al 79,7% tra chi ha un più basso livello di scolarizzazione (massimo licenza media) e dunque una più contenuta capacità di interpretazione (Ital Communications, Censis, 2021). Durante la pandemia la popolazione italiana ha optato per un'informazione "disimpegnata" dove, posto l'inscalfibile primato della televisione (coi telegiornali che sono la fonte informativa primaria per il 60% della popolazione), è Facebook il secondo canale d'informazione preferito (20% circa); seguono altre risorse online in grado di garantire un'informazione altrettanto *fast* (*ibidem*). Quella descritta è un'Italia che rifugge la complessità di un'informazione più approfondita, che a una lettura più accurata dei fenomeni preferisce l'immediatezza della fruizione dei contenuti.

La lettura dei quotidiani – online (12,5%) e cartacei (11,7%) (*ibidem*) – sembra sempre più assumere i connotati di un'attività di nicchia, riservata alle fasce più adulte della popolazione. Ed è da questa angolazione, quella di un'informazione riservata a una sparuta minoranza di lettori che si barcamenano nell'infodemia, che va interpretato quanto detto nelle pagine precedenti.

L'analisi condotta sulla copertura mediatica della campagna vaccinale anti-Covid-19 da parte dei principali quotidiani italiani, ha restituito un quadro ricco e stratificato, nel quale emergono con chiarezza alcune tendenze strutturali della comunicazione pubblica in un quadro emergenziale, che assume le fattezze di un vero e proprio strumento di governo della crisi.

Pur in un contesto di incertezza, almeno sulla carta, si tratta di una comunicazione che contribuisce a: veicolare informazioni corrette e tempestive; costruire la fiducia necessaria per l'adesione collettiva alle misure di gestione dell'emergenza; orientare i comportamenti e a contrastare la disinformazione, rafforzando la legittimazione delle istituzioni.

Ma è davvero andata così?

Guardando a quanto emerso dalla nostra analisi, con particolare attenzione all'articolazione temporale e tematica del discorso giornalistico, nonché alla contrapposizione tra esperti e posizioni No-Vax, è possibile avanzare alcune riflessioni che nel racconto pubblico della pandemia toccano i nodi del rapporto tra sapere scientifico, media e opinione pubblica (Cfr. anche l'ultimo capitolo di questo volume).

La narrazione proposta dai quotidiani si è sviluppata lungo una sequenza riconoscibile, che ha seguito – con un certo grado di sincronizzazione tra

testate – le fasi della pandemia e della risposta istituzionale. Nel primo quadrimestre, la stampa ha perlopiù assunto il ruolo di mediatore informativo tra scienza e cittadinanza, riportando con toni relativamente neutrali gli sviluppi logistici, clinici e istituzionali legati all’avvio della campagna vaccinale. In questa fase, il *frame* dominante è stato quello della mobilitazione razionale: la fiducia nella scienza e nello Stato è rafforzata da una rappresentazione orientata alla gestione, all’implementazione e al superamento dell’emergenza. Tuttavia, con il procedere dell’anno, si è assistito a una crescente polarizzazione narrativa, catalizzata dalla comparsa di tensioni sociali legate all’obbligatorietà del vaccino e all’introduzione del Green Pass.

Le posizioni antiscientifiche, inizialmente marginali, hanno così assunto visibilità mediatica crescente, raggiungendo il culmine nei mesi estivi e autunnali, in concomitanza con le manifestazioni pubbliche e gli episodi di conflitto. L’analisi lessicometrica e delle serie temporali dimostrano che, in questa seconda fase, i No-Vax sono diventati i protagonisti di un discorso mediatico in cui l’emergenza sanitaria si è intrecciata con la crisi di fiducia verso le istituzioni.

È qui che la nostra interpretazione trova un punto di svolta: la centralità comunicativa non coincide più con l’autorevolezza epistemica. Gli esperti, pur restando quantitativamente più presenti, perdono il potere di orientare l’agenda pubblica. Al contrario, le narrazioni conflittuali e devianti – come quelle No-Vax – dimostrano un’elevata capacità di attrazione discorsiva, in grado di condizionare l’intera copertura del tema, come dimostrato dall’esito positivo del test di causalità di Granger. In questa prospettiva si può parlare di uno slittamento del capitale simbolico all’interno del campo giornalistico: la notiziabilità si costruisce sempre più sulla base della tensione, del disaccordo, della spettacolarizzazione (Bourdieu, 2005a). Elemento che suggerisce come il racconto dei quotidiani non sia né univoco, né lineare, ma piuttosto eteronomo rispetto a dinamiche esterne al giornalismo stesso, come la conflittualità sociale, la pressione dell’audience, e l’isomorfismo politico-mediatico. La stampa, anche quella generalista e autorevole, partecipa così a un regime ibrido di produzione discorsiva, in cui la logica informativa convive (e talvolta soccombe) a quella performativa e narrativa (van Dijk, Poell e de Waal, 2018).

I quotidiani parlano di Covid come di un campo di battaglia simbolico, talvolta ricorrendo alla metafora bellica, mutuandone anche la terminologia, colpendo in maniera immediata l’immaginario collettivo ed esercitando una funzione persuasoria (Battistelli, 2025); un campo in cui l’autorità scientifica compete con la visibilità dei soggetti antagonisti e dove la crisi sanitaria diventa anche crisi della mediazione. Il sapere esperto, lungi dall’essere silenziato, viene ricodificato in forme editoriali che lo spogliano della sua complessità, mentre le contro-narrazioni guadagnano spazio in virtù della loro

capacità di generare attenzione, emozione, e divisione. La stampa non è solo testimone, ma parte attiva di un processo di negoziazione pubblica della verità, che riflette le ambivalenze della società post-pandemica e dell'ecosistema mediale contemporaneo. In questo contesto, la fiducia nel sapere scientifico non dipende più solo dalla competenza, ma anche dalla capacità degli esperti di essere visibili, credibili e autentici nel discorso pubblico (Giddens, 1990; Pizzorno, 2008; Rubin, 2020).

Nel corso della pandemia la narrazione giornalistica si è dunque distanziata progressivamente dal sapere tecnico e istituzionale, alla rappresentazione del conflitto, evidenziando che in un ecosistema comunicativo orientato alla spettacolarizzazione, la logica della notiziabilità ha prevalso su quella dell'autorevolezza epistemica.

In altri termini, se il sapere scientifico ha rappresentato la fonte principale di orientamento istituzionale, è stata tuttavia la presenza di voci dissonanti a catalizzare l'attenzione mediatica. Questo fenomeno va letto all'interno della più ampia dinamica dell'infodemia, in cui la visibilità pubblica non è necessariamente proporzionale all'autorevolezza delle fonti, ma spesso determinata dalla capacità di generare polarizzazione e clamore.

Riferimenti bibliografici

- Battistelli, F. (2025). Metafore rischiose: la pandemia come guerra (o la guerra come pandemia?). *Sociologia e ricerca sociale*, 134/2024, pp 5-20, DOI: 10.3280/SR2024-134001.
- Bentivegna, S., Boccia Artieri, G. (2019). *Niente di nuovo sul fronte mediale. Agenda pubblica e campagna elettorale*, Milano: FrancoAngeli.
- Binotto, M., Nobile, S., Rega, R. (2020). Effetto Macerata. Dinamiche intermediali e agenda delle Politiche 2018 tra social e legacy media. *Problemi dell'informazione*, 1, 87-114. doi: 10.1445/96448.
- Bourdieu, P. (2005a). *Sur la télévision*. Paris: Raisons d'agir.
- Bourdieu, P. (2005b). The political field, the social science field, and the journalistic field, in R. Benson, E. Nevey (eds.), *Bourdieu and the journalistic field*. Cambridge: Polity Press, pp. 29-47.
- Campus, D., Saracino, B. (2022). Gli esperti durante la pandemia: nuove celebrities?. *Comunicazione Politica*, 3, 355-380. doi: 10.3270/105429.
- Cannavò, L. (1995). *La scienza in Tv. Dalla divulgazione alla comunicazione scientifica*. Roma: ERI.
- Carotenuto, G. (2009). *Giornalismo partecipativo. Storia critica dell'informazione al tempo di Internet*. Modena: Nuovi Mondi.
- Castells, M. (2009). *Comunicazione e potere*. Milano: Università Bocconi Editore.
- Chadwick, A. (2013). *The Hybrid Media System: Politics and Power*. Oxford: Oxford University Press.

- Cole, J. R., Cole, S. (1973). *Social Stratification in Science*. University of Chicago Press, XIV-284. doi: 10.1119/1.1987897
- Collins H. M., Evans R. (2002), The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experiences, *Social Studies of Science*, 17(4), 689-713. doi: 10.1177/0306312702032002003
- Di Lisio, M., Puziano, G. (2023). Vaccino covid-19, super green pass e profili emergenti: un mosaico a incastri tra pro-vax, free-vax e no-vax. *Sociologia e ricerca sociale*, 132, 104-126. doi: 10.3280/SR2023-132005.
- Gamson, W. A., Modigliani, A. (1989). Media Discourse and Public Opinion on Nuclear Power: a Constructionist Approach. *American Journal of Sociology*, 95(1), 1-37. doi: 10.1086/229213.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Gobo, G., Sena, B. (2019). Oltre la polarizzazione “pro-vax” versus “no-vax”. Atteggiamenti e motivazioni nel dibattito italiano sulle vaccinazioni. *Salute e Società*, XVIII, 2, 176-190.
- Ital Communications, Censis (2021). Disinformazione e fake news durante la pandemia: il ruolo delle agenzie di comunicazione.
- Livingstone, S., Lunt, P. (1994). *Talk on Television. Audience Participation and Public Debate*, London - New York: Routledge.
- Marini, R., Gerli M. (2023). Giornalismo e immigrazione nei crocevia delle crisi. *Problemi dell'informazione*, 3, 393-424. doi: 10.1445/109255.
- McCombs, M., Shaw, D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *The Public Opinion Quarterly*, 32(2), 176-187.
- Noelle-Neumann, E. (1974). The spiral of silence: a theory of public opinion. *Journal of Communication*, 24, 143-158.
- OMS (2020). *13° rapporto sul «nuovo coronavirus»*, disponibile al link <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/2020>.
- Ortiz-Sánchez, E., Velando-Soriano, A., Pradas-Hernández, L. Vargas-Román, K., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García L. (2020), Analysis of the Anti-Vaccine Movement in Social Networks: A Systematic Review, *Public Health*, 17, 5394. doi: 10.3390/ijerph1715539.
- Peters H. P. (2008), Scientists as Public Experts, in M. Bucchi, B. Trench (eds.), *Handbook of Public Communication of Science and Technology*. London - New York: Routledge, pp. 70-82.
- Phillips D. M. (1991), Importance of the Lay Press in the Trasmission of Medical Knowledge to the Scientific Community, *New England Journal of Medicine*, October 11, 1180-1183.
- Pellizzoni, L. (2021). Pseudoscienza, post-verità, governo del disordine. L'esitazione vaccinale nel XXI secolo, in L. Pellizzoni, R. Biancheri (a cura di), *Scienza in discussione?* Milano: FrancoAngeli.
- Pizzorno, A. (2008). *Sulla maschera*. Bologna: il Mulino.
- Rothkopf, D. J. (2003). SARS Also Spurs an “Information Epidemic”. *The Washington Post*, May 14.

- Rubin, A. (2020). Fiducia, reputazione sociale e visibilità degli esperti. Il caso studio della Notte dei Ricercatori. *Quaderni di Sociologia*, 82, 25-42, doi: 10.4000/qds.3666.
- Ruggiero, C. (a cura di) (2021). *Il virus nell'informazione. I telegiornali italiani nell'anno della pandemia*. Milano: FrancoAngeli.
- Ruggiero, C., Bomba, M. (2023). Rappresentazioni mediali e discorsive delle situazioni di crisi: il coverage della pandemia di covid-19 e della crisi russo-ucraina nei telegiornali della sera e nella stampa mainstream, in C. Ruggiero (a cura di). *Guerra e informazione. Lo scoppio della guerra in Ucraina tra stampa e TV: un'indagine CoRiS Sapienza - Eurispes - Fondazione Murialdi*, Roma: All Around, pp. 51-79.
- Ruggiero C., Lombardo C. (a cura di) (2023). *Il linguaggio della scienza "vs" il linguaggio della politica. Dinamiche di costruzione e rappresentazione della prima fase emergenziale della pandemia covid-19 nei talk show italiani*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli.
- Tipaldo G. (2019). *La società della pseudoscienza. Orientarsi tra buone e cattive spiegazioni*. Bologna: il Mulino.
- Valeriani, A., Iannelli, L., Pavan, E., Serani, D. (2021). Chi si fida del vaccino anti-covid? Infodemia, percezione di information overload sui social media e polarizzazione ideologica. *Comunicazione Politica, Quadrimestrale dell'Associazione Italiana di Comunicazione Politica*, 3/2021, 437-458.
- van Dijk J., Poell, T., de Waal, M. (2018). *The Platform Society: Public Values in a Connective World*. Oxford: Oxford University Press. Trad. it. *Platform Society. Valori pubblici e società connessa*. Guerini: Milano, 2019.
- Waisbord, S. (2018). Truth is what happens to news: On journalism, fake news, and post-truth. *Journalism Studies*, 19(13), 1866-1878.
- Whitley R. D. (1984). *The Intellectual and Social Organization of the Sciences*. New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/oso/9780199240531.001.0001.

8. Governance pandemica e produzione della verità: le voci dei protagonisti

di *Stefano Nobile*

8.1. Dentro la campagna vaccinale: materiali per una lettura sociologica

Nel maggio 2025, mentre le pagine di questo volume si approssimavano alla chiusura, l'Assemblea mondiale della sanità ha deliberato l'adozione del trattato pandemico globale dell'OMS con 124 voti favorevoli, nessuno contrario e 11 astensioni dalle delegazioni degli Stati membri. Tra gli astenuti, in compagnia di Paesi noti per la capacità di trovarsi sempre al passo con i tempi (Polonia, Israele, Russia, Slovacchia, Iran...) e per la sensibilità che, consuetudinariamente, dimostrano nei confronti dei propri cittadini, c'è anche il governo guidato da Giorgia Meloni. Così, se da un lato l'accordo rappresenta una vittoria per la salute pubblica e una speranza per un futuro che ci possa trovare tutti meno impreparati, dall'altro c'è sempre qualche ultracrepidario di turno – come il Ministro della Salute in carica, Orazio Schillaci – che si attarda a richiamare il «rispetto della necessaria sovranità nazionale» (verbatim). Peccato che gli articoli 3 e 22 del trattato OMS chiariscono: nessun potere all'OMS su leggi, vaccini o lockdown. Ma per il governo italiano, ostaggio di una radicata fronda antiscientifica, anche la parola “coordinamento” suona come una minaccia alla tanto sbandierata sovranità e forse non considera che i virus non sono granché sensibili ai confini nazionali. Dunque, in chiusura di questo lavoro collettivo, c'è da domandarsi quali lezioni l'Italia abbia appreso (poche, sembra) dalla pandemia e cosa potremmo aspettarci per il futuro. Per rispondere, bisogna innanzitutto considerare che in Italia la campagna vaccinale non solo ha costituito il principale strumento di risposta sanitaria, ma anche un campo privilegiato di osservazione per comprendere come si costruiscono, si legittimano e si contestano le decisioni pubbliche in una condizione di incertezza radicale. Pertanto, in queste pagine conclusive viene proposta un'analisi sociologica dell'organizzazione della campagna

vaccinale come dispositivo di coproduzione tra sapere scientifico, potere politico e comunicazione pubblica e di come questo intreccio potrebbe servire ad azzardare qualche ipotesi di vaticinio e a tirare le somme sulle lezioni che i Governi (in carica e quelli futuri) dovrebbero seriamente considerare. Il materiale sul quale poggia l'analisi deriva da interviste¹ condotte con alcune delle voci più autorevoli che si sono distinte durante la pandemia: Francesco Rocca, Alessio D'Amato e Andrea Crisanti. A questo materiale empirico va aggiunto un focus group realizzato con diverse figure professionali² e alcuni materiali inediti che chi scrive ha ricevuto dall'allora Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, dott. Domenico Arcuri. Si tratta, nel complesso, di un materiale ponderoso, che nelle pagine che seguono sarà utilizzato a partire dagli snodi tematici che lo caratterizzano nel suo complesso e che, non di rado, ricalcano le tracce d'intervista e il focus group, assemblando tecniche di analisi dei dati qualitativi che radunano, appunto, interviste semistruzzate, focus group e documenti di vario ordine.

Il materiale empirico raccolto aveva lo scopo di ricostruire il mosaico di almeno una parte delle posizioni espresse durante la gestione della pandemia e della campagna vaccinale. In questo senso, il focus group si è posto come momento di discussione collettiva tra medici, divulgatori scientifici, responsabili dell'organizzazione della campagna vaccinale e operatori a vario li-

¹ Sono stati intervistati Francesco Rocca (da Melissa Mongiardo), all'epoca dell'emergenza pandemica presidente nazionale di Croce Rossa Italiana e attualmente Presidente della Regione Lazio; Andrea Crisanti (da Mauro Bomba), professore ordinario all'Università di Padova e divulgatore scientifico e Alessio D'Amato (da Melissa Mongiardo e Stefano Nobile), assessore alla Sanità della Regione Lazio all'epoca della pandemia. Una delegazione dell'équipe di ricerca ha potuto conferire di persona con Domenico Arcuri, che però non ha concesso l'intervista che era stata predisposta, ma ci ha fornito, brevi manu, la già menzionata (cfr. Cap. 1) Relazione alla Presidenza del Consiglio dei ministri. Infine, il Generale Figliuolo ci ha concesso una Memoria scritta, relativa alla sua esperienza della gestione commissariale.

² I partecipanti al focus group, che è stato condotto dalla prof.ssa Patrizia Laurano dell'università de L'Aquila (coadiuvata da Melissa Mongiardo), sono stati Alessio D'Amato (assessore alla Sanità e all'integrazione sociosanitaria della Regione Lazio), Andrea Capocci (giornalista de *Il Manifesto* nonché fisico), Andrea Casadio (ex ricercatore e docente di neuroscienze alla Columbia University di New York, poi giornalista per Santoro, Gabanelli e attualmente regista e autore di serie e di film nonché editorialista per il quotidiano *Il domani*), Michele Mezza (ex giornalista, docente alla Federico II di Napoli di Epidemiologia Sociale, Algoritmi e Big Data, autore di un libro scritto a quattro mani con l'infettivologo Andrea Crisanti: *Caccia al virus*; Donzelli, Roma, 2021), Pier Luigi Bartoletti (responsabile generale attività delle USCAR – Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale e vicepresidente FIMMG – Federazione Nazionale Medici di Medicina Generale) e Vittoria Stigliano (dirigente Medico nel reparto di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva presso IFO – Istituto Nazionale Tumori Regina Elena di Roma).

vello. Lo scopo era proprio quello, canonicamente usato nel focus group (Corrao, 2000; Cataldi, 2009; Decataldo, 2024), di alimentare un dibattito osservabile da diversi punti di vista. Le interviste e la raccolta del materiale documentario (che, oltre alla relazione presentata da Arcuri alla Presidenza del Consiglio dei ministri, contempla anche la “memoria” del generale Figliuolo) hanno svolto un ruolo complementare, pur rimanendo nel novero di una dimensione qualitativa che, a sua volta, va a completare le analisi basate su dati ufficiali e presentate nei capitoli precedenti.

L’obiettivo di questo capitolo è dunque quello di esplorare le tensioni tra scienza, politica e comunicazione, proponendo una lettura in chiave sociologica della produzione di “verità”, della costruzione del consenso e della gestione del rischio in contesto pandemico proprio facendo leva – a titolo probatorio – sul materiale empirico raccolto, opportunamente filtrato attraverso possibili categorie interpretative. Il concetto di “coproduzione” è adottato per interpretare le dinamiche tra sapere esperto e decisione politica, mentre la fiducia collettiva è considerata come esito (e condizione) dell’efficacia delle politiche pubbliche.

È infatti più che evidente che nel corso della pandemia di Covid-19, la scienza è tornata a occupare una posizione centrale nello spazio pubblico, ma in una forma ambivalente e spesso contestata. Se da un lato il sapere scientifico è stato invocato come fondamento delle decisioni politiche (vedi, a titolo di esempio, il ruolo giocato dal Comitato Tecnico-Scientifico), seppur con le sue contraddizioni interne), dall’altro è emersa una diffusa esitazione, quando non un aperto scetticismo, nei confronti delle sue applicazioni pratiche, in particolare nella sfera sanitaria. La questione vaccinale rappresenta il caso emblematico di questa tensione, dove si intrecciano problemi di governance, autorità epistemica, libertà individuale e fiducia collettiva.

8.2. Comunicazione, fiducia e costruzione del consenso

Le dispute più accese all’interno dell’opinione pubblica, non a caso, sono emerse in occasione dell’imposizione del Green Pass. Se dovessimo cercare un punto di convergenza tra dibattito all’interno dell’opinione pubblica, decisioni politiche e sapere scientifico, il Green Pass costituirebbe la cartina di tornasole per osservare – attraverso il prisma della pandemia – le dinamiche relazionali tra questi tre poli. La data del 6 agosto 2021, sotto la presidenza del consiglio guidata da Mario Draghi, è stata letta dall’opinione pubblica ora come misura liberticida, ora come grande sforzo collettivo da mettere in pratica a beneficio della salute pubblica. Le tensioni emerse attorno al Green Pass riflettono un più generale processo di erosione dell’autorità degli esperti, un

fenomeno descritto da Nichols (2017, p. 56) come un “declino della deferenza” verso il sapere tecnico (cfr. Cap. 7). La democratizzazione dell’informazione, amplificata dai social media, ha contribuito a un livellamento delle competenze percepite, dove l’opinione dell’esperto appare, agli occhi di una parte significativa dell’opinione pubblica, non più rilevante di quella di un comune cittadino. Questo processo non solo complica la comunicazione pubblica della scienza, ma alimenta una crisi di legittimazione che, nel caso del Green Pass, si è tradotta nella retorica binaria del dibattito tra “pro” e “anti-vax”, riducendo la complessità del fenomeno a una scelta identitaria piuttosto che a una valutazione di rischio informata. La polarizzazione del dibattito ha così finito per oscurare le motivazioni sottese all’esitazione vaccinale, sulla quale, nell’ultimo lustro, è stata prodotta una letteratura scientifica più che consistente. Tale esitazione non riguarda solo la razionalità dei soggetti, ma investe il rapporto fiduciario tra istituzioni, esperti e cittadini, nonché le modalità attraverso cui si produce e si comunica la conoscenza scientifica. La lettura da prospettive diverse dell’esitazione vaccinale la si trova, per esempio, nelle dichiarazioni di Crisanti e in quelle di Casadio. Per il primo,

il punto di debolezza è stata la comunicazione. Cioè è stato questo approccio di confronto con i no vax. Secondo me bastava ignorarli e basta. Lo dico sinceramente: bastava riconoscere che questa percentuale è un elemento fisiologico a qualsiasi campagna vaccinale. [...] Allora ecco, forse se c’è stato magari un errore nella comunicazione: non prendere atto che ci sono persone che hanno paura e che magari sono ansiose il che non ha nulla a che vedere con una posizione di pregiudizio nei confronti della vaccinazione e forse con queste persone andava aperto, magari un dialogo, no? Invece che regalarle al fronte no vax così, polarizzando questa dinamica.

Nelle prime parole di Crisanti sembra quasi di scorgere la nozione durkheimiana di “fatto sociale patologico”, che il sociologo francese vedeva come elemento inevitabile e persino come potenziale vettore – per contrasto – di un rafforzamento dei valori collettivi (Durkheim, 1895; trad. it. 1996, pp. 23-32).

Al contrario, Andrea Casadio interpreta la dinamica in chiave emotiva. Per l’editorialista de *Il domani*,

la campagna vaccinale è stata condotta benissimo, ma gli italiani hanno risposto all’inizio spinti da motivazioni irrazionali. Avevamo tutti una fottuta paura di morire.

In questo senso, la paura collettiva avrebbe agito da collante sociale, facilitando l’adesione, ma anche oscurando il dibattito razionale. Passato il momento più critico – quello coincidente con le immagini provenienti da Bergamo, con i camion che trasportavano le bare – e arrivato il momento in cui

tutti abbiamo tirato il fiato grazie all'arrivo dei primi vaccini, il dibattito si è infittito. Per una parte dei commentatori, l'avversione ai vaccini era imputabile a un deficit cognitivo – secondo cui il rifiuto della scienza deriverebbe da ignoranza o scarsa informazione – a cui numerosi autori oppongono una visione alternativa, ispirata a un paradigma dialogico (Irwin, 1995; Felt e Wynne, 2007). In tale prospettiva, la fiducia nella scienza è un costrutto relazionale, che emerge da pratiche di riconoscimento reciproco, trasparenza e responsabilità. Durante la pandemia, la fiducia è stata messa alla prova da decisioni scientifiche percepite come incoerenti, da comunicazioni contraddittorie e da una sovraesposizione mediatica degli esperti.

Come suggerisce Pellizzoni (2021), il problema non è da ravvisarsi tanto nella verità dei contenuti, quanto nella fiducia nei produttori e mediatori della verità. La credibilità dell'esperto non si misura solo in base alla correttezza delle sue affermazioni, ma alla sua capacità di rappresentare un sapere responsabile, pronto a dichiarare pubblicamente le proprie incertezze e a confrontarsi con il dissenso. Non è dunque un caso che la comunicazione della scienza abbia assunto durante la pandemia una visibilità senza precedenti. Questo processo di esposizione mediatica, tuttavia, ha portato alla luce una dinamica ben conosciuta nel dibattito accademico, il cosiddetto *Effetto Sagan*. Il termine, coniato in riferimento al celebre astronomo e divulgatore scientifico Carl Sagan, indica il pregiudizio per cui gli scienziati che si dedicano alla divulgazione pubblica sono considerati meno autorevoli o meno rigorosi rispetto ai loro colleghi che operano esclusivamente nel contesto accademico (Martinez-Conde, 2016). Durante la pandemia, figure come Roberto Burioni, Andrea Crisanti, Matteo Bassetti, Fabrizio Pregliasco e Giovanni Rezza sono diventate volti noti del dibattito pubblico, suscitando reazioni contrastanti: da un lato l'apprezzamento per l'impegno divulgativo, dall'altro un sospetto verso la loro autorevolezza scientifica, alimentato da una visibilità mediatica senza precedenti. Questo riflesso dell'Effetto Sagan ha messo in evidenza le tensioni tra comunicazione pubblica della scienza e credibilità accademica, in un contesto dove l'accesso diretto al pubblico non sempre si traduce in un rafforzamento della fiducia collettiva. D'altro canto, questo processo ha comportato effetti ambivalenti. Da un lato ha favorito la circolazione del sapere; dall'altro ha esposto la scienza alle stesse logiche di polarizzazione e spettacolarizzazione tipiche dello spazio pubblico contemporaneo (Bucchi, 2002). A questo proposito, nel corso del focus group, Michele Mezza ha criticato l'"acquisto" simbolico degli scienziati da parte di politici e media:

Ognuno si è comprato uno scienziato e lo ha sventolato... vedere lo stesso scienziato tre volte allo stesso talk mostra che quello non è più uno scienziato ma una parte del talk.

La trasformazione dell'esperto in influencer ha reso più fragile il confine tra autorità scientifica e rappresentazione pubblica. Questa metamorfosi dell'autorevolezza del sapere esperto è facilmente riconducibile alla "mediatizzazione della scienza" (Bucchi, 2002, pp. 133-152), secondo cui l'esperto non si limita a informare, ma partecipa al gioco simbolico della costruzione di consenso.

La comunicazione è stata anche un campo di tensione tra istituzioni centrali e regionali. Alessio D'Amato ha rivendicato l'impegno della Regione Lazio nella trasparenza comunicativa, nonostante le difficoltà di coordinamento nazionale. Ecco le sue parole:

Abbiamo lavorato sostanzialmente sulla trasparenza: venivano dati giornalmente i bollettini e le indicazioni su quello che avveniva. Questa è stata la prima pandemia gestita ai tempi dei social, per cui sono state molto importanti la trasparenza della comunicazione e l'autorevolezza della fonte, perché sui social si ha la velocità, che è sicuramente un fattore pro, però ci sono anche tanti fattori contro: pregiudizialmente, i no vax hanno fatto molte campagne contro. È importante mantenere un profilo molto tecnico-scientifico. Non abbiamo mai fatto campagne di allerta, tanto per farle: dicevamo le cose come stavano.

Al contrario, altri soggetti coinvolti in questo lavoro hanno sottolineato, attraverso le loro testimonianze, come la sovrabbondanza di comunicazione abbia prodotto confusione nei cittadini (Stigliano), alimentando un clima di sospetto e fatica cognitiva.

Forse se i media avessero parlato un pochino in meno ci sarebbero stati meno dubbi nei pazienti.

Un tema ricorrente nei materiali analizzati è la crisi della fiducia istituzionale (Mutti, 1998; Sgobba, 2020). Quest'ultima – come emerge da un'analisi comparativa tra Paesi europei condotta da Laurano (2022, p. 12) – si trova in una relazione inversa con l'esitazione vaccinale. Mentre nei Paesi dell'Est Europa, caratterizzati da una cronica sfiducia verso le istituzioni, l'adesione alla campagna vaccinale è stata piuttosto contenuta, in quelli scandinavi, notoriamente dotati di un elevato capitale sociale e fiducia istituzionale, le percentuali di vaccinazione hanno superato le medie europee. In questo scenario, l'Italia rappresenta un caso peculiare: nonostante i tradizionalmente bassi livelli di fiducia istituzionale, l'adesione alla campagna vaccinale è stata significativa, segnalando – secondo Laurano – una capacità di mobilitazione politica e sociale che ha sopperito alle carenze strutturali. Questo dato sembra suggerire che, in situazioni di emergenza, la percezione del rischio e l'efficacia della comunicazione istituzionale possano temporanea-

mente sopravanzare le storiche fratture di fiducia tra cittadini e istituzioni. A questo proposito, nel corso del focus group Michele Mezza ha sottolineato la frammentazione del sistema informativo con una battuta amara:

Ancora oggi non abbiamo un'anagrafe nazionale generale. Dobbiamo fare 200 telefonate per avere informazioni.

Il deficit tecnologico si riflette in una crisi di legittimità della governance. Per converso, Alessio D'Amato difende la trasparenza come valore organizzativo:

L'elemento importante è stata la trasparenza. Momenti di criticità ci sono stati nella fase iniziale dove non c'era una linearità delle informazioni.

La Regione Lazio ha infatti cercato di costruire un rapporto diretto e stabile con i cittadini, anche attraverso l'efficienza logistica degli hub: «L'esperienza della logistica in quel momento – prosegue D'Amato – penso che sia stata una delle esperienze più avanzate, a livello europeo, che noi abbiamo fatto». Francesco Rocca, presidente della Croce Rossa, ricorda come l'efficienza di alcuni hub, come quello di Fiumicino, sia stata resa possibile grazie a una forte sinergia territoriale («Veramente credo che Fiumicino sia stato un hub nato da una fortissima volontà e disponibilità di aeroporti di Roma»), a sottolineare come la credibilità delle istituzioni sia riconducibile allo spirito collaborativo tra parti di esse e a una proficua efficienza.

8.3. La gestione politica, il ruolo degli esperti e la tensione tra governance e sapere scientifico

Analizzato da questo punto di vista, il rapporto tra politica, media e scienza si è profilato come uno degli elementi più deboli e vacillanti della campagna, in particolare da quando sono entrati nell'agenda dei media i temi della vaccinazione e del conseguente uso del Green Pass. È assai probabile che l'esitazione vaccinale, per quanto minoritaria³, sarebbe stata ancora più

³ Secondo un rapporto della Fondazione GIMBE (a cui appartiene Ricolfi, citato nel capitolo d'apertura di questo volume proprio a proposito delle critiche più serrate nei confronti della gestione del confinamento forzato prima e dell'accesso ai vaccini poi) aggiornato al 2 marzo 2022, circa 8,63 milioni di persone non avevano ricevuto nemmeno una dose di vaccino anti-COVID-19, rappresentando circa il 14,7% della popolazione italiana. Questa percentuale è diminuita nel tempo grazie all'avanzamento della campagna vaccinale, ma uno zoccolo duro di persone ha continuato a rifiutare la vaccinazione. Va notato che, oltre a coloro che hanno rifiutato la vaccinazione per scelta, esiste anche una quota di popolazione che non si è

ridotta se la comunicazione fosse passata attraverso una formula più decisa e convincente. In questa chiave può allora essere riproposta, allora, la dialettica tra scienza dei manuali e scienza delle riviste (Fleck, 1935; trad. it. 1983). Vale a dire che in condizioni di entropia delle conoscenze scientifiche, i cittadini dovrebbero essere messi al corrente solo del sapere depositato, quello manualistico appunto, e non del fervido dibattito tra specialisti, al quale – magari – partecipa persino qualche carneade che, in nome dell’incremento di share, finisce col creare ulteriore disorientamento. Ma è più che comprensibile che l’obiettivo dei media – quelli *mainstream* così come i social – hanno e avevano il solo interesse di monetizzare il dibattito, richiamando un’audience più ampia possibile. Gli esperti intercettati in occasione di questa ricerca confermano, da varie angolazioni, questo punto di vista. Per Francesco Rocca, per esempio,

nelle prime settimane sulle modalità di trasmissione del virus, è stato fatto un disastro. Dalla comunità scientifica stessa attraverso la stampa, perché non posso dire che è responsabilità della stampa se ci stanno autorevoli scienziati che prendono una posizione diversa l’uno dall’altro.

Si tratta di una posizione pacatamente assolutoria nei confronti dei giornalisti e che punta l’indice verso quel dibattito “da rivista” al quale ci si è appena richiamati.

Di altro avviso si è mostrato Andrea Crisanti, per il quale, come si è già visto, «il punto di debolezza è stata la comunicazione». Nel corso della stessa intervista, il microbiologo arriva a un affondo deciso:

In Italia hanno mediato male e le dico anche il perché. Perché in Italia di fatto non c’è stata negli ultimi trent’anni una vera e propria cultura di comunicazione scientifica. Se lei vede tutte le redazioni dei maggiori giornali, delle testate giornalistiche e televisive non avevano un esperto scientifico. E quindi di fatto si sono affidate poi di volta in volta a un esperto prestato.

Dal canto suo, Alessio D’Amato prova a stemperare parzialmente le critiche, facendo riferimento soprattutto agli undici mesi che hanno preceduto la diffusione dei primi vaccini:

La comunicazione avveniva pressoché interamente sui social, sui canali di Salute Lazio. Quei canali, nei momenti più impegnativi (ovviamente questo dato è quello che ci ha fornito Facebook oppure Google), sono stati, dopo il Ministero della Salute,

vaccinata per motivi legati all’accesso ai servizi sanitari, come nel caso di alcune fasce di popolazione straniera non residente.

quelli non solo più visti, ma anche quelli più accreditati per il valore della comunicazione che veniva dato.

La comunicazione, come si è visto più dettagliatamente nel capitolo 7, ha dunque fatto in buona parte da specchio al rapporto tra scienza e politica. Quest'ultimo è uno dei temi che emergono con maggiore nitore – anche perché inclusi fin dal principio in una parte delle interviste e tra i topics del focus group – dal materiale empirico a disposizione. È più che evidente che l'emergenza pandemica da Covid-19 ha messo a nudo la natura intrinsecamente politica della produzione e gestione del sapere scientifico. Lungi dall'essere una sfera autonoma e separata, la scienza si è trovata al centro di processi di coproduzione tra esperti, decisori politici e società (Jasanoff, 2004), con esiti ambivalenti in termini di efficacia sanitaria, legittimità politica e fiducia pubblica. L'Italia, teatro di una delle campagne vaccinali più estese e capillari d'Europa, offre un caso particolarmente interessante per analizzare le modalità di intreccio tra governance politica e sapere esperto. Il materiale empirico raccolto – che, va ricordato, oltre al focus group con operatori sanitari e alle interviste con esponenti istituzionali, annovera anche i rapporti dei commissari straordinari Arcuri e Figliuolo – consente di ricostruire una genealogia delle tensioni, alleanze e rotture tra scienza e politica nella gestione dell'emergenza.

Uno dei punti più chiari, espressi in modo esplicito da Andrea Crisanti, riguarda la distinzione tra la responsabilità della decisione e la funzione del sapere esperto:

L'onere della decisione spetta al politico, non c'è dubbio, perché è il politico che risponde agli elettori. Ma il problema è che nel momento in cui il politico chiede un parere a un esperto, il risultato finale è che limita le sue opzioni di scelta. Di questo il politico, molto spesso, non si rende conto.

Questa osservazione richiama la questione classica della delega epistémica e del paradosso della consulenza scientifica nelle democrazie (Ezrahi, 1990). Il sapere tecnico, quando viene utilizzato per fondare la legittimità delle decisioni, tende a restringere il campo delle alternative, trasformando il politico da soggetto di scelta a semplice ratificatore di presunte evidenze oggettive.

Va proprio in questa direzione la relazione del Commissario Arcuri, il quale ha posto l'accento su un modello di gestione fortemente centralizzato, con un potere *extra ordinem* capace di derogare alle procedure ordinarie per

far fronte all'emergenza⁴. Tuttavia, proprio questo assetto ha mostrato limiti significativi nel coordinamento tra Stato e Regioni, alimentando una frammentazione operativa che ha complicato il trasferimento della legittimità tecnica al piano dell'efficacia sociale.

Il passaggio di consegne da Arcuri a Figliuolo ha rappresentato non solo un cambio di leadership, ma anche un mutamento di paradigma nella relazione tra scienza e politica. Il modello manageriale di Arcuri, imperniato su Invitalia⁵ e sul *procurement* pubblico, è stato sostituito da una gestione di tipo militare e logistico, che il Generale Figliuolo descrive nella sua memoria come una pianificazione ancorata a tre linee operative: capillarità territoriale, garanzia di approvvigionamento e monitoraggio costante dei fabbisogni regionali⁶.

Questa filosofia della logistica ha significato, da un lato, una diversa efficienza operativa (messa in atto in un momento – va sottolineato – complesso dal punto di vista organizzativo ma ormai meno pressante in termini di emergenza), dall'altro una ridefinizione del sapere considerato utile nella gestione della crisi: la competenza tecnico-militare ha assunto una funzione epistemica, non solo organizzativa. In tal senso, si è realizzata una trasformazione del ruolo dell'esperto, non più solo scienziato-biologo o epidemiologo, ma anche ingegnere logistico e stratega delle operazioni. Come a dire che la legittimità stessa della “buona gestione” della campagna di vaccinazione ha acquisito – in occasione del passaggio di testimone da Arcuri a Figliuolo – una funzione di ri-stabilizzazione dei criteri di qualità della gestione della campagna stessa.

Francesco Rocca, all'epoca presidente della Croce Rossa, ha colto bene questa discontinuità:

⁴ Nel testo, Arcuri fa riferimento a «un sistema di poteri e di facoltà *extra ordinem*, fra cui il cosiddetto “potere di ordinanza”: l'adozione, cioè, di provvedimenti in deroga a ogni disposizione vigente, ma nel rispetto della Costituzione, dei principi generali dell'ordinamento giuridico e delle norme dell'Unione europea, peraltro soggetti a pubblicazione e ad una speciale azione di riesame da parte delle Regioni interessate».

⁵ Va infatti ricordato che Arcuri è stato amministratore delegato di Invitalia a partire dal 2007. Invitalia è l'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa, ossia un'agenzia governativa italiana costituita come società per azioni e partecipata interamente dal Ministero dell'economia e delle finanze (fonte: Wikipedia). Il che chiarisce il tipo di approccio – marcatamente manageriale – che Arcuri impresso alla prima fase di organizzazione della gestione della pandemia.

⁶ Nella “memoria” del generale Figliuolo, infatti, si legge: «Per mantenere fede al Piano vaccinale presentato al Presidente Draghi, Figliuolo doveva ancorare la pianificazione su tre linee operative: 1) essere capaci di somministrare i vaccini su tutto il territorio italiano; 2) avere garanzia di costante approvvigionamento e distribuzione di vaccini; 3) monitorare i fabbisogni delle Regioni/Province Autonome, costituendo una riserva vaccinale accantonando circa l'1,5% delle dosi, da reindirizzare prontamente in caso di emergenza nelle aree che manifestassero criticità».

Con Figliuolo c'è stato proprio un cambio di passo totale: meno autoreferenzialità, più capacità d'ascolto. La prima fase della struttura commissariale è stata estremamente difficile anche per il dialogo e la gestione degli approvvigionamenti.

È pur vero che, come ha sottolineato D'Amato, i due commissari hanno avuto in gestione fasi assai diverse della pandemia:

Durante la pandemia ci sono state diverse fasi. È stato utile il rapporto con Arcuri, è stato utile il rapporto con Figliuolo. Erano fasi diverse. Arcuri si è trovato in tutta la prima fase emergenziale, in cui il problema erano le mascherine, i ventilatori, i dispositivi delle terapie intensive. Viceversa, Figliuolo si è trovato nella fase dei vaccini, per cui erano fasi completamente diverse.

Sulla stessa linea argomentativa – ma cambiando i riferimenti: dai commissari ai presidenti del consiglio – si sviluppano le osservazioni di Andrea Capocci, fisico e editorialista de *Il Manifesto*, coinvolto nel focus group:

Erano due fasi completamente diverse. Secondo me Draghi, anche se da tecnico, ha politicizzato molto di più la campagna vaccinale rispetto a Conte. Draghi ha trasformato alcune decisioni politiche, come l'obbligo vaccinale, in apparenti tecniche neutre e oggettive, finendo per scontrarsi con questa realtà. Infatti, l'obbligo vaccinale è durato poco.

Le differenze di gestione tra i due commissari e i presidenti del consiglio vengono rimarcate da Crisanti, che evidenzia una svolta che, sotto Draghi, ha potuto godere di una maggiore benevolenza, se non addirittura sudditanza, nel rapporto tra potere centrale e Regioni. Ecco le parole del microbiologo:

io penso che la maggiore differenza di comunicazione tra il governo Conte bis e Draghi, diciamo, è una riduzione della polifonia nel governo Draghi, no? Cioè nel governo Draghi in qualche modo le Regioni hanno accettato che c'era una cabina di regia e c'era una strategia che in qualche modo bisognava seguire e quindi in qualche modo hanno fatto un passo indietro dal punto di vista comunicativo e secondo me può essere stato positivo.

Come già accennato, il rapporto tra scienza e politica si è giocato anche nello spazio della comunicazione. L'iper-esposizione mediatica di alcuni scienziati, spesso identificati con specifiche appartenenze politiche o ideologiche, ha contribuito a ridisegnare la geografia delle credibilità⁷. E qui

⁷ A questo proposito, uno studio di caso (quello delle cure alternative contro il cancro) condotto da Gemini *et al.* (2021), ha offerto un esempio concreto di polarizzazione tra sostenitori della medicina ufficiale e promotori di terapie non validate scientificamente. Come

torniamo al caso del Green Pass. Esso, più che per la sua dimensione tecnica, ha rappresentato un esempio emblematico di come la comunicazione politica sia riuscita a trasformare un dispositivo sanitario in un atto pubblico di adesione simbolica, piegando il sapere scientifico a una logica performativa. In questo senso, il Green Pass non ha agito unicamente come strumento di controllo sanitario, ma si è configurato come un vero e proprio dispositivo simbolico. Attraverso la sua introduzione, la politica ha potuto rappresentare pubblicamente l'adesione al percorso vaccinale come un atto di responsabilità collettiva, marcando una linea di separazione netta tra chi partecipava al progetto di immunizzazione sociale e chi, al contrario, ne restava ai margini. La dimensione simbolica del Green Pass ha quindi contribuito alla costruzione del consenso, legando la vaccinazione a un'identità civica e a un senso di appartenenza condiviso.

Questo esempio non è isolato, ma esemplifica una dinamica più ampia che attraversa l'intero materiale analizzato: quella in cui il rapporto tra politica e scienza oscilla tra momenti di autentica coproduzione – in cui le rispettive logiche si confrontano e si negoziano – e situazioni in cui il sapere scientifico viene subordinato alle esigenze della narrazione politica e della comunicazione strategica.

La fiducia nella scienza, in questo contesto, non si costruisce soltanto su basi epistemiche, ma attraverso dispositivi di governance che sanno valorizzare o distruggere la credibilità degli esperti. Dove la politica ha saputo riconoscere il valore della trasparenza e della competenza (come nel caso citato da D'Amato per il Lazio), la fiducia si è rafforzata. Dove invece ha prevalso la spettacolarizzazione, la polarizzazione o il paternalismo tecnico, la fiducia si è incrinata.

Questa dinamica di costruzione (o erosione) della fiducia si gioca, tuttavia, anche attraverso il ruolo e il funzionamento delle istituzioni intermedie,

osservano gli autori, questo confronto ha messo in luce un fenomeno centrale della post-verità: l'erosione dell'autorità epistemica e la crescente sfiducia nei confronti delle istituzioni scientifiche. I pubblici digitali, infatti, non si limitano a consumare informazioni, ma diventano soggetti attivi nel processo di definizione della verità, anche attraverso l'uso di fonti non accreditate e l'enfasi sull'esperienza personale come prova di efficacia terapeutica. Questo processo, sostenuto dalle dinamiche partecipative dei social media, contribuisce a ridefinire i confini tra sapere esperto e conoscenza popolare, favorendo la diffusione di narrative alternative che minano il consenso scientifico consolidato. Questa dinamica si inserisce nel quadro più ampio della crisi di fiducia verso la medicina ufficiale e le sue istituzioni, confermando quanto sia complesso per la scienza mantenere un'autorità epistemica in un ecosistema informativo frammentato e altamente polarizzato. Gli autori di questo studio, infatti, evidenziano come, in questo contesto, la medicina diventi un «luogo di osservazione privilegiato della riarticolazione dei processi di fiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni e dei macrosistemi sociali» (*ivi*, p. 203), uno spazio di conflitto simbolico in cui verità scientifiche e narrative alternative si scontrano senza un chiaro vincitore.

ossia di quei soggetti che, collocandosi tra il livello tecnico-scientifico e quello politico-amministrativo, contribuiscono a tradurre il sapere esperto in scelte operative e in dispositivi di governance. In questo senso, le esperienze della Croce Rossa Italiana e del Comitato Tecnico-Scientifico durante la campagna vaccinale offrono uno spaccato significativo delle modalità concrete con cui si è tentato di mediare tra raccomandazioni scientifiche, esigenze politiche e aspettative sociali.

Se si guarda alla Croce Rossa, il ruolo istituzionale si è collocato in una posizione di concreta implementazione, soprattutto nella gestione di alcuni hub vaccinali (come nel caso dell'aeroporto di Fiumicino), nella logistica delle somministrazioni e nel supporto ai servizi territoriali. Francesco Rocca – che, lo ricordiamo per l'ennesima volta, all'epoca della pandemia era il presidente della CRI – ha però più volte sottolineato come l'efficacia di tale contributo sia dipesa dalla qualità del dialogo con le altre istituzioni e dalla capacità di evitare rigidità autoreferenziali. È in questa chiave che, come si è accennato, Rocca interpreta la transizione dalla gestione Arcuri a quella Figliuolo come una svolta positiva, caratterizzata da una maggiore apertura e attenzione all'ascolto delle esigenze degli attori sul territorio.

Diversa la posizione del CTS, che fin dalle prime fasi dell'emergenza si è configurato come un organo di consulenza tecnico-scientifica al governo nazionale, formalmente collocato sotto la Presidenza del Consiglio e il Ministero della Salute. Tuttavia, come emerge dalle interviste, il CTS si è trovato spesso in una posizione ambigua, oscillando tra il ruolo di organo di indirizzo scientifico e quello di dispositivo di legittimazione delle decisioni già assunte a livello politico, una sorta di ratificatore semi-automatico. Ma proprio il tema della legittimazione è centrale per comprendere le dinamiche tra esperti, politici e amministratori che hanno attraversato la gestione della pandemia. Come sottolinea Pichierri (2011), nelle organizzazioni complesse il potere non deriva unicamente dalla posizione gerarchica, ma si fonda anche sulla costruzione di legittimità presso gli altri attori e il pubblico. Nel caso della campagna vaccinale, la legittimità degli esperti (ovvero il CTS) e dei commissari straordinari si è giocata non solo sul possesso delle competenze tecniche, ma anche sulla loro capacità di farsi riconoscere come interlocutori affidabili e trasparenti da parte della politica, dei media e della cittadinanza. Alessio D'Amato osserva come il rapporto tra i territori e il CTS sia stato di natura indiretta e mediata:

Il CTS stesso si avvaleva dei tecnici dello Spallanzani, per cui noi, induttivamente, comunque, avevamo un elemento di rapporto.

Anche Rocca conferma questa percezione, ma vi aggiunge una critica più esplicita non solo alla funzione, ma alla stessa composizione del CTS:

Con il CTS, onestamente, ho interagito poco perché loro davano dei criteri di massima, eccetera, ma non... A parte che secondo me è stata sbagliata la composizione CTS, anche perché non c'era nemmeno una donna nel CTS, c'erano tutta una serie di cose che non mi piacevano, per come era stato composto c'erano alcune persone che secondo me non avevano un razionale come presenza.

Questa sottolineatura porta alla luce una problematica già discussa nella letteratura sulla coproduzione tra scienza e politica (Jasanoff, 2004): non è solo la qualità tecnica delle competenze a definire il valore di un comitato scientifico, ma anche la sua composizione, la rappresentatività e, soprattutto, la trasparenza dei suoi processi decisionali. La medesima opacità delle procedure del CTS è evocata dallo stesso Rocca, che si lascia andare a una dichiarazione che suona, per alcuni versi, allarmante: «il CTS era quasi tutto secretato».

Questo elemento di secretazione, combinato con la scarsa chiarezza sulla selezione dei componenti e sulle modalità di lavoro del comitato, ha probabilmente contribuito a ridurre la capacità del CTS di svolgere una funzione realmente dialogica tra sfera politica, esperti e cittadini. Più che agire come interfaccia tra saperi e poteri, il CTS ha finito per essere percepito – almeno in alcune fasi – come un dispositivo di autolegittimazione della politica attraverso il sapere tecnico, senza però la necessaria trasparenza procedurale che avrebbe consentito di rafforzare la fiducia collettiva. In questa prospettiva, le riflessioni di Lalumera (2021) risultano particolarmente pertinenti. L'autrice evidenzia come la pandemia da Covid-19 abbia esacerbato una crisi di fiducia già latente nei confronti delle istituzioni sanitarie, amplificata da una crescente messa in discussione dell'autorità epistemica degli esperti. Secondo Lalumera, uno degli elementi chiave di questa crisi risiede nella percezione di una collusione tra scienza e interessi economici, in particolare quelli delle multinazionali farmaceutiche, che ha alimentato il sospetto verso le decisioni istituzionali. A ciò si aggiunge una politicizzazione del dibattito scientifico che, come emerso anche nel focus group, ha contribuito a polarizzare le posizioni dei cittadini, riducendo la fiducia nelle indicazioni fornite dalle autorità competenti. Per superare questa frammentazione del consenso, Lalumera suggerisce un rinnovamento del patto fiduciario tra istituzioni e cittadini, attraverso pratiche di trasparenza e di dialogo aperto, capaci di restituire autorevolezza alle decisioni sanitarie. Queste osservazioni si collocano all'interno di una tensione più generale tra esperti e decisori, che caratterizza l'intera gestione della pandemia e che si manifesta in modo specifico

nella difficoltà di definire un equilibrio tra consulenza scientifica, autonomia decisionale politica e partecipazione delle comunità locali. La Croce Rossa e il CTS, pur nella loro diversità di ruoli, rappresentano così due forme complementari – ma anche contraddittorie – di intermediazione tra sapere e potere: una, quella della CRI, orientata all’azione operativa e alla presenza territoriale; l’altra, quella del CTS, collocata invece al vertice della catena decisionale, ma segnata da problemi di legittimazione sociale e comunicativa.

8.4. Hub vaccinali e organizzazione della campagna: il dispositivo tecnico come spazio di governance

Nel quadro della gestione della campagna vaccinale italiana contro il Covid-19, gli hub vaccinali hanno rappresentato non soltanto una soluzione organizzativa e logistica, ma anche un vero e proprio dispositivo di governance, capace di tradurre le scelte politiche e le raccomandazioni scientifiche in spazi materiali di azione collettiva. Gli hub si sono configurati come luoghi nei quali si esercitava, quotidianamente, il governo della crisi, attraverso la gestione dei flussi di popolazione, la differenziazione dei vaccini somministrati, la distribuzione delle risorse umane e materiali. La gestione della campagna vaccinale si è pertanto configurata come un’organizzazione reticolare, caratterizzata da molteplici nodi istituzionali e operativi – dal livello centrale della struttura commissariale ai servizi sanitari regionali, fino alla Croce Rossa e al volontariato diffuso. Questo assetto presenta le caratteristiche di quella che Pacetti e Pichierri (2021) definiscono “rete organizzativa”, in cui il coordinamento avviene attraverso legami cooperativi più che gerarchici, e dove la flessibilità è favorita da forme di quello che la letteratura sociologica sulle organizzazioni chiama *loose coupling* (ossia “accoppiamento lasco”) tra i diversi soggetti. Se da un lato questa configurazione ha permesso di adattare le strategie operative ai contesti locali, dall’altro ha contribuito a generare frammentazioni e difficoltà di apprendimento condiviso tra le diverse articolazioni del sistema.

In questo senso, la campagna vaccinale ha messo in scena una forma di governo biopolitico (Foucault, 1976; trad. it. 1994, p. 123), in cui la salute della popolazione si è trovata al centro di una rete di dispositivi tecnico-amministrativi, ma anche simbolici e comunicativi. Gli hub non sono stati semplicemente luoghi di somministrazione delle dosi, bensì spazi attraverso cui la governance dell’emergenza si è materializzata e visibilizzata.

Come emerge con chiarezza dalle interviste, la scelta dei luoghi deputati alla vaccinazione ha seguito logiche di adattamento alle caratteristiche territoriali e sociali. Francesco Rocca ha ricordato il ruolo attivo della CRI nel-

l'attivazione di quattro hub vaccinali a Roma (Fiumicino, Termini, Tor Vergata, Porta di Roma), sottolineando come ciascuno di questi spazi sia nato dalla collaborazione tra diversi soggetti istituzionali e privati:

Veramente credo che Fiumicino sia stato un hub nato da una fortissima volontà e disponibilità di aeroporti di Roma [...] Da un lato Termini che è stata una mia idea, devo dire proprio personale [...] Porta di Roma, un centro commerciale che si è messo a disposizione, anche quello è un luogo di aggregazione, ahimè è un nuovo luogo di aggregazione sociale.

Queste scelte riflettono una strategia di mobilitazione di luoghi della quotidianità e di spazi non convenzionali, come centri commerciali, università, caserme, luoghi di cultura e di culto. Alessio D'Amato ha evidenziato come l'ampiezza e la varietà dei luoghi abbiano contribuito a rendere la campagna capillare e accessibile, consentendo di raggiungere diverse fasce della popolazione:

Abbiamo avuto, per dare l'idea della pluralità, luoghi di cultura: dallo studio di Cinecittà [...] all'Auditorium Parco della Musica di Roma [...]. Abbiamo avuto fabbriche, caserme, luoghi religiosi.

Questa pluralità non è stata semplicemente una questione di logistica, ma ha assunto una dimensione simbolica, trasformando la campagna vaccinale in un'esperienza collettiva diffusa, radicata nei territori e nelle pratiche sociali ordinarie.

Un elemento distintivo della gestione della campagna vaccinale nel Lazio, rispetto ad altre Regioni italiane, è stato l'uso della differenziazione dei vaccini per hub, scelta che – secondo D'Amato – ha rappresentato un tratto originale e di efficienza organizzativa:

C'erano hub dove veniva somministrato solo un tipo di vaccino e hub dove venivano somministrati altri tipi di vaccino [...]. Le altre Regioni non l'hanno fatto.

In Lombardia, ad esempio, si è seguito un modello diverso, basato sulla variabilità delle scorte all'interno di uno stesso hub (cfr. Cap. 5). Questa distinzione mostra come le scelte logistiche non siano state soltanto tecniche, ma abbiano anche veicolato modelli diversi di governance del rischio e di rapporto con la popolazione.

Alla stessa logica di innovazione si iscrive l'esperienza della vaccinazione drive-in, organizzata presso il Valmontone Outlet:

Anche quello per primi, la vaccinazione drive-in, non scendendo dalla macchina.

[...] È stata un'esperienza buona perché ovviamente devi avere determinate situazioni logistiche per farla e lì c'era un grande parcheggio (Alessio D'Amato).

Queste soluzioni esprimono una capacità di adattamento che si è nutrita anche di confronti internazionali, come nel caso del dialogo con l'Unità di crisi israeliana, esplicitamente richiamato da D'Amato come fonte di ispirazione per l'organizzazione logistica e tecnologica della campagna nel Lazio.

La configurazione degli hub non ha riguardato solo le scelte sui luoghi e sulle modalità di somministrazione, ma anche la gestione del rapporto tra prenotazioni, accesso spontaneo e flussi di utenti. In una fase iniziale, l'accesso agli hub era rigidamente programmato tramite appuntamenti, con il vantaggio di garantire la prevedibilità delle presenze e l'efficienza delle operazioni. Solo con il progredire della campagna e in particolare con il booster (terza dose), si è passati a una logica di accesso spontaneo:

Fino a una certa data negli hub venivano dati gli appuntamenti; quindi, sapevi dalla mattina come organizzare la giornata e quante persone sarebbero venute (Francesco Rocca).

Questa evoluzione nella gestione dei flussi riflette una tensione continua tra razionalizzazione amministrativa e flessibilità adattativa, tra controllo delle risorse e accessibilità. Gli hub, in questo quadro, non sono solo dispositivi tecnici, ma anche dispositivi sociali di selezione, normalizzazione e visibilità della governance pandemica. Essi hanno contribuito a plasmare l'esperienza sociale della campagna vaccinale, rappresentando l'incontro tra le strategie statali e le pratiche individuali di adesione o esitazione.

8.5. Il fattore umano: motivazioni, esitazioni, adesione

Se la campagna vaccinale italiana contro il Covid-19 è stata, sotto molti aspetti, un esercizio di governance logistica e istituzionale, non meno rilevante è stata la dimensione soggettiva e relazionale che ha accompagnato il processo di adesione ai vaccini. Le scelte individuali, le forme della partecipazione, le esitazioni e le motivazioni all'adesione hanno costituito un terreno altrettanto cruciale per comprendere non solo gli esiti numerici della campagna, ma anche il modo in cui la pandemia ha ridisegnato le dinamiche di fiducia, responsabilità e solidarietà all'interno della società italiana.

Uno degli elementi più ricorrenti nelle testimonianze raccolte attraverso il focus group e le interviste è il riconoscimento del ruolo della paura come primo motore della disponibilità al vaccino. Essa, in questo contesto, è stata

percepita non solo come una protezione biologica, ma come un dispositivo simbolico di difesa contro l'angoscia collettiva.

Accanto alle motivazioni personali dei cittadini, un elemento centrale per la riuscita della campagna vaccinale è stata la presenza e l'attivazione dei volontari, che hanno svolto una funzione non solo operativa, ma anche sociale e simbolica. Francesco Rocca ha insistito più volte su questo punto, riconoscendo ai volontari un ruolo di "ammortizzatore sociale", nel senso di attori capaci di costruire prossimità, accoglienza e accompagnamento nel momento del contatto tra cittadini e sistema sanitario:

I volontari, insomma, non sono dei marziani, sono comunque persone che vengono dalla comunità dei vaccinandosi o dei vaccinati e sono comunque l'organizzazione che gestisce il punto di ingresso, accompagnamento e smistamento. È un ammortizzatore sociale, se vogliamo, non nel senso economico del termine.

In una fase caratterizzata da diffidenza, confusione informativa e paura, la presenza dei volontari ha contribuito a umanizzare la campagna, rendendo l'esperienza della vaccinazione non solo un atto medico, ma anche un rito sociale di attraversamento della crisi. La loro dedizione – spesso motivata da esperienze personali di perdita o di malattia – ha costituito un elemento di forte impatto emotivo e simbolico:

I volontari che venivano in servizio dopo aver perso un loro caro con il Covid continuavano a fare servizi a distanza di poche ore (Francesco Rocca).

Questa dimensione evidenzia come, nella gestione della pandemia, il fattore umano non sia stato solo un complemento alla macchina organizzativa, ma una componente strutturale della governance sanitaria, in grado di compensare almeno in parte le rigidità dei dispositivi tecnici.

Accanto alle motivazioni di adesione, il fenomeno dell'esitazione vaccinale (Faggiano, 2024; Nobile, 2024) – pur minoritario – ha rappresentato un'ulteriore declinazione del rapporto tra soggettività, fiducia e decisione. Come già evidenziato nella letteratura internazionale (Fadda, Depping, e Schulz, 2015; World Health Organization, 2019), l'esitazione non può essere ridotta a ignoranza o irrazionalità, ma coinvolge dimensioni culturali, esperienziali e relazionali. Anche nel contesto italiano, la gestione del dissenso e dello scetticismo si è scontrata con l'incapacità di riconoscere la complessità delle motivazioni sottese all'esitazione.

La narrazione binaria tra "pro" e "no-vax" (Gobo e Sena, 2019) ha finito spesso per polarizzare il dibattito, oscurando la possibilità di ingaggiare un confronto reale con le preoccupazioni, le paure e le domande di chi esitava. In questo quadro, il ruolo della comunicazione interpersonale e di prossimità,

anche attraverso i volontari e gli operatori nei centri vaccinali, ha costituito uno dei pochi argini efficaci contro la disinformazione e il distacco emotivo.

Infine, il tema delle motivazioni alla vaccinazione si colloca all'interno di una tensione più generale tra logiche individualistiche e richiami alla responsabilità collettiva. La pandemia ha reso visibile l'ambivalenza tra il diritto alla salute inteso come bene individuale e la sua dimensione pubblica e sociale. In questo senso, la scelta di vaccinarsi ha oscillato, nel vissuto di molte persone, tra un gesto di autodifesa e un atto di solidarietà verso gli altri, una dialettica che riflette le contraddizioni della cittadinanza sanitaria nelle democrazie contemporanee (Rose, 2007).

8.6. Una valutazione della campagna vaccinale: successo, fallimenti e lezioni apprese

La campagna vaccinale contro il Covid-19 si presenta oggi come uno degli esempi più significativi di governance sanitaria in emergenza nella storia repubblicana. La valutazione di questo straordinario intervento pubblico richiede di tenere insieme più livelli di analisi: il raggiungimento degli obiettivi numerici, l'efficacia delle strategie operative, la qualità del coordinamento tra i diversi attori istituzionali e, non da ultimo, l'impatto sociale e comunicativo della gestione della crisi.

Tra i principali elementi di successo individuati dagli intervistati o ricavati dalla documentazione analizzata vi è il riconoscimento della forza del dispositivo logistico e della capacità di assicurare la disponibilità dei vaccini su scala nazionale, anche in territori remoti. Andrea Crisanti sottolinea come proprio l'efficienza organizzativa e la capillarità della distribuzione abbiano rappresentato uno dei tratti distintivi della campagna italiana:

I punti di forza, sicuramente, sono stati l'aspetto logistico e la capacità capillare di rendere disponibile il vaccino anche in situazioni relativamente remote. [...] Questo sicuramente è stato un grande successo.

Anche Alessio D'Amato, valutando l'esperienza del Lazio, rivendica la qualità del modello regionale adottato, considerandolo tra le esperienze più avanzate a livello europeo. La stessa memoria del Generale Figliuolo conferma questo punto di vista, sottolineando come, nonostante le criticità emerse (in particolare relative alla disponibilità di alcuni vaccini come quelli a vettore adenovirale), la struttura commissariale sia riuscita a mantenere lo slancio della campagna, raggiungendo picchi di oltre 725.000 vaccinazioni giornaliere e una copertura vaccinale dell'85% della popolazione complessiva (88% nella fascia over 5 anni).

Un ulteriore fattore di forza è stato il sistema di monitoraggio e raccolta dati attraverso piattaforme pubbliche di visualizzazione dei dati e strumenti di analisi interoperabili tra istituzioni, come descritto nella relazione presentata da Arcuri alla Presidenza del Consiglio. Questi strumenti hanno permesso un certo grado di trasparenza e di controllo sull'andamento della campagna.

Accanto a questi elementi positivi, emerge tuttavia una serie di criticità che ne complicano la valutazione univoca. Una prima area problematica, emersa soprattutto dall'intervista a Francesco Rocca, riguarda la sicurezza fisica delle strutture vaccinali, in particolare nelle ore notturne e nei periodi di minore afflusso. Il tema, pur rimanendo sullo sfondo ed essendo per molti versi minoritario rispetto ai grandi problemi di approvvigionamento e di adesione della popolazione, ha rappresentato un aspetto tutt'altro che di facile soluzione per chi ha avuto il compito di garantire il funzionamento quotidiano degli hub:

È ovvio che le criticità erano soprattutto legate al fatto di garantire la sicurezza la notte delle strutture. Perché il vandalismo, non necessariamente gli aspetti criminali e i furti o altro, però è proprio garantire la sicurezza di queste strutture.

Questo elemento richiama l'attenzione su una componente spesso sottovalutata della governance pandemica: la necessità di mantenere non solo l'efficienza logistica, ma anche la continuità e l'integrità degli spazi operativi come condizione minima per l'esercizio della funzione pubblica. In questo senso, la campagna vaccinale si è trovata a gestire una forma di vulnerabilità "invisibile" ma strategica, che tocca il piano materiale e simbolico della protezione dei dispositivi di cura.

Un secondo nodo critico riguarda la gestione delle resistenze sociali alla vaccinazione, in particolare il posizionamento politico e comunicativo nei confronti della galassia no vax. A questo proposito, nelle pagine precedenti è già stato richiamato il parere di Andrea Crisanti, che ha evidenziato come uno degli errori strategici della campagna sia stato quello di sopravvalutare l'importanza e l'impatto del dissenso organizzato e l'eccessiva attenzione che è stata accordata agli antivaccinisti. Come si è detto in precedenza, l'esorbitante dose di rilevanza concessa ai gruppi contrari alla vaccinazione, spesso amplificata dai media, ha contribuito a costruire una visibilità sproporzionata del dissenso, trasformandolo in uno spazio di conflitto ideologico anziché in una questione di salute pubblica gestita con razionalità e proporzione.

Un aspetto che suscita ulteriori perplessità, evidenziato da Alessio D'A-mato, riguarda la scarsa attenzione riservata al potenziamento delle strutture sanitarie di frontiera, in particolare quelle operative nei porti e negli aereo-

porti. D'Amato richiama l'esistenza di una struttura già prevista dal sistema sanitario nazionale – l'Usmaf (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera) – la cui debolezza organizzativa e la limitata capacità di azione sono state, a suo avviso, fattori di vulnerabilità nell'ambito del controllo e della prevenzione degli ingressi:

Un'altra cosa che, secondo me, dovrebbe essere maggiormente potenziata, in un quadro nazionale, è quella della sanità cosiddetta aeroportuale. [...] Questa unità Usmaf è veramente molto debole. A differenza del passato, oggi, la gran parte dei virus viene portata dalle persone.

Questa criticità, più strutturale che emergenziale, segnala una carenza di lungo periodo nella politica sanitaria italiana, legata alla disattenzione verso il controllo dei flussi di mobilità internazionale come possibile vettore di rischio sanitario. Essa mette in luce la fragilità di una dimensione della governance sanitaria che, proprio in una fase di globalizzazione accelerata, avrebbe dovuto invece essere potenziata.

Oltre alle criticità direttamente riportate nelle dichiarazioni, il materiale analizzato – in particolare il focus group e le interviste – mette in evidenza un altro elemento strutturale di fragilità: l'assenza di un'anagrafe vaccinale nazionale e la frammentazione delle competenze tra Stato e Regioni. Questo problema, sollevato in più passaggi da Michele Mezza, ha complicato la possibilità di avere un quadro preciso e aggiornato della campagna vaccinale, ostacolando tanto la pianificazione quanto la valutazione delle strategie adottate. Questa situazione riflette una delle principali linee di vulnerabilità della governance sanitaria italiana: la difficoltà di coordinamento tra livelli istituzionali e la carenza di infrastrutture digitali integrate. È un problema che si colloca esattamente al crocevia tra amministrazione, politica e tecnologia, e che ha conseguenze dirette sulla possibilità di realizzare una gestione efficiente, trasparente e responsabile della salute pubblica.

Accanto a questi limiti strutturali, non sono mancate criticità di natura più operativa, che si sono manifestate sin dalle prime fasi della campagna vaccinale. Alcune problematiche riguardano la rigidità iniziale degli hub vaccinali, progettati per operare principalmente su appuntamento. Come evidenzia Francesco Rocca:

Gli hub non intercettavano, salvo poi quando c'è stata la terza vaccinazione, il terzo richiamo. Il booster, dove c'era l'accesso spontaneo. Ma prima gli hub non intercettavano.

Altre criticità segnalate da Figliuolo riguardano la gestione delle scorte e delle forniture, che ha subito contraccolpi nel momento in cui alcuni vaccini

sono stati oggetto di cambiamenti di raccomandazione o di percezioni negative. Il focus group ha inoltre messo in luce difficoltà di governance nella capacità di apprendere e trasferire buone pratiche tra Regioni e livelli istituzionali. Questo problema di “apprendimento selettivo” ha contribuito a rafforzare la frammentazione del sistema, impedendo una piena valorizzazione delle esperienze di successo, come sottolineato da Andrea Casadio e Michele Mezza nel confronto con altri modelli internazionali (Corea del Sud, Australia).

La tendenza all’uniformazione delle pratiche tra le diverse Regioni italiane, anche in presenza di contesti epidemiologici e organizzativi disomogenei, può essere letta alla luce del concetto di “isomorfismo coercitivo” (Di Maggio e Powell, 1983). Nel caso della campagna vaccinale, la forte centralizzazione di alcune scelte ha contribuito a questo processo, limitando talvolta la possibilità di sperimentare soluzioni più aderenti alle specificità dei territori.

Dai materiali emerge con forza l’idea che la pandemia abbia rappresentato anche un “rivelatore” delle fragilità strutturali del sistema sanitario nazionale. Come osserva Vittoria Stigliano, la crisi ha evidenziato carenze storiche, tra cui la scarsità di personale medico, la debolezza della sanità territoriale e la mancanza di investimenti strategici nella formazione e nel reclutamento. In continuità con queste considerazioni, D’Amato individua nella costruzione di reti tra istituzioni, sanità pubblica e privato sociale uno degli insegnamenti fondamentali dell’esperienza pandemica: «Le pandemie si affrontano se c’è una rete, un sistema, un network, altrimenti si ha più difficoltà».

Tra gli insegnamenti che l’esperienza della campagna vaccinale italiana consegna alla riflessione organizzativa, emerge con forza la necessità di superare modelli puramente tecnocratici e verticali nella progettazione delle strategie sanitarie. Riprendendo l’approccio sociotecnico proposto da Butera (2022), si può osservare come l’integrazione tra tecnologia, organizzazione e lavoro umano, unita a una più ampia progettazione partecipata, avrebbe potuto contribuire a rendere la campagna più robusta, valorizzando il coinvolgimento degli operatori, dei territori e delle comunità nella definizione delle modalità operative.

L’insieme delle criticità elencate, lungi dal rappresentare anomalie marginali, costituisce uno dei principali insegnamenti che l’esperienza pandemica consegna al futuro delle politiche sanitarie italiane e, più in generale, alla riflessione sulla coproduzione tra scienza, politica e società.

8.8. Conclusioni: la governance pandemica tra previsione mancata e fragilità istituzionale

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato, per le istituzioni italiane e per la comunità scientifica, non solo una sfida operativa di portata straordinaria, ma anche un banco di prova per le capacità di apprendimento, previsione e adattamento del sistema-Paese. Guardando a ritroso all'esperienza della campagna vaccinale, è possibile individuare alcuni snodi che vanno oltre il piano strettamente sanitario per interrogare in profondità le logiche di funzionamento della governance pubblica, tra memoria corta, difetti di apprendimento e gestione del rischio.

Rocca ha ricordato come già nel dicembre 2019, nell'ambito della Conferenza internazionale della Croce Rossa, fosse stata adottata una risoluzione sul rischio pandemico, segnalando la consapevolezza diffusa tra alcune organizzazioni della società civile rispetto alla possibilità concreta di una crisi sanitaria globale:

Pensi che, come conferenza internazionale Croce Rossa a dicembre 2019, abbiamo dichiarato il “rischio uno”, ripeto, abbiamo portato sfiga, ma la realtà è che già circolava il virus.

Questo elemento evidenzia una delle fragilità sistemiche più significative: la difficoltà di trasferire consapevolezze e allarmi dal piano tecnico-scientifico a quello decisionale e politico. Come osserva lo stesso Rocca, esiste un disallineamento strutturale tra le capacità di previsione di alcuni soggetti e l'effettiva capacità di tradurre queste previsioni in strategie operative e investimenti:

Il problema è che noi ci crediamo e gli Stati apparentemente meno. Cioè, questa è la triste verità.

Questa mancanza di preparazione, confermata anche dal generale Figliuolo nella sua Memoria, si è tradotta in una gestione iniziale segnata dall'improvvisazione forzata e dalla necessità di rincorrere gli eventi, piuttosto che di anticiparli. Il Commissario militare utilizza una metafora automobilistica per descrivere la crisi dell'approvvigionamento dei vaccini: «a maggio se ne foravano contemporaneamente due» delle quattro ruote su cui si reggeva la campagna vaccinale.

Questa difficoltà di previsione non riguarda solo la fase acuta dell'emergenza, ma si estende anche alle logiche della prevenzione e della pianificazione pandemica. Ancora Rocca sottolinea la paura, radicata tra i funzionari

ministeriali, di assumere decisioni preventive su stock di farmaci o vaccini, per il timore di esporre la propria firma a successive accuse di spreco, come avvenne quando anche in Italia cominciò ad aggirarsi lo spettro dell'avaria:

Quando ci fu l'avaria c'era da comprare nel 2005/2006 milioni di euro di vaccini o di farmaci, adesso non mi ricordo. Poi appunto lì nel Ministero era famosa perché tutti avevano paura di firmare un atto che impegnava per milioni di euro e poi dopo arriva sempre il Pierino di turno: "Ah, avete buttato un milione di euro così".

La lezione che emerge è chiara: senza una cultura della prevenzione, capace di legittimare anche le spese che appaiono "inutili" nel breve periodo, la gestione del rischio pandemico resta intrappolata in una logica reattiva e difensiva.

Un'altra lezione che attraversa l'intero corpus dei materiali analizzati riguarda la fragilità delle infrastrutture digitali, con particolare riferimento ai sistemi di prenotazione e di gestione dei dati. L'esperienza del Click Day, raccontata da Alessio D'Amato, evidenzia quanto la gestione delle tecnologie sia stata in alcuni casi un fattore di vulnerabilità:

C'era il Click Day e questo portava giù i sistemi. [...] Il cambio delle classi [di età, NDR] avveniva sempre a mezzanotte.

Il problema non è solo tecnico, ma riguarda il disegno delle architetture organizzative e il rapporto tra tecnologia e fiducia pubblica. In assenza di sistemi resistenti e flessibili, ogni criticità tecnica rischia di tradursi in una perdita di credibilità istituzionale.

Tuttavia, la vulnerabilità tecnologica è solo una delle espressioni di una fragilità più profonda, che investe la memoria istituzionale e la capacità del sistema di apprendere dalle crisi. È proprio questa difficoltà di apprendimento che attraversa sia il racconto di Rocca sia le conclusioni emerse nel focus group. Vittoria Stigliano osserva come, nonostante l'esperienza vissuta, la capacità di interiorizzare le lezioni della pandemia e di tradurle in innovazioni strutturali resti limitata, segnata da ritardi nella comprensione della gravità degli eventi e da una scarsa propensione alla pianificazione preventiva:

Innanzitutto, abbiamo imparato a non aspettare una settimana, non quindici giorni prima di capire che effettivamente sta succedendo qualcosa.

Nel confronto finale del focus group, emerge con forza l'idea che il vero insegnamento della pandemia debba consistere nella capacità di costruire dispositivi di governance anticipatoria, in grado di superare l'approccio emer-

genziale e di pianificare con continuità investimenti, esercitazioni, stock strategici e reti di collaborazione tra istituzioni.

Se, come sottolineato dai partecipanti al focus group, esiste oggi una maggiore consapevolezza della necessità di piani pandemici aggiornati e di una governance cooperativa, resta aperta la questione della comunicazione del rischio e della fiducia nella scienza. La gestione comunicativa della crisi, segnata da contraddizioni e da una certa “cialtroneria” mediatica, come l’ha definita Andrea Casadio, ha mostrato quanto sia fragile il legame tra sapere esperto, media e opinione pubblica:

Quando doveva entrare in campo la razionalità, l’adesione è andata via via scemando per colpa della comunicazione che ha creato confusione.

Questa considerazione invita a riformulare il tema della pianificazione per le emergenze (quella che nella letteratura internazionale sul tema è conosciuta come *preparedness*) non solo in termini di tecnologie e strutture, ma anche come compito culturale e politico: la costruzione di un’alleanza stabile tra scienza, politica e cittadini, capace di attraversare le crisi senza produrre nuove fratture sociali.

Infine, è ineludibile la considerazione secondo cui la tanto sbandierata autonomia regionale, davanti al banco di prova dell’emergenza sanitaria, abbia dimostrato ampie insufficienze e criticità applicative. Si è visto, infatti, che il coordinamento lasco tra Stato e Regioni ha disorientato i cittadini, incrementato disparità territoriali, considerato forfettariamente le differenze territoriali rispetto all’incidenza del virus, alimentato logomachie mediatiche sulla base di interessi di parte che, non di rado, hanno tenuto più in considerazione i singoli elettorati che non la cittadinanza nel suo complesso. È solo ripartendo da un ruolo di maggiore garanzia istituzionale da parte dello Stato centrale che si potranno evitare, in futuro, criticità simili. Col senno di poi possiamo dire che, grazie alla proverbiale arte di arrangiarsi degli italiani, è andata ragionevolmente bene, ma il sistema-Paese non può più permettersi – in questo come in altri ambiti a garanzia dei diritti dei cittadini: sanità, istruzione, servizi – di presentarsi con la sindrome di Galois⁸. Se non altro, per pianificare un futuro nel rispetto delle generazioni che verranno.

⁸ La “sindrome di Galois” è un’espressione che designa la tendenza a procrastinare fino all’ultimo momento, confidando in un’ispirazione improvvisa o in uno slancio finale risolutivo. Il riferimento è al matematico Évariste Galois, che redasse le sue scoperte decisive la notte prima di morire in duello. Tale atteggiamento, pur talvolta produttivo, espone a rischi organizzativi e cognitivi.

Riferimenti bibliografici

- Bucchi, M. (2002). *Scienza e società*. Bologna: Il Mulino.
- Butera, F. (2022). *Organizzazione e società*. Venezia: Marsilio.
- Cataldi, S. (2009). *Come si analizzano i focus group*. Milano: FrancoAngeli.
- Corrao, S. (2000). *Il focus group*. Milano: FrancoAngeli.
- Decataldo, A. (2024). *Il Focus Group*. In A. Fasanella, S. Mauceri, & S. Nobile (A cura di), *Metodologia della ricerca sociale* (p. 486-506). Milano: FrancoAngeli.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields". *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. doi:<https://doi.org/10.2307/2095101>
- Durkheim, É. (1895). *Règles de la méthode sociologique*. Paris: Félix Alcan; tr. it. *Le regole del metodo sociologico*. Roma: Editori Riuniti, 1996.
- Ezrahi, Y. (1990). *The Descent of Icarus: Science and the Transformation of Contemporary Democracy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Fadda, M., Depping, M. K., & Schulz, P. J. (2015). "Addressing Issues of Vaccination Literacy and Psychological Empowerment in the Measles-mumps-rubella (MMR) Vaccination decision-making: A Qualitative Study". *BMC Public Health*, 836(15). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2200-9>
- Faggiano, M. P. (a cura di). (2024). *Gli italiani nell'evoluzione pandemica*. Milano: FrancoAngeli.
- Felt, U., & Wynne, B. (2007). *Taking European Knowledge Society Seriously*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fleck, L. (1935). *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlinchen Tatsache*. Basel: BennoSchwabe & co.; trad. it. *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico. Per una teoria dello stile e del collettivo di pensiero*. Bologna: Il Mulino, 1983.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard; trad. it. *Storia della sessualità*. Milano: Feltrinelli, 1994.
- Gemini, L., Boccia Artieri, G., Giglietto, F., Farci, M., Brilli, S., & Zurovac, E. (2021). "Ciarlatani. Post-verità, contropubblici online e nuove articolazioni della fiducia nel sistema della medicina". *Salute e Società*, XX(2), 201-222. doi:10.3280/SES2021-002014
- Gobo, G., & Sena, B. (2019). "Oltre la polarizzazione "pro-vax" versus "no-vax". Atteggiamenti e motivazioni nel dibattito italiano sulle vaccinazioni". *Salute e società*, XVIII(2), 176-190. doi:10.3280/SES2019-002014
- Irwin, A. (1995). *Citizen Science. A Study of People, Expertise and Sustainable Development*. London: Routledge.
- Jasanoff, S. (2004). *States of Knowledge: The Co-production of Science and the Social Order*. London: Routledge.
- Lalumera, E. (2021). "Ricostruire la fiducia nel dibattito pubblico in materia di sanità". *il Mulino*, 70(4), 78–87. doi:10.1402/102221
- Laurano, P. (2022). "Un'analisi sociologica della fiducia istituzionale attraverso il prisma della campagna vaccinale. Il caso italiano e il contesto europeo". *Rivista trimestrale di Scienza dell'amministrazione* (4), 1-44. doi:10.32049/RTSA.2022.4.04

- Martinez-Conde, S. (2016). “Has Contemporary Academia Outgrown the Carl Sagan Effect?”. *The Journal of Neuroscience*, 36(7), 2077–2082.
- Mutti, A. (1998). “I diffusori della fiducia”. *Rassegna Italiana di Sociologia* (4), 533-549.
- Nichols, T. (2017). *The Death of Expertise. The Campaign against Established Knowledge and Why It Matters*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Nobile, S. (2024). *Voci dissonanti. Snodi tematici dei refrattari al vaccino*. In M. P. Faggiano (a cura di), *Gli italiani nell’evoluzione pandemica* (p. 282-301). Milano: FrancoAngeli.
- Pacetti, V., & Pichierri, A. (2021). *Le reti organizzative. Che cosa sono e come si studiano*. Bari-Roma: Laterza.
- Pellizzoni, L. (2021). “Pseudoscienza, post-verità, governo del disordine. L’esitazione vaccinale nel XXI secolo”. In L. Pellizzoni, & R. Biancheri (a cura di), *Scienza in discussione?* (p. 31-52). Milano: FrancoAngeli.
- Pichierri, A. (2011). *Sociologia dell’organizzazione*. Bari-Roma: Laterza.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sgobba, A. (2020). *La società della fiducia. Da Platone a WhatsApp*. Milano: Il Saggiatore.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Ten threats to global health in 2019*. Tratto da World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

Gli autori

Mauro Bomba, PhD in Comunicazione, ricerca sociale e marketing (Sapienza, Università di Roma), è assegnista di ricerca la stessa università. I suoi interessi di ricerca rientrano negli ambiti del giornalismo digitale e della comunicazione politica. Tra le ultime pubblicazioni: “Deciding What’s Fact-Checking. Epistemology, Practices, and Professional Boundaries in a Hybrid Field” in *Problemi dell’informazione*, 50 (1), 2025, con L. Serafini e G. Zagni; “The Wall between Journalism and Advertising in Times of Platformization of the News. Evidence from the Italian Case” in *Journalism* 0 (0); 2024, con L. Serafini e C. Ruggiero.

Chiara Coluccia, PhD in Metodologia delle scienze sociali (Sapienza Università di Roma), è tecnologa presso l’ISTAT. Si occupa principalmente della gestione degli aspetti tecnici connessi alle rilevazioni statistiche per l’area tematica “Disabilità”. Tra le ultime pubblicazioni: “La popolazione con limitazioni sensoriali in Italia”, in A. Solipaca, C. Ricci (a cura di), *Nuovo studio sulla popolazione di persone sordocieche, con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità*, Centro Studi Erikson, 2022 e “Risk Factors for Contagion of SARS-COV-2: a Statistical Comparison”, in *Rivista italiana di economia, demografia e statistica*, Vol. LXXV-2-April-June (2021 con A. Battisti, M.C. Romano, S. Staffieri, M.D. Terribili).

Raffaella Gallo, PhD in Comunicazione, ricerca, innovazione - curriculum di Metodologia delle scienze sociali (Sapienza, Università di Roma), è ricercatrice in Sociologia generale presso la stessa università. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull’analisi delle reti sociali (Social Network Analysis), sul Text Mining e sull’analisi del contenuto, con applicazioni in studi empirici su differenti tematiche e contesti d’indagine. Tra le pubblicazioni più recenti si segnalano: “Sustainable Green Educational Paths in the Italian Higher Education Institutions: A Text Mining Approach”, in *Sustainability*,

16 (13) (con F. Deriu, 2024) e *Relazioni sociali e crimine organizzato. Il caso di una rete 'ndranghetista*, FrancoAngeli, 2022.

Selene Greco è dottoranda in Comunicazione, ricerca sociale e marketing, curriculum di Metodologia delle scienze sociali (Sapienza, Università di Roma). I suoi interessi sono relativi al campo della sociologia, con particolare attenzione all'analisi delle organizzazioni e dei reticoli sociali. Tra le ultime pubblicazioni: "Dissonanza organizzativa e attrito produttivo: un caso-studio nel settore no-profit", *The Lab's Quarterly*, XXVII (0) (2025) e "Ragioni implicite ed esplicite della scelta di (non) vaccinarsi. L'adozione di una strategia di ricerca integrata per l'analisi dei meccanismi generativi della riluttanza" in M. P. Faggiano (a cura di), *Gli italiani nell'evoluzione pandemica*, FrancoAngeli, 2024.

Gerardo Ienna, PhD in Philosophy, Science, Cognition and Semiotics presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, è RTT in Sociologia generale alla Sapienza Università di Roma. Ha pubblicato vari articoli e saggi dedicati all'epistemologia storica, agli studi marxisti sulla scienza, agli studi sulla scienza e la tecnologia, ai movimenti scientifici radicali e alla teoria sociale di Bourdieu. Fra le sue pubblicazioni recenti *Genesis and Development of French Historical Epistemology. A Trajectory Toward Political Epistemology*, Springer, 2025).

Alice Luceri ha una Laurea magistrale in Media, comunicazione digitale e giornalismo e un Master di I livello in Scienza nella pratica giornalistica (Sapienza Università di Roma). Fa parte della redazione della testata giornalistica online *POP – Il Giornale Popolare* e collabora con la rubrica *Fatti Straordinari* del web magazine *CosmoPolismedia*, dove approfondisce soprattutto la relazione tra scoperte scientifiche e narrazioni mediatiche.

Melissa Mongiardo, PhD in Comunicazione, ricerca sociale e marketing (Sapienza Università di Roma), è ricercatrice in Sociologia generale presso l'Università degli Studi della Toscana. I suoi interessi di ricerca si collocano nel campo della sociologia generale e della sociologia politica. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Depoliticizzati e ultraleggeri. Le strategie di costruzione del consenso dei partiti politici nelle campagne elettorali 2018-2022* (FrancoAngeli, 2024) e "La polarizzazione ideologica negli Stati Uniti, fra americanismo e guerre culturali", in *Quaderni di teoria sociale*, n. 2 (con M. Diletti, 2022).

Enrico Nerli Ballati, PhD in Metodologia delle scienze sociali (Sapienza,

Università di Roma), è ricercatore dell'ISTAT presso la Direzione Centrale per la Raccolta Dati. Tra i suoi interessi di ricerca figurano: l'ottimizzazione del disegno dei questionari su individui e famiglie, l'analisi della stratificazione sociale e delle aspettative occupazionali dei giovani. Tra le sue recenti pubblicazioni: "L'analisi secondaria" in A. Fasanella, S. Mauceri e S. Nobile (a cura di) *Metodologia della ricerca sociale*, FrancoAngeli, 2025 e "Le aspettative occupazionali degli studenti quindicenni italiani: un'applicazione dell'European Socio-economic Classification ai dati OCSE-PISA 2018" (con L. Palmerio), in *Rivista Trimestrale di Scienze dell'Amministrazione. Studi di teoria e ricerca sociale*, 3/2024.

Stefano Nobile, PhD in Metodologia delle scienze sociali e politiche (Sapienza Università di Roma e Università "Cesare Alfieri" di Firenze), è professore associato presso Sapienza Università di Roma. I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente la metodologia della ricerca sociale, l'analisi dei dati testuali, lo studio dei mutamenti culturali nelle società contemporanee e le trasformazioni della soggettività nell'età digitale. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Metodologia della ricerca sociale. Approcci, strategie e tecniche di indagine* (a cura di, con A. Fasanella e S. Mauceri), FrancoAngeli, 2024 e *Tutti i clacson della mattina. Sociologia del populismo cognitivo* (con C. Lombardo), FrancoAngeli, 2023.

Christian Ruggiero, PhD in Scienze della comunicazione (Sapienza Università di Roma), è professore associato presso la stessa università. I suoi interessi di ricerca riguardano la sociologia del giornalismo, la comunicazione politica, le trasformazioni del sistema dei media, l'evoluzione dei linguaggi informativi e il rapporto tra media e spazio pubblico. Tra le sue ultime pubblicazioni: *Il linguaggio della scienza "vs" il linguaggio della politica* (con C. Lombardo), Maggioli, 2023 e "The Wall Between Journalism and Advertising in Times of Platformization of the News. Evidence from the Italian Case", in *Journalism*, 0 (0), 2024.



Questo volume propone una lettura sociologica della campagna vaccinale contro il Covid-19 in Italia, interpretandola come dispositivo complesso di governance sanitaria, produzione del consenso e costruzione organizzativa. L'analisi si fonda su un ampio apparato empirico: dati ufficiali del Ministero della Salute, documenti istituzionali non facilmente accessibili, un focus group con esperti, interviste a protagonisti centrali del processo decisionale e una rassegna sistematica della copertura mediatica nel corso del 2021.

Attraverso l'integrazione di approcci teorici mutuati dalla sociologia dell'organizzazione, della scienza e della comunicazione, il volume indaga criticamente l'interazione tra attori istituzionali, esperti, territori e opinione pubblica. Il quadro che ne emerge è quello di una governance frammentata, reattiva e spesso disallineata rispetto alle esigenze di pianificazione anticipatoria. La gestione commissariale – oggetto di un'analisi specifica – viene letta come forma emergenziale di interventismo statale che ha operato in condizioni di accoppiamento debole tra i vari livelli istituzionali e decisionali.

La struttura del volume si articola in tre sezioni: la prima ricostruisce il contesto istituzionale e normativo dell'intervento pubblico; la seconda analizza le dinamiche territoriali della logistica vaccinale e l'eterogeneità delle risposte regionali; la terza si concentra sulle tensioni tra scienza, politica e comunicazione, con particolare attenzione al ruolo mediatizzato degli esperti e alla gestione simbolica del dissenso.

Il volume offre un contributo originale allo studio delle politiche sanitarie in contesto emergenziale, mettendo in luce non solo le disfunzionalità organizzative, ma anche le potenzialità trasformative insite in una crisi che ha interrogato a fondo la capacità dello Stato di produrre coordinamento, fiducia e legittimità.

Stefano Nobile è professore associato di Sociologia generale alla Sapienza Università di Roma. Si occupa di metodologia della ricerca sociale, analisi dei linguaggi politici e mutamento culturale. Ha scritto saggi e volumi sulla condizione giovanile, la partecipazione elettorale e la cultura musicale ed è curatore di manuali e ricerche empiriche su valori, stili di vita e comportamenti collettivi.