

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Scientific Committees and COVID-19: Mapping Policy Advice in Italy|Comitati scientifici e COVID-19: una mappatura del policy advice in Italia

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/2021517> since 2024-10-31T15:15:07Z

Published version:

DOI:10.1483/109474

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Versione accettata

Citazione e link alla versione definitiva pubblicata dalla rivista:

Mattia Casula, Anna Malandrino, Andrea Terlizzi, Comitati scientifici e COVID-19: una mappatura del policy advice in Italia, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale" 3/2023, pp. 379-410, doi: 10.1483/109474 URL: <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1483/109474>
Copyright: Il Mulino

Comitati scientifici e COVID-19: una mappatura del *policy advice* in Italia

Mattia Casula, Anna Malandrino e Andrea Terlizzi

Questo articolo indaga il *policy advice* nel caso della risposta italiana alla pandemia da COVID-19. Attingendo dall'ampia letteratura su *evidence-based policy-making* e *policy advice*, esploriamo la natura di quest'ultimo in relazione a due temi principali: 1) gli attori che forniscono *advice* (*who question*), 2) il tipo di *advice* fornito (*what question*). L'articolo presenta evidenza empirica con riguardo all'architettura istituzionale e alle funzioni dei comitati scientifici istituiti a livello centrale e in tutte le regioni italiane. In particolare, ci concentriamo su due dimensioni del *policy advice* regionale: la provenienza dei membri che compongono i comitati (interni o esterni al governo regionale) e il tipo di *expertise* da loro detenuto. L'evidenza indica un'ampia varietà di assetti in termini di attori, tipi e utilizzo dell'*advice*, con i membri dei comitati scientifici che svolgono funzioni che vanno dalla gestione e dal coordinamento alla fornitura di *advice stricto sensu*.

1. Introduzione

Per far fronte alla pandemia da COVID-19, i governi nazionali e subnazionali hanno dovuto fare affidamento sull'effettivo *stock* di capacità a loro disposizione, affidandosi in larga misura alle competenze scientifiche di cui disponevano in una situazione caratterizzata da un elevato livello di incertezza riguardo la natura del problema da affrontare e le soluzioni da attuare. Pertanto, in quasi tutti i Paesi, i governi nazionali hanno istituito, in base alle proprie regole istituzionali, specifici comitati scientifici consultivi, in modo da poter essere adeguatamente informati e supportati nel prendere le decisioni più appropriate. Il ruolo di questi comitati è variato in modo diacronico: durante le prime ondate, il loro ruolo era prominente e guidava in modo significativo le decisioni dei *policy-makers*, mentre è diventato più informativo quando il livello di incertezza è diminuito. In ogni caso, questi comitati si sono rivelati essere attori fondamentali nelle risposte nazionali alla pandemia e hanno rappresentato una delle principali risorse a disposizione dei leader politici nazionali per attivare quelle capacità

essenziali al fine di affrontare crisi inaspettate: *sense-making* (la capacità di raccogliere ed elaborare le informazioni necessarie a definire la crisi stessa), *decision-making* (la capacità di guidare la progettazione di una risposta adeguata e efficace), *meaning-making* (la capacità di costruire una narrazione efficace per legittimare le decisioni e mobilitare cittadine e cittadini a compiere uno sforzo collettivo), *accountability* (la capacità di mostrare pubblicamente ciò che è stato fatto per rispondere alla crisi) e *learning* (la capacità di trarre lezioni dall'esperienza nel tempo) (Boin et al. 2016).

Il ruolo dei comitati scientifici nazionali ha portato a un riorientamento dell'attenzione degli studiosi verso il ruolo delle evidenze scientifiche nella *policy-making* e, soprattutto, verso il ruolo dell'*expertise* nella gestione delle crisi (Cairney e Wellstead 2021; Czypionka e Reiss 2021; Nagata et al. 2021; Rozenblum 2021; Donovan 2021; Easton et al. 2022). È interessante notare come questo processo di istituzione di comitati consultivi *ad hoc* sia avvenuto non solo a livello di governo centrale, ma anche a livello regionale o locale in Paesi caratterizzati da diversi gradi di decentramento. È il caso di diverse unità subnazionali in Australia, Canada, India, Italia, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti. In una situazione di crisi in cui i governi nazionali di ogni Paese hanno avuto una tendenza strutturale a centralizzare la risposta di politica sanitaria e quindi ad affidarsi a comitati consultivi a livello di amministrazione centrale, la costituzione di unità subnazionali potrebbe apparire irrazionale. La costituzione di unità di *policy advice* a livelli subnazionali di governo, tuttavia, potrebbe essere dovuta a dinamiche di governance multilivello e dunque alla sovrapposizione tra una crisi di dimensioni epocali e le storiche caratteristiche degli assetti (inter-)istituzionali prevalenti nei vari contesti.

In questo articolo, affrontiamo il fenomeno analizzando lo sviluppo e le dinamiche di funzionamento dei comitati consultivi subnazionali *ad hoc* istituiti in risposta alle questioni di natura sanitaria legate alla pandemia. Il caso italiano risulta essere particolarmente interessante perché tutti i governi regionali hanno istituito uno o più comitati consultivi. Nel prosieguo dello scritto indagheremo soprattutto questo livello regionale, offrendo al tempo stesso una dettagliata e necessaria contestualizzazione di ciò che è avvenuto a livello centrale. Quali sono state le dimensioni di una simile comitologia regionale appositamente costituita per fronteggiare l'emergenza da COVID-19? Come si è configurata la composizione di questi comitati? Quali sono state le principali competenze che le esperte/i selezionate/i hanno potuto mettere a disposizione? Dal momento che sappiamo relativamente poco sul funzionamento dei sistemi di *advice* a livello subnazionale, e data la mancanza di una teoria consolidata e la natura esplorativa della recente letteratura di settore in questo ambito (Capano et al. 2023; Connell et al. 2023), questo articolo presenta dati originali al fine di poter

formulare ipotesi sul ruolo che diversi fattori di carattere politico e istituzionale possono giocare nella genesi e composizione della comitologia regionale (sugli studi di tipo *hypohotesis-generating*, si veda Gerring 2007).

L'articolo è strutturato come segue. Nel paragrafo successivo viene delineato un quadro analitico sul ruolo e le caratteristiche dei sistemi di *advice* in situazioni di crisi. Nel terzo paragrafo vengono descritte le caratteristiche dei sistemi di *advice* in ambito sanitario a livello nazionale e regionale istituiti in Italia per far fronte alla pandemia. Nel quarto paragrafo vengono presentati il disegno di ricerca e la metodologia adottata. Il quinto paragrafo presenta le principali evidenze empiriche. Il sesto paragrafo discute i risultati e propone alcune ipotesi esplicative. Infine, nelle conclusioni vengono suggerite alcune direzioni di ricerca per il futuro.

2. Competenza, *advice* e gestione delle crisi

Le competenze, le capacità analitiche, l'organizzazione e le modalità di lavoro dei sistemi di *advice* sono considerate dimensioni rilevanti dei processi di *policy-making*. Esiste un'ampia letteratura che indaga le dinamiche di *evidence-based policy-making* e se e come le conoscenze derivanti dal *policy advice* siano realmente utilizzate nei processi decisionali (Cairney 2016; Parkhurst 2017; Christensen 2021). Diversi studi offrono un'analisi dettagliata di come sono organizzati i sistemi di *advice*, che tipo di conoscenza possono fornire e quali funzioni possono svolgere in base alle loro caratteristiche e al contesto (Craft e Halligan 2017; Craft e Wilder 2017; Howlett 2019). Da questa letteratura si evince che esistono tre questioni fondamentali riguardanti le caratteristiche dei sistemi di *policy advice*. Tali questioni si riferiscono alla composizione dei comitati consultivi (cioè, quale mix di competenze professionali offrono), il tipo di *advice* che offrono e il loro ruolo in termini di influenza nel *policy-making*.

Quanto più grave è una crisi, tanto più è probabile che, almeno per un determinato periodo di tempo, il contributo della conoscenza scientifica sia considerato una risorsa oggettiva ineludibile per prendere decisioni. Il COVID-19 ha costituito sicuramente una grave minaccia ai valori e alle norme fondamentali di un sistema, che in circostanze di urgenza e incertezza rende necessario prendere decisioni vitali (Rosenthal, Charles, e 't Hart 1989, 10). Pertanto, i decisori si sono trovati in una situazione altamente ambigua. Non sapevano quale fosse il problema e di conseguenza non sapevano come affrontarlo. In questo contesto, l'istituzione di comitati tecnico-scientifici, almeno a livello nazionale, è essenziale perché si ritiene che solo gli/le esperti/e abbiano le conoscenze adeguate a ridurre il livello di incertezza e quindi a definire il problema ed eventualmente

determinare come risolverlo o contenerlo (Boin *et al.* 2016). Nel complesso, si tratta di un ruolo sostanziale che può favorire, da un lato, il disegno di una politica basata sull'evidenza scientifica e quindi una «politica guidata dalla conoscenza» e dall'altro, nel caso in cui l'*advice* offra più di una possibile soluzione, una «politica guidata dal *problem-solving*» (trad. da Weiss 1979).

Ovviamente, si può ritenere che gli *advisor* scientifici svolgano anche un ruolo di legittimazione per i decisori (Boswell 2008), perché questi ultimi possono affermare di fare «ciò che è necessario in base a ciò che ci dicono gli esperti» (trad. da Weaver 1986). Questo ruolo centrale può essere sicuramente riconosciuto ai comitati consultivi nazionali che sono stati istituiti ovunque per combattere la pandemia. Sorge però spontaneo chiedersi se tale ruolo possa essere applicato anche ai comitati consultivi scientifici creati a livello subnazionale. A tal riguardo, la letteratura sull'uso della conoscenza nel *policy-making* suggerisce che il ruolo dei comitati consultivi subnazionali potrebbe essere tattico (Weiss 1979) o simbolico (Rimkutė 2015). In tal senso, il governo subnazionale potrebbe voler mostrare di avere un certo grado di autonomia dal governo nazionale nel disegnare, formulare, ed implementare soluzioni di policy.

Per inquadrare l'esperienza della fiorente «comitologia» che ha caratterizzato il caso Italiano, il presente articolo indaga le caratteristiche dei comitati tecnico-scientifici lungo due dimensioni: 1) gli attori che forniscono *advice* (*who question*), e 2) il tipo di *advice* fornito (*what question*). Per quanto riguarda la prima dimensione (*who question*), la composizione dei comitati consultivi è rilevante perché definisce sia la gamma di competenze che saranno apportate nell'offerta di conoscenza sia il livello di apertura all'ambiente extra-istituzionale. Ad esempio, Head (2010) e Donovan (2021) sottolineano che i sistemi di *policy advice* dovrebbero includere una gamma diversificata di prospettive, discipline scientifiche e campi di competenza. Suggestiscono anche il coinvolgimento di altre forme di conoscenza proveniente da attori quali *practitioners* e *stakeholders*. Nel caso di una crisi pandemica, appare importante che le conoscenze scientifiche coinvolte coprano molteplici dimensioni del problema e che vengano coinvolti esperti/i esterne/i alle istituzioni sanitarie. Nel caso del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) italiano, tutti i membri della sua prima composizione sono stati nominati sulla base della loro posizione istituzionale e non del loro background scientifico. Inoltre, questi membri avevano prevalentemente un retroterra professionale e formativo di tipo medico, il che implica una competenza omogenea. In altri Paesi, la composizione è stata più differenziata. Ad esempio, il *Sage Committee* inglese era composto da *advisors* non solo di scienze biomediche, ma anche di antropologia, storia e scienze comportamentali; il gruppo di *advisors* canadese, nominato dal *Chief Science*

Advisory del Canada, comprendeva anche esperti/e di modellizzazione delle malattie e di scienze comportamentali e del rischio; l'*Outbreak Management Team* nei Paesi Bassi era composto da persone che ricoprivano posizioni istituzionali nel sistema sanitario e da membri dell'associazione medica professionale del Paese; in Francia, i membri del Consiglio scientifico erano una combinazione di *advisors* medici (immunologia, sanità pubblica, virologia, epidemiologia, malattie infettive, modellistica, terapia intensiva, medicina generale e di famiglia) e non medici (antropologia sociale, sociologia, tecnologia dell'informazione) con un rappresentante della società civile in aggiunta (Athani-Dualt *et al.* 2020); mentre in Svezia non è stato istituito un comitato *ad hoc* ma il ruolo consultivo principale è stato svolto dall'Agenzia per la Salute Pubblica. È anche importante identificare se l'affiliazione istituzionale dei membri del comitato consultivo è interna all'apparato governativo o esterna ad esso (Howlett e Migone 2013).

Per quanto concerne la seconda dimensione (*what question*), ossia il tipo di conoscenza e *advice* offerto, la letteratura fornisce diverse dicotomie. Ad esempio, alcuni studi hanno distinto tra conoscenza di natura politica e conoscenza di natura tecnica, ove la seconda comprende la conoscenza che deriva sia dalla ricerca scientifica che dall'attuazione pratica (conoscenza «professionale») (Head 2008). Altri studi hanno differenziato l'*advice* strategico da quello operativo (Boston 1994). Prasser (2006) propone di distinguere tra *advice* «a freddo», a lungo termine, fattuale e indipendente, e *advice* «a caldo», a breve termine, guidato dalla crisi e attento alle conseguenze politiche. In modo analogo, la letteratura ha recentemente distinto tra competenze legate alla persona, acquisite grazie al coinvolgimento a lungo termine e approfondito degli *advisors* in un argomento, ed evidenza scientifica, generata attraverso processi scientifici standard (Hadorn *et al.* 2022; Ledermann 2014). Infine, più nel dettaglio, potremmo anche distinguere tra diversi tipi di conoscenza in base alle aree «tematiche» a cui appartengono gli *advisors* e quindi alle norme specifiche che caratterizzano ciascuna area, ad esempio la medicina, il diritto o l'economia. L'*advice* fornito dal CTS nazionale Italiano durante la crisi da COVID-19, per esempio, è stato guidato in particolare dalle conoscenze mediche, al punto che gli/le esperti/e coinvolti/e hanno ammesso candidamente di non avere le competenze necessarie per esaminare questioni al di fuori dell'area sanitaria (Hadorn *et al.* 2022).

3. I comitati tecnici consultivi COVID-19 in Italia

In Italia, dopo la dichiarazione dello stato di emergenza causata dalla diffusione della pandemia da COVID-19 (31 gennaio 2020), sono stati

assegnati al governo centrale notevoli poteri di gestione dell'emergenza, anche se alle regioni è stato lasciato un certo margine per adottare misure più restrittive (Malandrino e Demichelis 2020). Pochi giorni dopo la dichiarazione dello stato di emergenza, il 5 febbraio 2022, è stato istituito il CTS nazionale: inizialmente composto da sette membri, è stato successivamente ampliato – tra aprile e maggio 2020 – a 26. Il CTS è stato il principale organo di *advice* politico durante la pandemia (Capano 2020). I membri del CTS sono stati selezionati non solo in base alle loro competenze individuali, ma anche per la loro posizione nelle principali autorità sanitarie del Paese: il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Protezione Civile, il Consiglio Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco, gli ordini professionali e le società scientifiche.

I membri del CTS sono stati reclutati a titolo gratuito e la maggior parte di essi possedeva una laurea in medicina e chirurgia. Avevano quindi competenze prettamente di natura medica. Per quanto riguarda le specializzazioni mediche, quelle più rappresentate erano legate alla salute pubblica, alle malattie infettive e alla medicina d'urgenza. La ristretta gamma di competenze presenti nel CTS (Pistoi 2021) è stata tuttavia parzialmente compensata dall'istituzione di altre task force settoriali a supporto del lavoro dei ministeri (Capano 2020; Galanti e Saracino 2021). Il CTS mancava anche di diversità in termini di equilibrio di genere, con una netta prevalenza di uomini, un aspetto che è stato fortemente criticato dalla stampa (Galanti e Saracino 2021; Pistoi 2021).

Come conseguenza di tali pressioni, la composizione del CTS ha subito alcune variazioni nel tempo. Nella sua prima composizione, il CTS era composto da sette membri, selezionati principalmente in base alle posizioni dirigenziali che ricoprivano presso il Ministero della Salute e altre istituzioni sanitarie e di emergenza nazionali. Tutti e sette i membri originari erano uomini laureati in medicina. Tre dei sette componenti avevano una specializzazione in igiene e medicina preventiva. Queste tendenze sono rimaste inalterate con il rimpasto avvenuto due mesi dopo, quando il CTS è stato ampliato con 13 nuovi componenti di sesso maschile (di cui 11 con competenze mediche). Solo un mese dopo, anche a causa delle critiche ricevute, la predominanza maschile è stata parzialmente modificata integrando il CTS con sei donne. A metà maggio 2020, il CTS era composto da 26 membri, di cui 22 laureati in medicina. La specializzazione medica predominante continuava a essere igiene e medicina preventiva (7 membri), seguita da medicina d'urgenza (3 membri). Venti dei 26 membri erano uomini. Fatta eccezione per due aggiunte di membri tra il novembre 2020 e il gennaio 2021, il quarto grande cambiamento nella composizione del CTS è avvenuto nel marzo 2021, dopo che l'esecutivo del nuovo primo ministro Mario Draghi ha sostituito quello di Giuseppe Conte e il CTS è stato

nuovamente rimpastato, anche se i modelli di genere e di competenze sopra menzionati sono rimasti fondamentalmente intatti. A metà marzo 2021, il CTS era composto da 12 membri. Tuttavia, uno di essi si è dimesso subito dopo la sua nomina. Degli 11 membri rimanenti, solo due erano donne. Otto degli 11 membri erano laureati in medicina. Due membri erano specialisti in igiene e medicina preventiva, mentre altri due erano specialisti in malattie infettive.

Dalla sua istituzione iniziale fino alla fine dello stato di emergenza nel marzo 2022, il CTS ha tenuto 229 riunioni. Alcuni membri del CTS hanno rilasciato dichiarazioni pubbliche per rassicurare i cittadini e informarli sulle tendenze epidemiologiche e sulle relative risposte. Il CTS ha anche espresso frequentemente critiche e preoccupazioni circa il comportamento degli attuatori delle politiche, in particolare di alcune regioni italiane in cui le norme di distanziamento sociale non venivano debitamente applicate. Il CTS ha fornito conoscenze rilevanti in modo tempestivo e legato alla situazione, con indicazioni basate sulle sue valutazioni delle situazioni attuali e contenenti suggerimenti diretti per le decisioni dei responsabili politici, anche attraverso raccomandazioni politiche presentate negli atti delle frequenti riunioni del CTS. In particolare, durante le prime due ondate, la risposta politica si è sovrapposta quasi completamente all'*advice* tecnico del CTS e gli annunci pubblici delle decisioni governative facevano costantemente riferimento alle raccomandazioni del CTS (Camporesi *et al.* 2022; Hodges *et al.* 2022).

Comitati tecnici a livello regionale

Analogamente a quanto avvenuto a livello nazionale, anche i singoli governi regionali hanno istituito organi collegiali *ad hoc* per affrontare l'emergenza pandemica. Abbiamo mappato un totale di 46 organismi regionali istituiti nel corso del 2020 con l'esplicito compito di supportare i governi nella gestione della pandemia da COVID-19. La maggior parte (quasi due terzi) di questi organismi regionali è stata istituita tra il 21 febbraio 2020 e il 7 aprile 2020. A seconda della regione, questi organi sono stati denominati in modo diverso. Sono state utilizzate almeno una dozzina di etichette diverse. Le denominazioni più utilizzate sono state «unità di crisi» (13 casi), «task force sul coronavirus» (12 casi) e «comitato tecnico e/o scientifico» (8 casi). Tuttavia, queste denominazioni non sono state utilizzate in modo coerente tra le regioni.

Indipendentemente dall'etichetta con cui questi organismi sono stati formalmente identificati, è stato necessario fare una distinzione essenziale tra i comitati consultivi scientifici e le unità operative che hanno

coordinato le operazioni di emergenza. Abbiamo quindi proceduto a distinguere gli organismi regionali per l'emergenza coronavirus in queste due grandi categorie sulla base di due criteri: (1) la composizione di questi organi collegiali e (2) le funzioni ad essi assegnate dagli atti formali con cui questi organi sono stati istituiti.

Comitati consultivi scientifici. Da un lato, abbiamo i comitati consultivi «tecnico-scientifici» che i governi regionali hanno istituito per ottenere supporto scientifico e/o per richiedere pareri tecnici, suggerimenti e soluzioni. Questi comitati scientifici (come spiegheremo più dettagliatamente nella prossima sezione) erano composti principalmente da esperti/e esterni/e alle amministrazioni regionali in senso stretto, reclutati/e sulla base delle loro competenze e/o della posizione ricoperta in ospedali, Aziende Sanitarie Locali e organizzazioni di ricerca. Tutte le regioni italiane hanno istituito almeno un organismo di questo tipo e alcune regioni ne hanno istituito più di uno. Complessivamente, nelle 20 regioni italiane sono stati istituiti 31 comitati scientifici regionali. In accordo con il CTS nazionale, i comitati scientifici regionali avevano un numero medio di 16 membri. Nella stragrande maggioranza dei casi (25 su 31), nessun membro dell'esecutivo regionale figurava nella composizione interna di questi organismi. Questi organismi possono quindi essere considerati comitati scientifici «puri», senza sovrapposizioni tra comitati consultivi ed esecutivo regionale. In sei regioni, invece, i comitati «tecnico-scientifici» comprendevano il/la presidente della regione e/o alcuni assessori regionali. In questi casi, i politici regionali erano membri dell'organo tecnico (spesso lo presiedevano) e la netta separazione tra l'esecutivo regionale e l'organo consultivo tecnico era quindi compromessa.

Organi di coordinamento operativo. Oltre ai comitati consultivi scientifici, la maggior parte delle regioni (12 su 20) ha istituito organismi di coordinamento operativo, spesso chiamati «unità di crisi». In tutte le regioni sono stati mappati 15 organismi di questo tipo. Ad eccezione di un caso anomalo registrato in Lombardia (che ha istituito un'unità di crisi di oltre 150 membri), le «unità di crisi» sono generalmente organismi più piccoli dei comitati scientifici, avendo in media 9 membri. Le unità di crisi comprendevano solitamente i responsabili regionali della Protezione Civile, alti dirigenti degli uffici amministrativi regionali, direttori generali di ASL e Aziende Ospedaliere, prefetti e rappresentanti dei sindaci. Nella maggior parte dei casi, a questi organismi «operativi» non sono state assegnate funzioni di *advise* scientifico. Per questo motivo, queste «unità di crisi» non rientrano nell'ambito del presente articolo.

Diverse modalità organizzative regionali. Sulla base di questa fondamentale distinzione tra comitati scientifici consultivi e organismi di coordinamento operativo («unità di crisi»), notiamo che le singole regioni hanno adottato modalità organizzative diverse per affrontare l'emergenza COVID-19. In alcune regioni (Friuli-Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, province autonome di Trento e Bolzano, Valle d'Aosta) è stato istituito un solo comitato tecnico-scientifico e non è stato previsto un organismo operativo (unità di crisi) in aggiunta a quelli preesistenti. In 9 regioni sono stati istituiti sia un comitato scientifico che almeno una «unità di crisi» operativa. Infine, alcune regioni hanno istituito più di un comitato scientifico consultivo: in Abruzzo, Liguria e Sardegna, due; in Emilia-Romagna e Veneto, tre; in Piemonte, quattro. Nella maggior parte dei casi, un organismo tecnico ha sostituito un organismo precedentemente istituito. In almeno due regioni (Piemonte e Sardegna) hanno operato contemporaneamente più comitati tecnici, differenziati per composizione interna e compiti assegnati.

4. Disegno della ricerca e metodologia

Questo studio ha natura esplorativa (Gerring 2007), andando ad esaminare le somiglianze e le differenze tra i sistemi di *policy advice* istituiti a livello subnazionale con l'obiettivo di formulare ipotesi esplicative. In questo paragrafo, illustriamo come sono stati raccolti, codificati ed analizzati i dati. Il disegno della ricerca è strutturato attorno ai due temi fondamentali: 1) gli attori che forniscono *advice* e 2) il tipo di *advice* fornito.

Raccolta dei dati

Per ciascuna delle venti regioni italiane sono stati identificati tutti i comitati scientifici creati a supporto dell'amministrazione regionale per affrontare l'emergenza di COVID-19. I dati sono stati raccolti attraverso una ricerca online. In particolare, sono state analizzate fonti regionali ufficiali, oltre a fonti giornalistiche nazionali e locali. Inoltre, nei casi di incompletezza delle fonti online, sono stati contattati i dipartimenti regionali della salute per ulteriori informazioni.

Per tutti i comitati scientifici regionali selezionati (N=31), i membri sono stati identificati in base all'atto regionale di nomina. Per ciascuno dei 508 membri identificati, abbiamo esaminato il curriculum vitae e selezionato le seguenti informazioni:

- Nome e cognome
- Data di nomina
- Data di fine nomina
- Genere
- Titolo di studio
- Specializzazione post-laurea (se presente)
- Affiliazione e posizione ricoperta.

Analisi dei dati

Tutte le informazioni rilevanti ricavate da ciascun curriculum vitae sono state codificate in base ad un *coding frame*. Quest'ultimo è stato generato induttivamente e strutturato attorno a due dimensioni: 1) la provenienza dei membri e 2) le competenze dei membri.

Per quanto riguarda la provenienza dei membri, in linea con la letteratura (Galanti e Lippi 2022; Howlett 2019; Laage-Thomsen, 2021), abbiamo individuato la provenienza dell'*advice*: 1) interna al governo regionale e/o al sistema sanitario regionale¹ (membri interni) e 2) esterna sia al governo regionale che al sistema sanitario regionale (membri esterni). Per quanto riguarda le competenze dei membri, abbiamo coperto l'intera gamma di competenze utilizzabili nell'ambito della sanità pubblica e nella gestione delle crisi, così come evidenziato dalla letteratura (si veda e.g. Head 2010; Lancaster *et al.* 2020; Masood *et al.* 2020; OECD 2020). Le categorie di codifica sono le seguenti:

- Medicina
- Operatori sanitari²
- Management sanitario³
- Diritto/amministrazione pubblica
- Economia/statistica
- Ingegneria/informatica

¹ Per sistema sanitario regionale intendiamo l'insieme delle aziende sanitarie pubbliche. Non rientrano dunque nella nostra definizione le strutture private e le strutture private convenzionate.

² Rientrano in questa categoria le professioni sanitarie esclusa quella medica (e.g., infermieristica, fisioterapia).

³ Rientrano in questa categoria i Direttori Generali e, ove presenti, i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

- Psicologia
- Chimica/farmacia
- Comunicazione
- Logistica
- Altro.

Sulla base di questo materiale codificato, abbiamo costruito un indice tipologico che combina le due categorie «provenienza» e «competenza». Abbiamo proceduto innanzitutto con la composizione di due indici per ciascuna categoria, come mostrato nella tabella 1 e nella tabella 2. La costruzione di questi due indici tiene conto non solo della domanda di ricerca da cui siamo partiti, ma anche delle caratteristiche del sistema politico-amministrativo italiano. Interrogandoci su quale sia stata la comitologia regionale appositamente costituita in risposta ad una emergenza di *public health*, un peso maggiore per la costruzione dell'indice di competenza è stato dato alla competenza medica, essendo noi interessati ad analizzare quanto la composizione degli organi regionali si sia assestata su *expertise* di natura medica o abbia interessato competenze diverse rispetto a quest'ultima. In questo modo, l'indice di competenza intende mostrare la mono/multidisciplinarietà dei comitati. Relativamente all'indice di provenienza, invece, e in continuità con la precedente argomentazione sulle competenze dei membri dei comitati, si è cercato di costruire un indice in grado di mostrare la maggiore o minore vicinanza dei membri al governo (*government*) regionale. Pur considerando, al fine della costruzione dei quattro tipi, l'appartenenza sia ai governi regionali che ai sistemi sanitari regionali come «interna», la diversa gradazione dei valori assegnati dallo 0,5 all'1 intende captare la scelta delle regioni di nominare membri che appartengono *in toto* alla nomenclatura istituzionale regionale. Ciò appare rilevante in virtù del lungo processo di privatizzazione della sanità italiana che porta sempre più ad avere sistemi sanitari regionali in cui pubblico e privato si combinano tra loro.

TAB. 1. *Indice di provenienza.*

Valori	Descrizione
1	Comitati in cui la provenienza interna ai governi regionali è maggiore o uguale al 76%
0,75	Comitati in cui la provenienza interna ai governi regionali e ai sistemi sanitari regionali è compresa tra il 51% e il 100%
0,5	Comitati in cui la provenienza interna ai sistemi sanitari regionali è maggiore o uguale al 76%
0,25	Comitati in cui la provenienza esterna è compresa tra il 51% e il 75%
0	Comitati in cui la provenienza esterna è maggiore del 76%

TAB. 2. *Indice di competenza.*

Valore	Descrizione
1	Comitati in cui la competenza medica è maggiore o uguale al 76%
0,75	Comitati in cui la competenza medica è compresa tra il 51% e il 75%
0,5	Comitati in cui la competenza medica non supera il 50% e c'è un'altra competenza che copre almeno il 25%
0,25	Comitati in cui nessuna delle competenze supera il 33.3%
0	Comitati in cui nessuna delle competenze supera il 20%

Incrociando i due indici, sono stati identificati quattro tipi di *advice* (tabella 3):

- Tipo 1: Competenza medica interna. *Advice* fornito da comitati scientifici composti principalmente da membri con competenze mediche provenienti sia dai governi regionali che dai sistemi sanitari regionali;
- Tipo 2: Competenza mista interna. *Advice* fornito da comitati scientifici con competenze eterogenee e membri principalmente provenienti dai governi regionali (e in misura minore dai sistemi sanitari regionali);
- Tipo 3: Competenza mista esterna. *Advice* fornito da comitati scientifici con competenze eterogenee e membri esterni sia ai governi regionali che ai sistemi sanitari regionali;
- Tipo 4: Competenza medica esterna. *Advice* fornito da comitati scientifici composti principalmente da membri con competenze mediche ed esterni sia ai governi regionali che ai sistemi sanitari regionali.

TAB. 3. *Tipi di advice.*

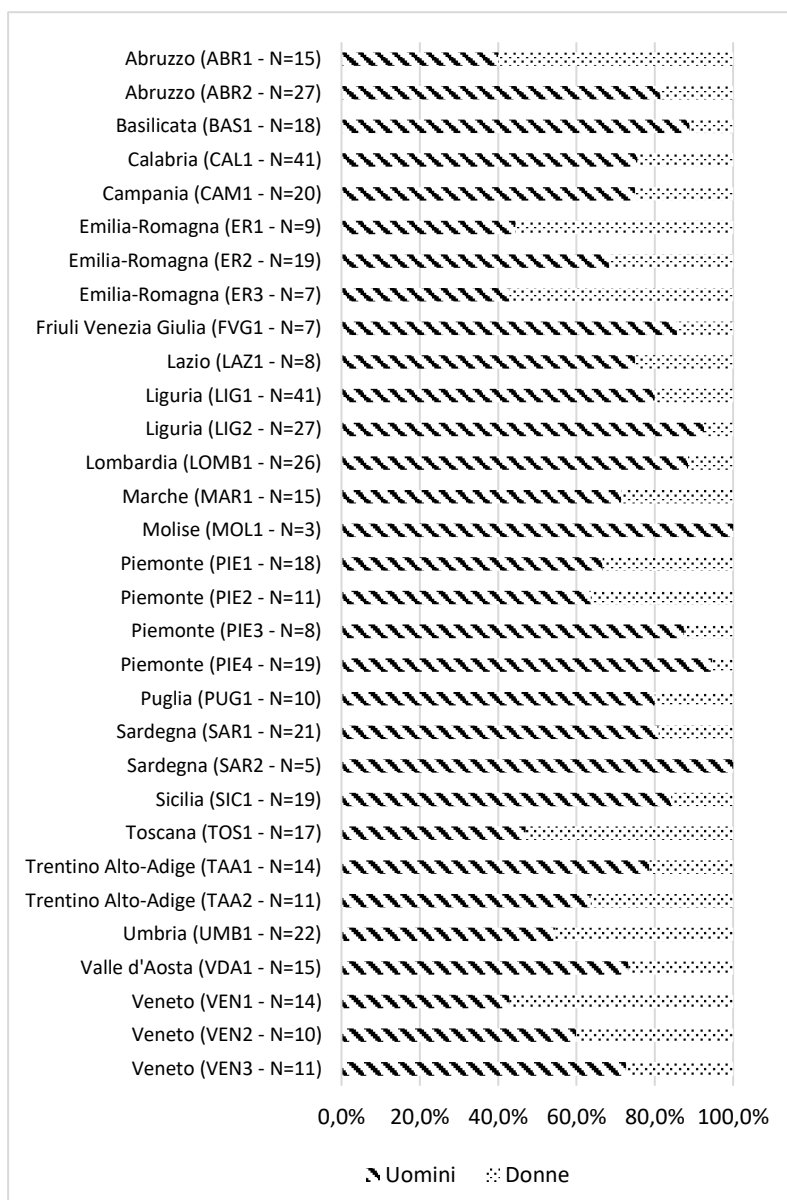
Competenza	Provenienza				
	1	0,75	0,5	0,25	0
1	Tipo 1			Tipo 4	
0,75					
0,5	Tipo 2			Tipo 3	
0,25					
0					

Nel paragrafo seguente, identifichiamo le tendenze comuni nonché le differenze tra le venti regioni italiane. In particolare, ricostruiamo la composizione dei comitati scientifici regionali (genere, provenienza e competenze dei membri di ciascun comitato scientifico) e la distribuzione dei quattro tipi di *advice* forniti dai diversi comitati scientifici.

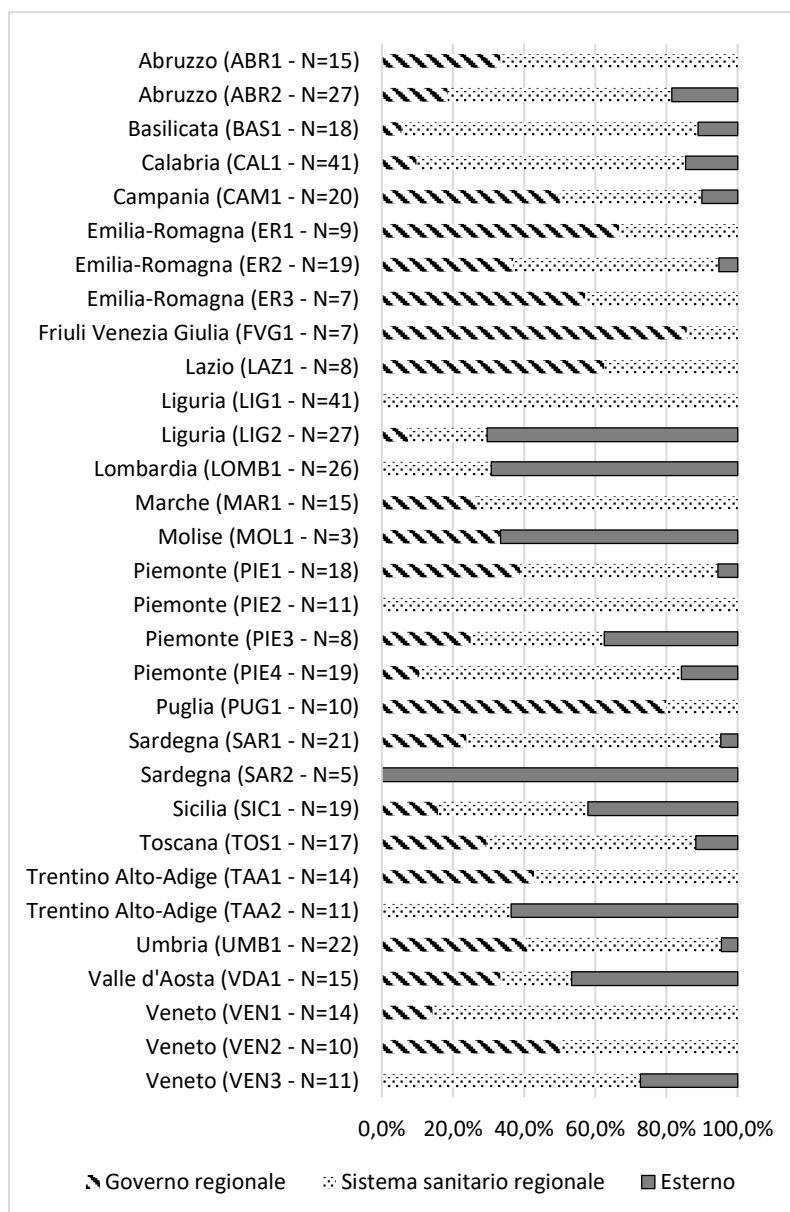
5. Evidenza empirica

La composizione dei comitati consultivi scientifici regionali

Con alcune eccezioni, tutte le regioni italiane hanno creato comitati scientifici composti principalmente da uomini (figura 1). Lo squilibrio di genere è particolarmente evidente in Basilicata, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte e Sicilia, con due piccoli comitati scientifici regionali istituiti in Sardegna e Molise composti esclusivamente da uomini. Solo quattro regioni hanno istituito comitati scientifici in cui le donne sono rappresentate più degli uomini (anche se in tutti i casi, non superano il 60% dei membri totali).

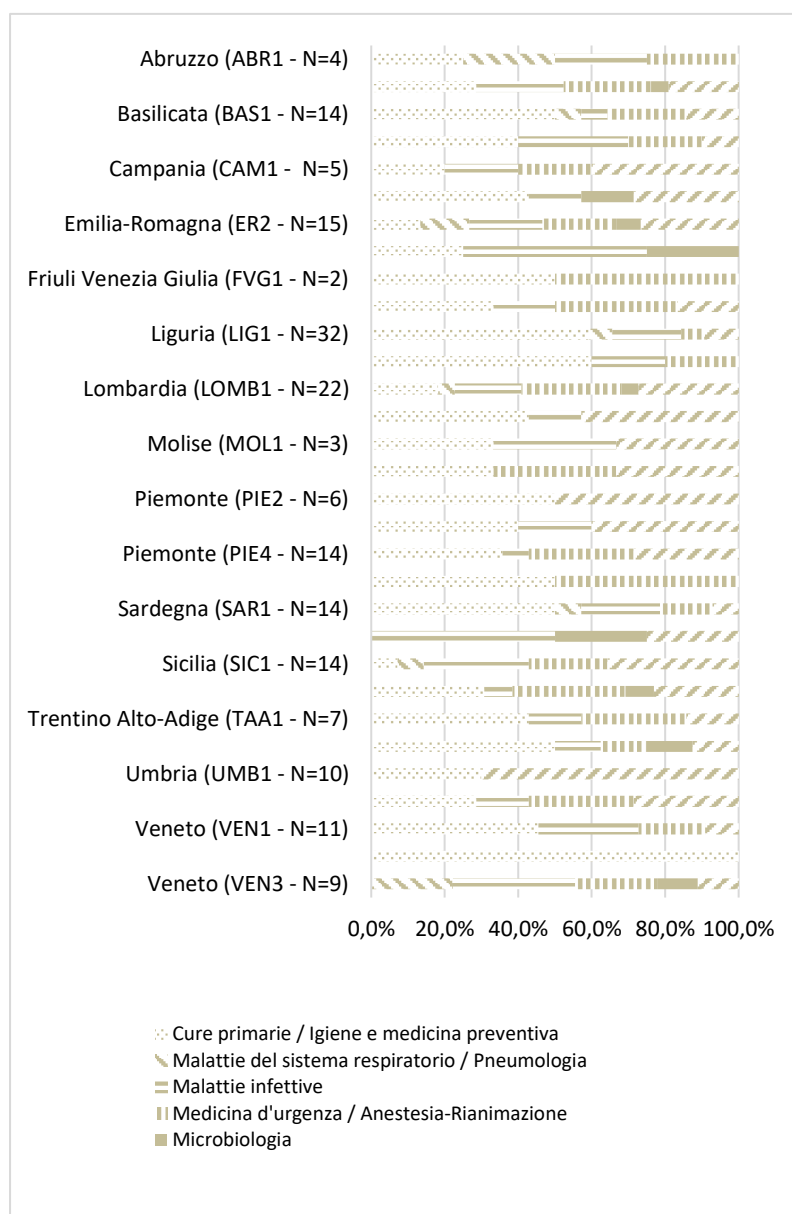
FIG. 1. *Genere: Distribuzione per regione e comitato.*

Riguardo la provenienza dei membri, mentre nella maggior parte dei comitati scientifici prevale la presenza di membri provenienti dai governi regionali o dal sistema sanitario regionale, la provenienza esterna è predominante solo in cinque comitati – in Liguria, Lombardia, Molise, Sardegna e Trentino Alto-Adige. Un comitato in Sardegna è interamente composto da membri esterni. Tuttavia, questo comitato conta solo cinque membri. È interessante notare che ci sono comitati scientifici in cui il governo regionale non è rappresentato – in Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Trentino Alto-Adige e Veneto.

FIG. 2. *Provenienza: Distribuzione per regione e comitato.*

In merito alle competenze dei membri (figura 3), la competenza medica è, ovviamente, presente in tutti i comitati scientifici regionali. Tuttavia, in diversi comitati (14 su 31), quella medica non è la principale competenza. Infatti, in due comitati, in Liguria e Puglia, la percentuale di membri con esperienza medica è molto bassa. Per quanto riguarda la specializzazione medica, nel complesso, la maggior parte dei membri ha una specializzazione in cure primarie o igiene e medicina preventiva. Inoltre, medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione sono specializzazioni ricorrenti (figura 4). In alcuni comitati, troviamo una buona percentuale di membri con esperienza in management sanitario (Calabria, Campania, Piemonte e Veneto), così come in diritto e amministrazione pubblica (Abruzzo, Liguria, Umbria e Valle D'Aosta). Inoltre, alcuni comitati scientifici sembrano essere caratterizzati da una vasta varietà di competenze (ad esempio, in Abruzzo e Puglia) (figura 3).

FIG. 4. *Specializzazione medica: Distribuzione per regione e comitato.*



Il Tipo di *advice*

La maggior parte dei comitati scientifici (48% del totale) è composta principalmente da membri con *competenza medica interna*, provenienti cioè dai governi regionali e dai sistemi sanitari regionali (Tipo 1). Mentre in alcune regioni (in particolare Abruzzo, Liguria, Piemonte, Sardegna e Veneto), i comitati che forniscono competenze mediche interne sono affiancati da altri tipi, in altre regioni (in particolare Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Toscana) non è presente alcun altro tipo di comitato. L'altro tipo di *advice* che appare frequentemente è il Tipo 2 – *Competenza mista interna* (35% del totale), caratterizzato da competenze eterogenee dei membri provenienti principalmente dai governi regionali. Quattro regioni (Lombardia, Molise, Sardegna e Trentino Alto-Adige) hanno creato comitati scientifici che forniscono *competenza medica esterna* (Tipo 4), mentre solo un consiglio in Liguria presenta membri con *competenza mista esterna* (Tipo 3). La tabella 4 presenta la distribuzione per regione dei tipi di *advice*.

TAB. 4. *Tipi di advice: Distribuzione per regione.*

Regione (numero di comitati)	Tipo 1: <i>Competenza medica interna</i>	Tipo 2: <i>Compe- tenza mista interna</i>	Tipo 3: <i>Compe- tenza mista esterna</i>	Tipo 4: <i>Competenza medica esterna</i>
Abruzzo (2)	ABR2	ABR1		
Basilicata (1)	BAS1			
Calabria (1)		CAL1		
Campania (1)		CAM1		
Emilia-Ro- magna (3)	ER1; ER2; ER3			
Friuli Vene- zia-Giulia (1)		FVG1		
Lazio (1)	LAZ1			
Liguria (2)	LIG1		LIG2	
Lombardia (1)				LOMB1
Marche (1)		MAR1		
Molise (1)				MOL1
Piemonte (4)	PIE2; PIE3; PIE4	PIE1		

Puglia (1)		PUG1		
Sardegna (2)	SAR1			SAR2
Sicilia (1)	SIC1			
Toscana (1)	TOS1			
Trentino Alto-Adige (2)		TAA1		TAA2
Umbria (1)		UMB1		
Valle d'Aosta (1)		VDA1		
Veneto (3)	VEN1; VEN3	VEN2		
<i>Totale</i>	<i>15 (48.4%)</i>	<i>11 (35.5%)</i>	<i>1 (3.2%)</i>	<i>4 (12.9%)</i>

6. Discussione

L'analisi presentata rappresenta solo un primo sguardo a un fenomeno empirico più ampio. Tuttavia, essa offre interessanti indicazioni su come la crisi abbia «strutturato» l'uso della competenza e della conoscenza scientifica. Innanzitutto, è notevole la varietà di comitati scientifici istituiti dalle regioni italiane. Il punto non è chiedersi perché le regioni italiane abbiano istituito questi comitati. Questo non era inatteso data la caratteristica del regionalismo italiano, la tendenza alla federalizzazione e la politicizzazione della crisi da COVID-19 da parte dei presidenti delle regioni (Baldi 2019; Giovannini e Vampa 2020; Capano 2020, Baldi e Profeti 2020; Casula e Pazos-Vidal 2021; Terlizzi 2019; Terlizzi e Esposito 2021). Da quest'ultima prospettiva, la scelta di creare comitati tecnico-scientifici può chiaramente essere considerata tattica o simbolica. Tuttavia, tale scelta rappresenta anche una reazione comprensibile all'elevato livello di incertezza durante la prima ondata della pandemia. In tal senso, si è visto necessario un supporto scientifico per decifrare ciò che stava accadendo. Ciò che è davvero sorprendente è la varietà della composizione dei comitati scientifici a livello regionale, così come la diversità dei tipi di competenza rappresentati in essi.

Complessivamente, in termini di esperte/i nominate/i e competenze rappresentate, l'evidenza empirica mostra una significativa divergenza dalle caratteristiche del comitato tecnico-scientifico istituito a livello nazionale. Infatti, a livello regionale, non solo rileva la presenza significativa di competenze extra-mediche, ma c'è anche un certo numero di comitati

composti da esperte/i esterne/i agli assetti politici e sanitari istituzionali. Riguardo ai comitati con competenze miste interne, in alcune regioni (Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Puglia, Umbria e Valle D'Aosta) questi sono i soli comitati istituiti. A cosa sono dovute queste scelte differenti? Non c'è un singolo fattore comune tra di loro (di natura geografica, politica, o socioeconomica). La stessa domanda potrebbe essere posta, ad esempio, riguardo quelle regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Trentino-Alto Adige, Veneto, Liguria, Piemonte, Sardegna) che hanno deciso di istituire più di un comitato scientifico. Nessun fattore comune può giustificare tale scelta comune.

In considerazione della prospettiva esplorativa e *hypothesis generating* che si è voluta adottare in questo articolo, è possibile interpretare l'evidenza empirica fin qui presentata attraverso alcune aspettative teoriche che si prestano ad essere trasformate in ipotesi da testare in futuri studi. Anzitutto, la mancanza di evidenti fattori comuni tra le regioni suggerisce una prima ipotesi generale che la scelta del tipo di organizzazione del *policy advice* in un momento di crisi senza precedenti dipenda fortemente dai fattori legati al contesto politico-istituzionale di riferimento (in questo caso quello regionale). Ciò significa che le venti regioni italiane hanno reagito come sistemi indipendenti di fronte alla situazione di alta incertezza causata dalla pandemia. Quindi, ciò che sembra rilevare sono le eredità amministrative (anche in termini di organizzazione dei sistemi sanitari regionali) e le dinamiche politiche che caratterizzano ciascuna regione. Tali osservazioni sono in linea con un recente studio di Connell *et al.* (2023), che discute come le specificità contestuali e le tradizioni politiche e amministrative, insieme alle traiettorie storiche che le hanno influenzate, sotto fattori chiave che plasmano le dinamiche di *policy advice* a livello subnazionale. Inoltre, dallo stesso studio emerge che le specificità delle caratteristiche del *policy advice* a livello subnazionale sono da collegare anche alle specificità stesse dei problemi che emergono a livello locale, mettendo in risalto l'importanza di un sistema di *policy advice* che sia *'place-based'*.

Un punto che merita di essere sottolineato è il caso della Lombardia, la regione più colpita durante la prima ondata, che ha nominato un solo comitato scientifico composto principalmente da membri esterni con competenze mediche. Questa è stata esattamente la risposta opposta a quella dell'Emilia-Romagna e del Veneto (le altre due regioni colpite drammaticamente dalla prima ondata), che hanno istituito tre comitati costituiti principalmente da membri interni. Come è noto, le prove empiriche hanno dimostrato come, a causa delle specifiche disposizioni organizzative (nel settore sanitario) e delle dinamiche politiche, il Veneto e l'Emilia-Romagna abbiano ottenuto risultati migliori della Lombardia durante la prima ondata (Casula, Terlizzi e Toth 2020; Capano e Lippi 2021). Il ruolo del *policy*

advice non è mai stato ancora investigato in termini di capacità decisionali nel caso del COVID-19, ma potrebbe aver avuto un ruolo nelle differenze di performance tra queste tre regioni. Inoltre, la Lombardia e il Molise sono le uniche due regioni con comitati scientifici composti principalmente da membri esterni. Perché queste due regioni hanno deciso di procedere in questo modo? Sicuramente, questa domanda può essere inclusa nell'ipotesi più ampia già proposta, ovvero che le scelte effettuate sono legate alle caratteristiche politiche e amministrative idiosincratiche di ciascuna regione.

Avendo evidenziato il ruolo fondamentale che potrebbe aver svolto il contesto politico-amministrativo e le relative tradizioni della cultura di governo regionale di riferimento, le differenze riscontrate lungo i due indici tra le varie regioni italiane ci permettono di avanzare ulteriori sub-ipotesi sul possibile peso esercitato ed esercitabile da specifici fattori di contesto sulle scelte regionali adottate. Anzitutto, come mostrato da alcuni casi regionali notoriamente afferenti alla compagine di centro-destra, pare evidente che lo storico colore delle giunte regionali e la loro maggiore o minore vicinanza al governo centrale possa far emergere una certa politicizzazione anche nella scelta dei membri dei comitati, dal momento che le regioni durante l'emergenza COVID-19 sono state propense a prendere decisioni anche per contrastare il governo centrale (Capano e Lippi 2021; Casula e Pazos-Vidal 2021). Questo è stato un aspetto decisivo nel confronto tra un governo molto debole, quale è stato il governo Conte, e la forza politica esercitata da alcune regioni, spesso di colore politico opposto. Oltre all'ipotesi della politicizzazione nella gestione della crisi e della relativa scelta dei membri dei comitati per fronteggiarla, ovviamente connessa a questioni più generali relative ai tradizionali rapporti inter-governativi tra i vari livelli di governo in Italia, un ruolo particolare per la composizione di tali comitati parrebbe essere stato giocato dalla storia organizzativa della protezione civile presente in ciascuna regione, anche in considerazione della capacità di quest'ultima di aver affrontato situazioni emergenziali in passato, anche di altra natura (es. terremoti, alluvioni, inondazioni). In regioni in cui è stata osservata la presenza di una maggiore multidisciplinarietà dei loro comitati, come ad esempio Umbria ed Abruzzo, si rilevano casi di gestione tramite comitati di crisi *ad hoc* in cui competenze di natura varia oltre quella medica sono state utilizzate al pari di quelle in ambito ingegneristico, logistico, o ambientale. Si ipotizza pertanto che le regioni, dovendo prendere decisioni in tempi celeri, possano aver adottato prassi amministrative già da tempo consolidate a livello regionale.

7. Conclusioni

Questo articolo, di natura esplorativa e *hypohotesis generating*, ha fatto luce sul modo in cui le regioni italiane hanno reagito alla pandemia di COVID-19. Il fenomeno è di notevole interesse dal momento che è stato istituito un totale di trentuno comitati di *policy advice*. Sono state ricostruite le caratteristiche di questi organi collegiali in termini di attori che forniscono *advice* e il tipo di *advice*. I risultati empirici contribuiscono al limitato ma crescente corpo di letteratura recente che indaga le risposte a livello subnazionale (regionale e municipale) alla pandemia da COVID-19 (Bosa *et al.* 2021; Casula *et al.* 2020; Clement *et al.* 2022; Malandrino e Demichelis 2020; Sparf *et al.* 2022).

In primo luogo, l'articolo mostra che i comitati scientifici regionali (composti principalmente da uomini) differiscono per provenienza e competenza. Per quanto riguarda la provenienza, la maggior parte dei membri proviene dai governi regionali e dai sistemi sanitari regionali. Per quanto riguarda le competenze dei membri, spesso la competenza medica è affiancata da altri tipi di competenza. In secondo luogo, combinando i dati sulla provenienza dei membri e sulle loro competenze, questo studio fornisce una tipologia originale di *policy advice*, distinguendo tra provenienza interna ed esterna da un lato e competenza medica e mista dall'altro. Le evidenze empiriche mostrano la presenza di comitati scientifici che forniscono quattro tipi di *advice*. La competenza medica interna è il tipo più frequente, seguito dalla competenza mista interna e dalla competenza medica esterna, con un solo comitato scientifico che fornisce competenza mista esterna.

Tali evidenze empiriche indicano una tale varietà degli assetti regionali che, in assenza di *trend* comuni, hanno portato ad avanzare l'ipotesi generale che la nascita e composizione di tali comitati per far fronte alla pandemia da COVID-19 non possa non essere stata determinata dalle caratteristiche del contesto politico-istituzionale regionale di riferimento. Tra i fattori esplicativi maggiormente evidenziabili, il colore delle giunte regionali e il loro relativo rapporto con il governo regionale, da un lato, e la storia organizzativa regionale pregressa legata alla gestione di precedenti crisi, dall'altro, paiono essere i due maggiormente credibili. L'ipotesi generale, sul ruolo del contesto politico-amministrativo di riferimento, oltre che le due sub-ipotesi, quella sulla politicizzazione della crisi e quella sulla *path dependency*, si prestano pertanto ad essere testate in futuri studi sulle risposte sub-nazionali in situazioni di *crisis management* e non necessariamente in risposta ad una emergenza di *public health*.

Appendice

TAB. A.1. *Comitati scientifici regionali inclusi nell'analisi (N=31).*

Regione	Numero di comitati scientifici	Nome del comitato scientifico	ID
Abruzzo	2	Task force sanitaria	ABR1
		Gruppo tecnico- scientifico (GTSR)	ABR2
Basilicata	1	Task force Coronavirus	BAS1
Calabria	1	Task force	CAL1
Campania	1	Task Force/Unità di crisi regionale covid-19	CAM1
Emilia-Romagna	3	Unità di crisi	ER1
		Cabina di regia regionale SARS-CoV-19	ER2
		Cabina di coordinamento	ER3
Friuli Venezia Giulia	1	Task force	FVG1
Lazio	1	Task force	LAZ1
Liguria	2	Task force regionale per la sorveglianza, il controllo e la gestione clinica dei casi di infezione da nCoV	LIG1
		Comitato tecnico per la fase 2	LIG2
Lombardia	1	Comitato tecnico scientifico	LOMB1
Marche	1	GORES (Gruppo Operativo Regionale Emergenza Sanitaria) - Gruppo di esperti per il supporto tecnico	MAR1
Molise	1	Comitato Scientifico	MOL1
Piemonte	4	Unità di crisi	PIE1
		Gruppo di lavoro sulla riorganizzazione ospedaliera	PIE2
		Gruppo di lavoro per la gestione della fase 2	PIE3
		Comitato tecnico scientifico	PIE4
Puglia	1	Unità di crisi	PUG1
Sardegna	2	Unità di Crisi Regionale	SAR1
		Comitato Tecnico Scientifico	SAR2
Sicilia	1	Comitato Tecnico Scientifico (II)	SIC1
Toscana	1	Task force sanitaria	TOS1
Trentino Alto-Adige	2	Task force per l'emergenza Coronavirus	TAA1
		Commissione di Esperti Coronavirus	TAA2
Umbria	1	Unità Strategica Emergenza Coronavirus	UMB1
Valle d'Aosta	1	Cabina tecnica di regia	VDA1
Veneto	3	Task Force	VEN1
		Comitato di crisi Coronavirus	VEN2
		Comitato Scientifico COVID-19	VEN3

TAB. A.2. *Indici: Distribuzione per regione.*

		Provenienza				
		1	0,75	0,5	0,25	0
Competenza	1	.	5 (ABR2; ER1; ER2; TOS1; VEN3)	3 (BAS1; LIG1; VEN1)	2 (LOMB1; MOL1)	1 (SAR2)
	0,75	.	6 (ER3; LAZ1; PIE3; PIE4; SAR1; SIC1)	1 (PIE1)	1 (TAA2)	.
	0,5	1 (FVG1)	6 (CAL1; CAM1; MAR1; TAA1; UMB1; VDA1)	.	.	.
	0,25	.	3 (ABR1; PIE1; VEN2)	.	1 (LIG2)	.
	0	1 (PUG1)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Atlani-Duault L. – Chauvin F. – Yazdanpanah Y. *et al.* (2020), *France's COVID-19 Response: Balancing Conflicting Public Health Traditions*, in «Lancet», 396(10246), pp. 219-221.
- Bacigalupe A. – Cabezas-Rodríguez A. – Giné-March A. – Jiménez Carrillo M. (2022), *Invisibilidad de género en la gestión de la COVID-19: ¿quién toma las decisiones políticas durante la pandemia?*, in «Gaceta sanitaria», vol. 36, n. 2, pp. 156-159.
- Baldi B. (2019), *Autonomismo o federalismo? Modelli di sviluppo per il regionalismo italiano*, in «Economia e Società Regionale», vol. 37, n. 3, pp. 23-33.
- Baldi B. – Profeti S. (2020), *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del COVID-19*, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», 3, pp. 278-306.
- Boin A. – 't Hart P. – Stern E. – Sundelius B. (2016), *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure* (2nd ed.), Cambridge, Cambridge University Press.
- Bosa I. – Castelli A. – Castelli M. – Ciani O. – Compagni A. – Galizzi M. M. – Garofano M. – Ghislandi S. – Giannoni M. – Marini G. – Vainieri M. (2021), *Corona-regionalism? Differences in Regional Responses to COVID-19 in Italy*. *Health Policy*, vol. 125, n. 9, pp. 1179-1187. <https://doi.org/10.1016/j.health-pol.2021.07.012>.
- Boston J. (1994), *Purchasing Policy Advice: The Limits to Contracting Out*, in

- «Governance», 7, pp. 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.1994.tb00167.x>
- Boswell C. (2008), *The Political Functions of Expert Knowledge: Knowledge and Legitimation in European Union Immigration Policy*, in «Journal of European Public Policy», vol. 15, n. 4, pp. 471-488.
- Cairney P. (2016), *The Politics of Evidence-Based Policy Making*, Palgrave Macmillan.
- Cairney P. – Wellstead (2021), *COVID-19: Effective Policymaking Depends on Trust in Experts, Politicians, and the Public*, in «Policy Design and Practice», vol. 4, n. 1, pp. 1-14.
- Camporesi S. – Angeli F. – Fabbro G.D. (2020), *Mobilization of Expert Knowledge and Advice for the Management of the Covid-19 Emergency in Italy in 2020*, in «Humanities and Social Sciences Communications», vol. 9, n. 54, pp. 1-14.
- 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*, in «Policy and Society», vol. 39, n. 3, pp. 326-344.
- Capano G. – Lippi A. (2021), *Decentralization, Policy Capacities, and Varieties of first Health Response to the COVID-19 Outbreak: Evidence from three Regions in Italy*, in «Journal of European Public Policy», vol. 28, n. 8, pp. 1197-1218,
- Capano G. – Casula M. – Malandrino A. – Terlizzi A. – Toth F. (2023), *A New Typology for Comparing Scientific Advisory Committees. Evidence from the Italian Response to the COVID-19 Pandemic*, in «Review of Policy Research», 1-30. <https://doi.org/10.1111/ropr.12568>.
- Casula M. – Terlizzi A. – Toth F. (2020), *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», vol. 15, n. 3, pp. 307-336.
- Casula M. – Pazos-Vidal S. (2021), *Assessing the Multi-level Government Response to the COVID-19 Crisis: Italy and Spain Compared*, in «International Journal of Public Administration», vol. 44, n. 11-12, pp. 994-1005.
- Christensen J. (2021), *Expert Knowledge and Policymaking: A Multi-disciplinary Research Agenda*, in *Policy & Politics*, vol. 49, n. 3, pp. 455-471.
- Clement J. – Esposito G. – Crutzen N. (2022), *Municipal Pathways in Response to COVID-19: A Strategic Management Perspective on Local Public Administration Resilience*, in «Administration & Society», 009539972211003. <https://doi.org/10.1177/00953997221100382>.
- Connell A. – Downe J. – Durrant H. – MacKillop E. – Martin S. (2023), *Externalising Policy Advice within Subnational Governments*, in «Policy & Politics», XX(Xx), pp. 1-19. <https://doi.org/10.1332/030557321X16883943592187>.
- Craft J. – Halligan J. (2017), *Assessing 30 Years of Westminster Policy Advisory System Experience*, in «Policy Sciences», vol. 50, n. 1, pp. 47-62.
- Craft J. – Wilder M. (2017), *Catching a Second Wave: Context and Compatibility in Advisory System Dynamics*, in «Policy Studies Journal», vol. 45 n.1, pp. 215-239.
- Czypionka T. – Reiss M. (2021), *Three Approached to handling COVID -19 Crisis in Federal Countries Germany, Austria, and Switzerland*, in S.L. Greer – E.J. King – E.M. da Fonseca – A. Peralta-Santos (eds.), *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, University of Michigan Press, pp. 295-319.
- Donovan D.A. (2021), *Experts in Emergencies: A Framework for Understanding Scientific Advice in Crisis Contexts*, in «International Journal of Disaster Risk Reduction», 56, 102064, pp. 1-11.

- Easton M. – De Paepe J. – Evans P. *et al.* (2022), *Embedding Expertise for Policy Responses to COVID-19: Comparing Decision-Making Structures in Two Federal Democracies*, in «Public Organization Review», online 10 May.
- Galanti M.T. – Lippi A. (2022), *Government Research Institutes in the Italian Policy Advisory System*, in «International Review of Administrative Sciences», pp. 1-17. <https://doi.org/10.1177/00208523211070510>.
- Galanti M.T. – Saracino B. (2021), *Inside the Italian Covid-19 Task Forces*, in «Contemporary Italian Politics», vol. 13, n. 2, pp. 275-291. DOI: <https://doi.org/10.1080/23248823.2021.1916858>.
- Gerring J. (2007), *Case Study Research: Principles and Practices*, Cambridge University Press.
- Giovannini A. – Vampa D. (2020), *Towards a New Era of Regionalism in Italy? A Comparative Perspective on Autonomy Referendums*, in «Territory, Politics, Governance», vol. 8, n. 4, pp. 579-597.
- Hadorn S. – Sager F. – Mavrot C. – Malandrino A. – Ege J. (2022), *Evidence-Based Policymaking in Times of Acute Crisis: Comparing the Use of Scientific Knowledge in Germany, Switzerland, and Italy*, in «Polit Vierteljahresschr», vol. 63, pp. 359-382. <https://doi.org/10.1007/s11615-022-00382-x>.
- Head B.W. (2008), *Three Lenses of Evidence-Based Policy*, in «Australian Journal of Public Administration», 67, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2007.00564.x>.
- Head B.W. (2010), *Reconsidering Evidence-based Policy: Key Issues and Challenges*, in «Policy and Society», vol. 29, n. 2, pp. 77-94.
- Hodges R. – Caperchione E. – van Helden J. *et al.* (2022), *The Role of Scientific Expertise in COVID19 Policy-making: Evidence from Four European Countries*, in «Public Organization Review», online 11 April.
- Howlett M. (2019), *Comparing Policy Advisory Systems beyond the OECD: Models, Dynamics and the Second-generation Research Agenda*, in «Policy Studies», vol. 40, n. 3-4, pp. 241-259.
- Howlett M. – Migone A. (2013), *Policy Advice through the Market: The Role of External Consultants in Contemporary Policy Advisory Systems*, in «Policy and Society», vol. 32, n. 3, September, pp. 241-254, <https://doi.org/10.1016/j.pol-soc.2013.07.005>.
- Laage-Thomsen J. (2021), *Professional Expertise in Policy Advisory Systems: How Administrators and Consultants Built Behavioral Insights in Danish Public Agencies*, in «Public Administration», padm.12725. <https://doi.org/10.1111/padm.12725>
- Lancaster K. – Rhodes T. – Rosengarten M. (2020), *Making Evidence and Policy in Public Health Emergencies: Lessons from COVID-19 for Adaptive Evidence-making and Intervention*, in «Evidence & Policy», vol. 16, n. 3, pp. 477-490. <https://doi.org/10.1332/174426420X15913559981103>.
- Ledermann S. (2014), *Evidenz und Expertise im vorparlamentarischen Gesetzgebungsprozess: Die Rolle von Verwaltung und externen Experten*, in «Swiss Political Science Review», vol. 20, n. 3, pp. 453-485.
- Malandrino A. – Demichelis E. (2020), *Conflict in Decision Making and Variation in Public Administration Outcomes in Italy during the COVID-19 Crisis*, in «European Policy Analysis», vol. 6, n. 2, pp. 138-146.
- Malandrino A. – Capano G. (2022), *Institutional Mayhem as Usual: Intergovernmental*

- Relations between the Central Government and the Regions in Italy during the Early Stages of the COVID-19 Pandemic (2020–2021)*, in V. Molinari – P.-A. Beylier (eds.), *COVID-19 in Europe and North America: policy responses and multilevel governance*, Berlin/Boston, DeGruyter, pp. 167-190.
- Masood S. – Kothari A. – Regan S. (2020), *The Use of Research in Public Health Policy: A Systematic Review*, in «Evidence & Policy», vol. 16, n. 1, pp. 7-43. <https://doi.org/10.1332/174426418X15193814624487>.
- OECD (2020), *Providing Science Advice to Policy Makers during COVID-19*, OECD Public Governance Reviews, OECD Publishing.
- Parkhurst J. (2017), *The Politics of Evidence: From Evidence-based Policy to the Good Governance of Evidence*, London, Routledge.
- Pistoi S. (2021), *Examining the Role of the Italian COVID-19 Scientific Committee*. *Nature Italy*, 17 february 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/d43978-021-00015-8>.
- Prasser S. (2006), *Providing Advice to Government*. Papers on Parliament, Canberra, Senate of Australia.
- Rimkutė D. (2015), *Explaining Differences in Scientific Expertise Use: The Politics of Pesticides*, in «Politics and Governance», vol. 3, n. 1, pp. 114-227.
- Rosenthal U. – 't Hart P. – Charles M.T. (1989), *The World of Crises and Crisis Management*, in U. Rosenthal – M.T. Charles – P. 't Hart (eds.), *Coping with Crises. The Management of Disasters, Riots and Terrorism*, Springfield, IL: Charles C Thomas, pp. 3-33.
- Rozenblum S.D. (2021), *France's Multidimensional COVID-19 Response: Ad Hoc Committees and the Sidelining of Public Health Agencies*, in S. L. Greer – E.J. King – E.M. da Fonseca, – A. Peralta-Santos (eds.), *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*, University of Michigan Press, pp. 264-279.
- Sparf J. – Petridou E. – Granberg M. – Becker P. – Onn B. (2022), *Pandemic Responses at the Subnational Level: Exploring Politics, Administration, and Politicization in Swedish Municipalities*, in «European Policy Analysis», pp. 1–18. <https://doi.org/10.1002/epa2.1151>.
- Terlizzi A. (2019), *Health System Decentralization and Recentralization: Ideational and Institutional Dynamics in Italy and Denmark*, Palgrave Macmillan.
- Terlizzi A. – Esposito G. (2021), *New Public Management Reform Ideas and the Remaking of the Italian and Danish Health Systems*, in «Territory, Politics, Governance», 0(0), pp. 1–20. <https://doi.org/10.1080/21622671.2021.1930129>.
- Weaver R. (1986), *The Politics of Blame Avoidance*, in «Journal of Public Policy», vol. 6, n. 4, pp. 371-398.
- Weiss C. (1979), *The Many Meanings of Research Utilization*, in «Public Administration Review», vol. 39, n. 5, pp. 426-431.