

FRANCESCO MARIA OLIVIERI – MATTIA ALBANESE*

DIMENSIONE SPAZIALE E TEMPORALE DELLA PANDEMIA COVID-19: DALLA RAPPRESENTAZIONE TERRITORIALE AI PROCESSI DI GOVERNANCE

Premessa. – Il contributo intende porre il tema della capacità di un sistema socioeconomico territoriale di “reggere” agli effetti emergenziali di breve periodo in termini di dinamica spazio-tempo causati da un fenomeno di natura esogena. Un evento di natura esogena può incidere significativamente sulla struttura del sistema territoriale, alle diverse scale geografiche, rispetto agli elementi ed alle relazioni fra essi. L’attore pubblico deve essere in grado di leggere e comprendere il fenomeno, organizzando l’assetto territoriale in grado di sostenere l’impatto di breve periodo e affrontare la ripresa nel medio e lungo termine. Dal punto di vista metodologico l’analisi delle dimensioni spaziale e temporale si snoda lungo gli effetti della diffusione della pandemia Covid-19 in Italia su scala nazionale, regionale e sub-regionale rispetto all’andamento e allo scenario attuale; secondo un approccio proprio di un *position paper*, stante la situazione in divenire, nella seconda parte il contributo affronta la questione di organizzazione territoriale e governance con riferimento alla gestione statale e locale dell’azione di *government* a seguito della *crisi*. L’obiettivo conclusivo è offrire una riflessione territoriale sullo scenario attuale e contingente, con riferimento alle competenze statali e regionali, partendo dall’analisi delle dimensioni spaziale e temporale rispetto a quanto è avvenuto e sta avvenendo con l’evoluzione della epidemia in Italia.

Effetti della diffusione della pandemia Covid-19 in Italia. – Non risulta di agevole comprensione la reale portata degli effetti della diffusione della

* Sebbene l’articolo sia frutto di confronto e lavoro comune, si devono attribuire a Francesco Maria Olivieri *Premessa*, le conclusioni e i paragrafi “Effetti della diffusione della pandemia Covid-19 in Italia” e “Organizzazione territoriale e *governance* fra autonomia ed emergenza” e a Mattia Albanese il paragrafo “Covid-19. Le variabili chiave per l’analisi della diffusione”.

pandemia Covid-19 in Italia su scala territoriale. Senza approfondire la questione della differenza e della relativa portata fra dati ufficiali e consistenza della situazione reale, le aggregazioni dei dati disponibili su scala regionale e, in alcuni casi, subregionale hanno mostrato l'andamento generale della diffusione della epidemia Covid-19 in Italia, senza tuttavia offrire specifiche informazioni territoriali. Il meccanismo del *tracciamento dei contatti* di massa, attivato solamente e parzialmente nel mese di giugno 2020, avrebbe delineato un quadro più prossimo alla reale diffusione dell'epidemia, fornendo quell'informazione mancante, che sembra essere la chiave strategica per valutare l'efficacia delle azioni governative su scala nazionale e locale, intraprese e non; oltre che risultare uno strumento efficace nella futura prevenzione dei contagi.

Le determinanti per l'analisi degli effetti territoriali dell'evoluzione della pandemia globale in Italia sono da ascrivere alla diversità modalità di relazione fra variabili strettamente legate all'epidemia e variabili di natura spaziale. Le possibili declinazioni della suddetta relazione possono essere sintetizzate in specifiche "questioni".

La prima riguarda la diagnosi per l'individuazione dei soggetti contagiati: i positivi diagnosticati (dato ufficiale) sono rilevati attraverso la variabile strategica del "tamponi", strumento chiave, ed unico nella prima fase - strettamente emergenziale - della diffusione dell'epidemia in Italia. L'aspetto critico è legato al tempo che intercorre fra l'individuazione del soggetto "positivo" e la diagnosi: è possibile che in alcuni casi il dato ufficiale rilevi un ritardo temporale che incide sull'utilità (efficacia) e dell'utilizzo (efficienza). Ad accentuare la relazione tempo e diagnosi, vi è la questione della massa critica dei contagiati e l'eventuale stato di sofferenza dei laboratori e del sistema sanitario nel suo complesso.

La seconda questione è da riferirsi all'utilizzo di altre variabili per la stima dell'epidemia, soprattutto per la comprensione della dinamica temporale e spaziale e con specifico riferimento ad eventuali azioni da intraprendere su scala nazionale e locale: i) stato dei soggetti con diagnosi positiva Covid-19 ricoverati in ospedale in terapia ordinaria e in terapia intensiva; ii) soggetti, contagiati e non, in isolamento domiciliare; iii) soggetti guariti e dimessi; iv) decessi "con" o "per" Covid-19; v) soggetti asintomatici. La questione della diagnosi, legata all'individuazione dei soggetti contagiati non può essere approfondita ulteriormente in quanto non oggetto del presente contributo. Il problema di quale sia la variabile

“migliore” per la stima della situazione (tamponi, soggetti esaminati, test sierologici, individui sintomatici e non, tamponi a soggetti in quarantena senza ricovero) ha comportato ricadute territoriali rispetto al fattore tempo come mostra l’evoluzione dell’epidemia per regione, in cui il dato dei positivi cumulati (Fig. 1) ed attuali (Fig. 2) è rapportato alla popolazione con riferimento ai dati mensili (rilevati al quarto giorno di ogni mese). Sempre a titolo esemplificativo in Lombardia il 18,1% dei contagiati è deceduto (48,1% del totale dei decessi), mentre nel Lazio il valore è del 9,6 (2,2% sul totale). Partendo da queste considerazioni si pone la questione dell’assistenza ospedaliera tramite il ricovero ed in particolare in terapia intensiva. Negli ultimi tempi parte della comunità scientifica e i decisori politici hanno utilizzato il dato dei ricoverati in terapia intensiva – pazienti Covid-19 ricoverati rispetto ai posti disponibili – come variabile di stima in connessione con i parametri “Ro” e “Rt”. In Lombardia, ad esempio, nella prima fase l’accesso indifferenziato alle strutture ospedaliere ha contribuito ad aggravare la situazione già emergenziale. Tralasciando di approfondire per motivi di opportunità e di merito alcuni aspetti (contagi in ospedale, strutture per anziani) un dato significativo connesso a questo tema è l’incremento del numero di posti in terapia intensiva su scala nazionale: da 5.090 di inizio anno¹ a 8.490 del 20 aprile, per larga parte gestiti dal sistema pubblico; in Lombardia si è passati dai 730 posti di terapia intensiva disponibili ad inizio epidemia a circa 1.400 e nel Lazio da 590 a 1.040. Il dato è significativo perché incide su uno specifico valore soglia, utilizzato come uno degli elementi decisivi per la cosiddetta “fase 2” – insieme agli indicatori “Rt” e “R0” – e che potrebbe essere determinante per azioni di controllo di eventuali nuovi focolai². Una prima chiave di lettura di sintesi suggerisce una considerazione accessoria esclusivamente per via teorica: l’individuazione del picco ovvero dell’appiattimento della curva nel tempo rispetto ai contagi diagnosticati e, per estensione reali, rispetto alle azioni intraprese e da intraprendere su scala nazionale e/o locali.

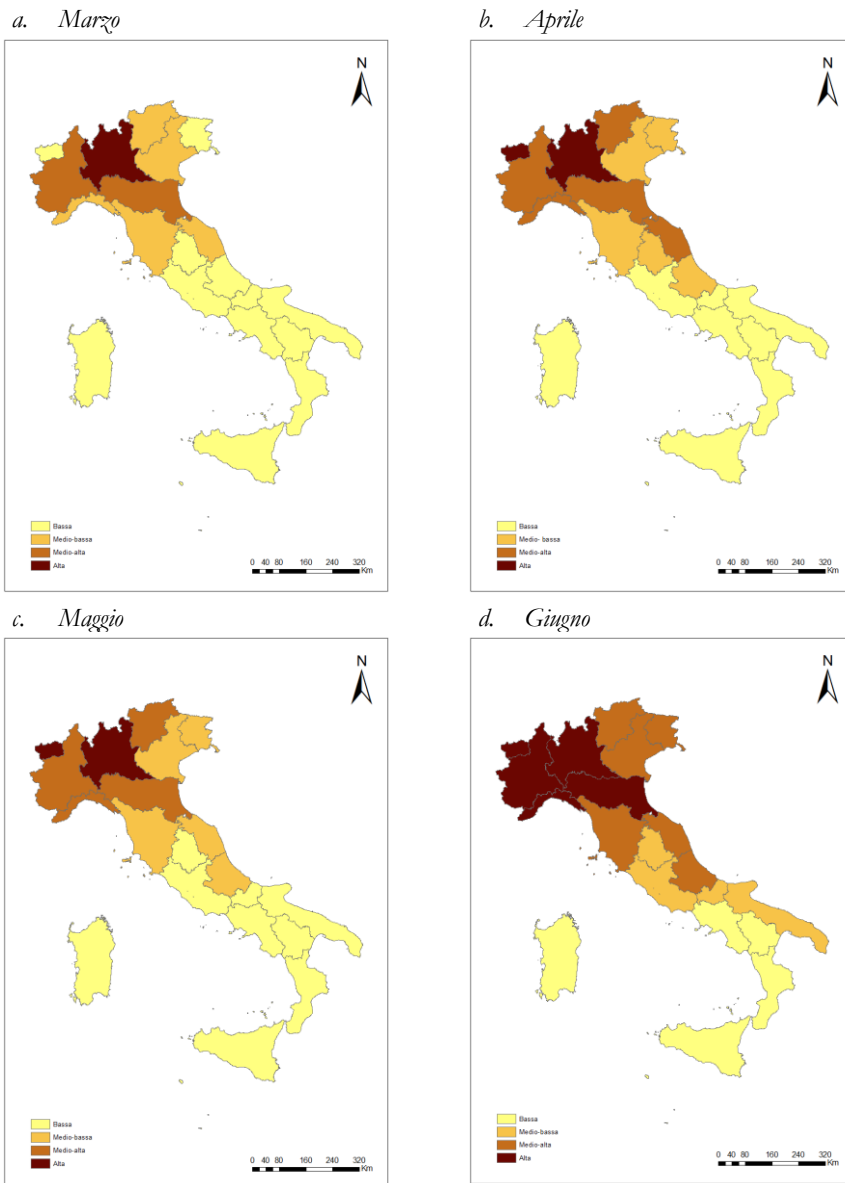
La seconda chiave di lettura di sintesi è la modalità in cui sono messi in relazione dati differenti rispetto al territorio nelle suddivisioni ammini-

¹ Il numero complessivo dei posti in terapia intensiva in Italia ad inizio anno era di 5.090 a cui si devono aggiungere 1.129 posti di terapia intensiva neonatale, secondo l’ultimo rapporto ufficiale del Ministero della Salute 2017.

² La soglia appare individuata nel 30% dell’occupazione con soggetti Covid-19.

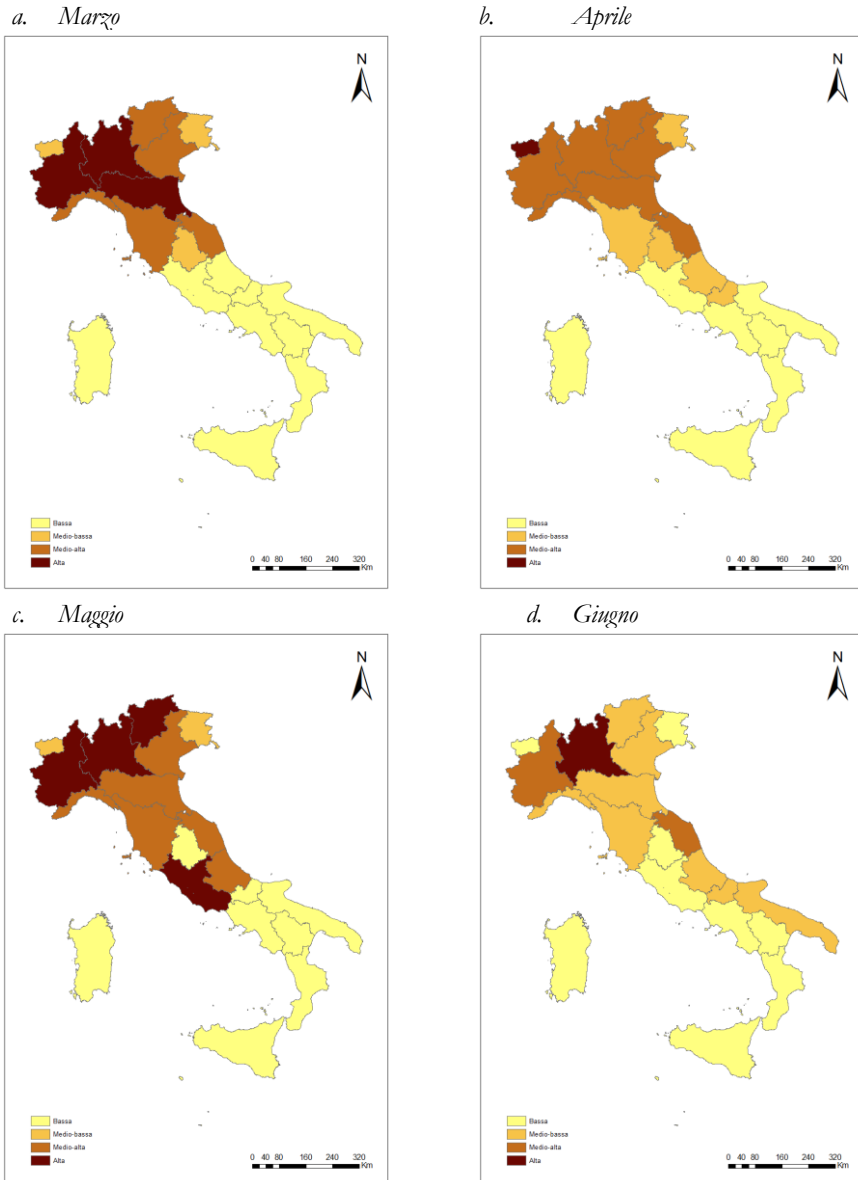
strative (regioni, città metropolitane e province) e spaziali (sistemi locali, aree interne): la numerosità e la distribuzione della popolazione in Italia è un fattore non trascurabile.

Fig. 1 – Diffusione dell'epidemia su scala regionale marzo-giugno 2020 per regione. Dato Casi totali diagnosticati su popolazione



Fonte: nostra elaborazione su dati Dipartimento Protezione Civile (2020)

Fig. 2 – Diffusione dell'epidemia su scala regionale marzo -giugno 2020 per regione. Dato diagnosticati attuali positivi contagiati diagnosticati su popolazione



Fonte: nostra elaborazione su dati Dipartimento Protezione Civile (2020)

Le altre due questioni potrebbero apparire “distanti”: nomenclatura

dell'epidemia e scala. La comprensione delle variabili è di fondamentale importanza per capire la reale evoluzione e la diffusione spazio-temporale di un fenomeno, ancor di più se connesso ad un bene tutelato in Costituzione: la salute. I termini utilizzati e diffusi (governo, media di massa e sociali, popolazione) sono stati determinanti nell'affrontare il periodo della genesi e dello sviluppo dell'epidemia. Le misure attuate dal Governo, anche in parziale opposizione con l'altro soggetto con potere di legge – la regione – hanno configurato dal punto di vista spaziale un fenomeno che rimanda ai modelli classici della localizzazione (Celant, 2016): la coincidenza fra distanza fisica e distanza funzionale. Un utilizzo molto diffuso ha riguardato il termine inglese *lock down* che rappresenta un complesso di misure emergenziali in una situazione di pericolo per cui, per garantire la sicurezza, si limita l'accesso ad un luogo (spazio) per un periodo limitato (di tempo)³. Questo termine non è presente negli atti governativi emanati in Italia, mentre è stato ampiamente utilizzato dalla Cina, perché le misure sono state sostanzialmente differenti. In Italia sono state attivate *misure di contenimento e distanziamento sociale*, con l'obiettivo di rallentare ed arginare la diffusione di Covid-19, fra cui: a) isolamento domiciliare dei soggetti positivi diagnosticati e presunti; b) quarantena per i soggetti esposti a rischio di contagio; c) chiusura (fra le prime misure) di scuole, università, teatri, cinema e stadi; e un successivo tentativo di limitare gli assembramenti con d) restrizioni degli spostamenti dei singoli; e) chiusura di alcuni servizi e attività produttive e commerciali (definiti per un periodo di tempo limitato “non indispensabili”); f) incentivo all'utilizzo di forme di lavoro a distanza. La confusione ha accompagnato le misure intraprese: i) il distanziamento sociale, effetto delle misure di cui sopra, si è sovrapposto al distanziamento personale “di sicurezza” minima per evitare il contagio fra soggetti indicato dal Ministero della salute; ii) il termine quarantena che significa «periodo di isolamento e di osservazione di durata variabile che viene richiesta per persone che potrebbero portare con sé germi responsabili di malattie infettive» (Glossario del Nuovo Coronavirus, 2020), è stato usato impropriamente dalla popolazione, dai media e da soggetti istituzionali. Infine, il lavoro a distanza spesso non è *smart* e neppure agile. Confusione accentuata anche

³ Negli Stati Uniti d'America esistono specifici protocolli, come ad esempio nel caso di sparatorie nelle scuole e nelle università.

dalla significativa proliferazione di norme (decreti di diversa natura, ordinanze emesse da soggetti di differenti livelli) che hanno influenzato la trasformazione della distanza fisica in sociale su scala di prossimità e su larga scala; ad esso è connessa con fenomeno epidemico che si trasforma da situazione “emergente” in duraturo: dalle iniziali zone rosse circoscritte e delimitate, ad una ipotesi di *zona rossa Lombardia* e appendici⁴ (annunciato nella notte fra il 7 e l’8 marzo) e ad una *zona Rossa Italia* (o *Chiudi Italia*), il tutto in un batter d’ali di farfalla.

La questione della scala è apparsa tralasciata o marginale. La creazione nella seconda settimana di marzo in quella che è stata definita “Italia Zona Rossa” ne è l’esempio iniziale, i cui punti di caduta sono rappresentati dall’inizio della “fase 2” (4 maggio-18 maggio) e dalla libera circolazione interregionale (3 giugno), in cui sembra non si sia potuto tener conto delle evidenti differenze regionali in termini di diffusione dell’epidemia. Ciò si rileva dall’osservazione del diverso andamento della curva dei contagiati attuali, anche a seguito delle misure di restrizione e distanziamento e l’incidenza regionale dei contagiati (ancora Fig. 1 e Fig. 2). In tutta Italia dalla seconda metà di maggio si può andare indifferentemente al ristorante e dall’estetista, ma non si è certi di poter effettuare una visita prenotata e di prenotarne una nuova (questione salute), a prescindere dalla situazione territoriale dei contagi nuovi e cumulati⁵. Ancora a titolo esemplificativo: al 4 maggio (inizio della “fase 2”) in Lombardia si sono registrati 78.105 casi totali diagnosticati, attivi 37.307 (in terapia intensiva T.I. 582, pari al 41,6% dei posti disponibili) con un incremento giornaliero di +577; alla stessa data nel Lazio 6.847 casi totali (4.385 attivi e 95 in T.I., pari al 9,1% dei posti disponibili) con un incremento giornaliero di +38; in Molise 301 casi totali (178 attivi e 1 T.I.) nessun incremento giornaliero ed in Basilicata 386 casi totali (137 attivi e 3 T.I.) e nessun incremento giornaliero; al 3 giugno (giorno precedente della libera circolazione interregionale) in Lombardia si sono registrati 89.442 casi totali diagnosticati, attivi 20.224 (di cui in terapia intensiva T.I. 131, pari al 9,4% dei posti disponibili) con un incremento giornaliero di +237; alla stessa data nel Lazio 7.753 casi totali (2.818 attivi e 51 in T.I., pari al 4,9% dei posti dispo-

⁴ Tutte le province della Lombardia ed altre quattordici province di Piemonte (5), Veneto (3), Emilia Romagna (4) e Marche (2).

⁵ Nel Lazio, a seguito di una direttiva emanata successivamente alla ripresa degli appuntamenti, sono nuovamente sospese le visite ambulatoriali in regime di SSN.

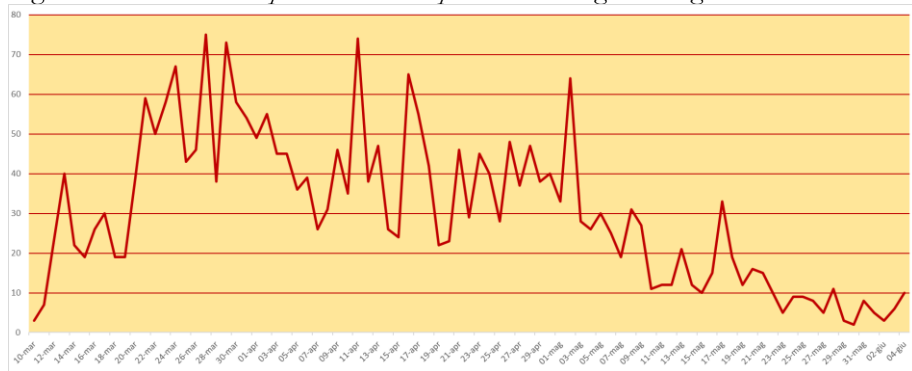
nibili) con un incremento giornaliero di +10, in Molise 436 casi totali (127 attivi e 2 T.I.) nessun incremento giornaliero e in Basilicata 399 casi totali (23 attivi e 0 T.I.) e nessun incremento giornaliero. La dicotomia fra *infopatia* (Di Gregorio, 2019) e scarsità di informazioni territoriali che tendano alla completezza si estende al concetto di picco o appiattimento della curva. Stante le mancate previsioni, l'individuazione del picco offre un'informazione fondamentale su scala locale: se ad una certa data (prima metà di aprile) una specifica regione di dimensioni limitate (Molise o Basilicata) lo ha raggiunto è possibile immaginare una traiettoria in un individuato orizzonte temporale, seppur con margini di errore⁶; discorso che dovrebbe essere diverso per una regione di altre dimensioni che ha raggiunto il picco successivamente, anche a causa della massa critica dei contagiati diagnosticati. Alcune considerazioni sulla questione Roma e Lazio che per analogia (dimensioni e popolazione) possono essere estese a Napoli e alla Campania. La popolazione del Lazio (5.879.082 ab.), come anche della Campania (5.801.692 ab.), è pari alla metà della Lombardia (10.060.574 ab.). Eppure, la popolazione di Roma Capitale (2.844.395) è il doppio rispetto a Milano (1.404.239) e i valori delle rispettive città metropolitane sono 4.333.250 (densità 809,65 ab. per kmq) e 3.250.315 (2.063 ab per kmq). L'andamento dei contagi (cumulati e giornalieri) nel Lazio mostra significative differenze con la Lombardia in termini di dati complessivi, di nuovi contagi giornalieri diagnosticati e di forma della curva epidemica: non c'è stato il picco dei contagi, scaturito da un andamento esponenziale con significativa rapidità come nella Lombardia, ma un "lungo" appiattimento con effetto ritardato ed oscillazioni continue, in larga parte e per ora contenute, tenute ampiamente al di sotto della soglia critica della disponibilità dei posti in terapia intensiva. In Lombardia il contagio si è diffuso in modo omogeneo su scala regionale; nel Lazio si è in parte concentrato nella città di Roma (inferiore al 40%). Il dato comunale della Capitale (inferiore ai 3 mila contagiati diagnosticati)⁷ sottostimato rispetto al rischio o contenuto ha infatti beneficiato dei timori del Governo che l'epidemia dilagasse oltre la Lombardia e arrivasse a Roma ed al Sud, rischiando di mettere in crisi il servizio sa-

⁶ A metà di maggio si è verificato un secondo picco di contagi, con riferimento ad un focolaio determinato da uno specifico evento che, grazie alla massa critica bassa non ha causato effetti diffusivi.

⁷ Dato aggiornato al momento di chiudere il contributo (Lazio Salute, 2020).

nitario (Fig. 3). Secondo l'inchiesta di Repubblica del 20 maggio 2020, la possibilità che l'epidemia arrivasse a Roma ha portato alle misure di contenimento ravvicinate della seconda settimana di marzo. Roma, a differenza di altre grandi città, ha beneficiato non solamente delle misure di temporanea restrizione delle libertà di movimento e di distanziamento sociale della seconda settimana di marzo: la scoperta dei primi due casi "importati" nel mese di gennaio e l'istituzione del primo "ospedale Covid" nella città Cecchignola hanno allertato il sistema sanitario territoriale, congiuntamente alla presenza dell'Istituto nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani.

Fig. 3 – *Andamento dell'epidemia Roma capitale. Dato diagnosticati giornalieri*

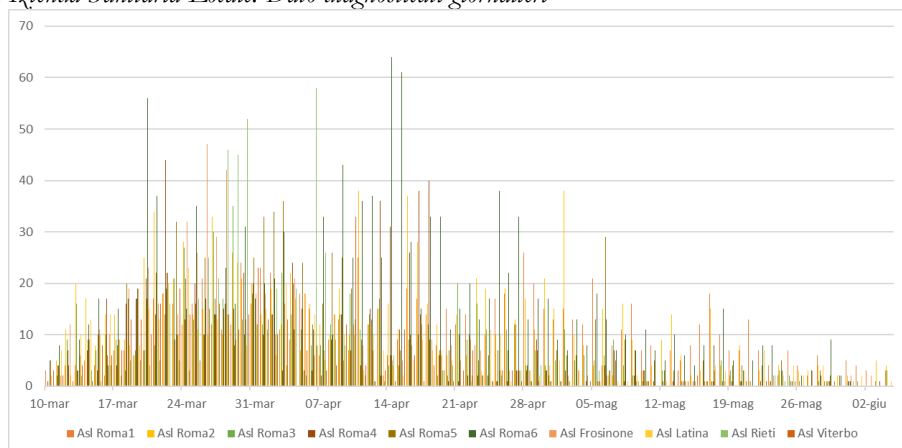


Fonte: nostra elaborazione su dati Regione Lazio (2020)

La diffusione dell'epidemia in Italia ha assunto un carattere peculiare rispetto ad altri paesi (Francia, Spagna): la capitale italiana è stata interessata in modo meno significativo. Non è vero perciò che «the grass is always greener on the other side of the fence»; al tempo stesso la regione della capitale economica è stata colpita investita dalla diffusione dell'epidemia; se si analizza la densità abitativa e la popolazione in valore assoluto fra Roma e Milano questa spiegazione è parziale. Il caso della Regione Lazio e di Roma Capitale è comunque meritevole di attenzione per alcuni fattori di natura territoriale: dimensione urbana e delle Aziende Sanitarie Locali (tre afferenti al territorio di Roma Capitale, tre alla restante parte del territorio della Città metropolitana e quattro, una per le altre province, per un totale di dieci nella Regione Lazio). Il contenimento della diffusione appare evidente, tenendo conto dei dati ufficiali diffusi quotidianamente da ASL e Aziende Ospedaliere, seppur restano alcune

perplexità sul conteggio dei guariti e dimessi da parte della stessa Regione. Allo stesso tempo la suddivisione eterogenea delle ripartizioni territoriali dei 378 comuni del Lazio e le dimensioni dei quindici municipi di Roma Capitale aprono ad un aspetto di natura sociale che si lega alla scala micro *Not In My Back Yard*: appare difficile circoscrivere eventuali focolai all'interno dell'area urbana della Città Metropolitana. La dimensione urbana non ottimale pone la questione della capacità di servizi pubblici di rispondere alla domanda di salute dei cittadini, siano essi temporaneamente o meno residenti, come avviene ad esempio per il sistema educativo scolastico (Brognna, Olivieri, 2016).

Fig. 4 – *Andamento dell'epidemia nella Regione Lazio da marzo a giugno 2020 per Azienda Sanitaria Locale. Dato diagnosticati giornalieri*



Fonte: nostra elaborazione su dati Regione Lazio (2020)

Covid-19. Le variabili chiave per l'analisi della diffusione. – Il Covid-19 (CoronaVirus Disease-2019) è un virus della famiglia dei Coronaviridae, sottofamiglia Orthocoronavirinae. Questa famiglia è costituita da numerosi virus a RNA a singolo filamento e a polarità positiva che vengono ripartiti in quattro sottogeneri: Alpha, Beta, Delta e Gamma. Il primo coronavirus è stato identificato nel 1960 e nel tempo ne sono stati riscontrati molti altri capaci di infettare sia l'uomo che animali come mammiferi o uccelli. Ad oggi, con l'avvento del Covid-19, il numero di coronavirus in grado di infettare l'uomo ammonta a sette. Il Covid-19 (o SARS-CoV-2 abbreviazione di Coronavirus – 2 – Severe Acute Respiratory Syndrome) fa parte del sottogenere Beta. La principale via di trasmissione è rappre-

sentata dalle Droplets, ma è anche possibile una trasmissione in seguito a contatto con superfici infettate (studi dimostrano che il virus su determinate superfici può sopravvivere fino a 14 giorni). Si è anche ipotizzata una trasmissione per via oro-fecale. Il periodo di incubazione è compreso tra 3 giorni fino a 14 giorni, il periodo mediano di incubazione è di 5,1 giorni. Da un punto di vista clinico la manifestazione dell'infezione ha uno spettro molto vasto, può variare da forme asintomatiche o paucisintomatiche fino a condizioni di severa compromissione della funzionalità respiratoria che necessitano di ventilazione meccanica. Nei soggetti in cui l'infezione si manifesta clinicamente i sintomi di più frequente riscontro sono: Febbre (83%), Tosse (82%), Dispnea (31%), Astenia (11%), Cefalea (8%), Faringodinia (5%). Tramite i dati riferiti dall'ISTAT si è visto che c'è una leggera prevalenza dell'infezione nelle donne (52,7%), specialmente nella fascia di età superiore ai 90 anni dove c'è un rapporto tra maschi e femmine di 1:3. Però nella fascia di età compresa tra i 70 e i 79 anni risultano più casi di sesso maschile. La letalità è più elevata nei pazienti di sesso maschile in tutte le fasce di età. Nel 34,7% dei decessi viene riportata la presenza di almeno una comorbidità tra: patologie cardiovascolari, respiratorie, patologie metaboliche, diabete, immunodeficienze, oncologiche o patologie renali. Il "Numero di riproduzione di Base", più noto come " R_0 ", fornisce indicazioni relative alla possibilità di trasmissione di una malattia infettiva. " R_0 " rappresenta il numero di casi secondari che un caso produrrebbe in una popolazione completamente suscettibile, come nel nostro caso. Tramite questo parametro si possono valutare diversi aspetti della diffusione di un patogeno, per esempio, prevedere la percentuale di popolazione interessata o stimare la durata della fase di propagazione esponenziale. Il calcolo di " R_0 " richiede di prendere in considerazione diverse variabili che nel tempo, per fenomeni naturali o per l'azione dell'uomo si possono modificare. I tre parametri principali sono i. durata complessiva della fase di contagiosità di un soggetto infetto, ovvero periodo durante il quale il virus viene eliminato tramite le goccioline di Droplet, ciò avviene anche dopo la fine delle manifestazioni cliniche; ii. tasso di contatto; iii. probabilità di contaminazione in seguito al contatto tra una persona suscettibile e una infetta. Oltre a queste variabili possono essere prese in considerazione anche la stagionalità, che potrebbe influire sull'attecchimento del virus; la densità abitativa. Vengono prese in considerazione delle variabili molto eterogenee e difficili

da valutare in modo preciso su vasta scala. Durante il periodo di restrizione si è introdotto un altro parametro “Rt” il quale prende in considerazione la riduzione di contatti sociali come conseguenza della restrizione sociale.

Organizzazione territoriale e governance fra autonomia ed emergenza. – La necessità di approfondire il tema dell’organizzazione territoriale e della governance con riferimento alla gestione statale e locale in termini di *government* della crisi emerge come fattore dirimente, in particolare rispetto al ruolo svolto dalla sanità pubblica alle diverse scale geografiche. La questione si riferisce al più ampio dibattito del rapporto fra stato centrale ed enti locali con facoltà legislativa in merito alla relazione centralizzazione-autonomia e devoluzione delle competenze di cui al Titolo V della Carta costituzionale; non è possibile affrontare ulteriormente in questa sede la materia delle competenze regionali in materia, seppur alla luce di quanto successo il dibattito torna ad essere di stretta attualità. La seconda questione riguarda il ruolo degli enti amministrativi di prossimità in prima linea ad affrontare situazioni complesse ed emergenziali: come in materia di politiche migratorie, i sindaci delle città metropolitane e dei comuni di medie e grandi dimensioni non sembrano avere poteri e risorse tali per gestire alcuni “compiti” ordinari affidati dallo Stato centrale e dalle Regioni a prescindere dalla contingenza (Brogna, Olivieri, 2016; Fardelli, Olivieri; 2015; Olivieri, 2009). Due possibili indicatori per valutare gli effetti dell’epidemia Covid-19 sull’organizzazione dei sistemi territoriali sono: i) la produzione normativa alle diverse scale di norme nella fase emergenziale in termini di numero di decreti legge, ordinanze statali, regionali e comunali e dpcm e ii) la gestione istituzionale propria nei processi di governance rispetto al ruolo di diversi soggetti (Governo, Ministero della Salute, regioni, città metropolitane e comuni, commissari responsabili dell’emergenza, Dipartimento Protezione Civile, comitato interministeriale, Istituto Superiore di sanità, Consiglio Superiore di Sanità, Comitato Tecnico Scientifico e *task force*) che assumo la fisionomia di attori istituzionali e meta-istituzionali (Vallega, 1995). Il complesso di questa produzione normativa da parte di molteplici attori, tralasciando le interpretazioni dei singoli ministeri ai decreti, delinea un concetto di *government* confuso e riferito ad un non chiaro approccio di *governance*. L’eccessiva produzione normativa, anche alle diverse scale, non è sempre

andata di pari passo con la diffusione dell'epidemia rispetto le differenze territoriali. La comunicazione, attraverso canali istituzionali e sociali, ha svolto un ruolo importante e delicato, anche supportando il carattere di tempestività necessario per l'efficacia di alcuni provvedimenti. In alcuni casi ha creato anche allarmismo (assalto ai supermercati del nord Italia; corsa notturna nella notte del secondo fine settimana di marzo alla Stazione Centrale di Milano per "tornare verso sud" per citarne i casi più emblematici). Un altro esempio della minore considerazione della scala è la questione del divieto di spostamento fra comuni, libertà di movimento possibile all'interno delle grandi città con distanze percorse di molto superiori al primo caso. Infine, il già citato aspetto delle aperture non differenziate a fronte di significative differenze di dati, che sembrano permanere⁸. Per concludere occorre accennare sinteticamente al ruolo in termini di relazioni fra attori istituzionali e meta-istituzionali è possibile riferirsi ai contributi di J. von Neumann e O. Morgenstern e di J.F.Nash jr. nell'ambito della teoria dei giochi: diversi comportamenti e decisioni che i soggetti (attori) razionali sono in grado di prendere in un contesto di interdipendenza (interazione) strategica, in cui le scelte di un attore influenzano le scelte degli altri attori attraverso un conflitto fra essi, che può risolversi in strategia di competizione (interessi contrastanti - punizione) ovvero di cooperazione (bene comune – premio). Il "dilemma del prigioniero" può essere ben applicato secondo tre possibili declinazioni: i) stato-regioni; ii) istituzione-comunità locale; iii) comunità locale-comunità locale. Nel primo caso il "gioco" fra potere centrale e regionale (anche in aggregato nella forma della Conferenza Stato-Regioni), interagisce relativamente a: individuazione delle zone rosse, compiti amministrativi ed attuativi delle disposizioni nazionali, situazioni di contrasto fra normativa nazionale e regionale, chiusure e ri-aperture di natura economica e sociale. La seconda declinazione – attore pubblico e comunità locale – pone la questione dell'interesse comune, fra i *desiderata* del governo (misure di restrizione delle libertà individuale) e la percezione da parte dei cittadini; ovvero considerando come secondo attore la comunità delle imprese rispetto alla chiusura ed apertura delle attività economiche. Infine, nel caso di un gioco di relazioni limitato all'interno della comunità locale è possibile individuare due gruppi – "ribelli" e "lealisti" – rispetto al

⁸ Secondo i dati ufficiali disponibili al momento di chiudere il contributo.

diverso atteggiamento verso le norme e le indicazioni delle autorità di governo. L'idea di procedere in tale senso è obiettivo della futura attività di ricerca per valutare la dinamica secondo l'interazione ripetuta propria della teoria dei giochi.

Conclusioni. – L'epidemia Covid-19 si è diffusa in Europa in modo differenziato, per cui ogni paese è stato interessato in modo peculiare e specifico. Premesso che la diversa rilevazione dei dati comporta differenti scenari ed analisi, l'Italia è stata colpita duramente; da un lato rispetto allo stato del Servizio Sanitario Nazionale, dall'altro rispetto al complesso sistema socioeconomico (manifattura, cultura e turismo). Nel primo caso la questione è attuale e offre un'occasione di riflessione sulla capacità del sistema sanitario di reggere ad una emergenza (posti letto in terapia intensiva e gestione extra ospedaliera dell'epidemia), sulla dicotomia pubblico-privato e sull'assistenza alla parte più anziana della popolazione che rappresenta quasi il 23%, in costante crescita negli ultimi venti anni. Rispetto all'economia l'impatto è significativo, in quanto l'Italia era in fase di ripresa; per cui appare necessario un sistema di interventi su scala locale, nazionale ed europea propria di un cambiamento paradigmatico del pensiero economico. Per capire cosa succederà, occorrerà attendere perché le previsioni, anche nelle scienze economiche come nel caso del meteo, non sono certezze. E se la pandemia, come ha ribadito pochi mesi fa Nassim N. Taleb non è affatto un *cigno nero*, in quanto evento prevedibile, la comprensione del suo andamento nel territorio è invece possibile, se i sistemi abbiano ad esempio caratteristiche omogenee che permettano comparazione e confronto. Infine, la riflessione dal punto di vista territoriale riguarda lo scenario attuale e contingente; secondo chi scrive, appare da riferirsi all'organizzazione territoriale ed alle competenze statali e regionali. L'analisi condotta ed accennata sinteticamente in questo contributo pone l'attualità della questione e, in particolare, il suo inquadramento in una prospettiva di analisi simultanea delle due componenti della dinamica spazio-tempo per lo studio del sistema territoriale in termini evolutivi. Se una crisi muta le caratteristiche proprie di fenomeno congiunturale in effetti duraturi e stabili nel tempo e nello spazio, l'organizzazione del sistema territoriale modifica la propria struttura. La diffusione e soprattutto le conseguenze dell'epidemia in Italia incideranno sul percorso evolutivo dell'Italia in termini di impatto economico ed effetti di natura

sociale e ambientale, in cui dovrebbero essere tenute in giusto conto le esigenze della popolazione e non esclusivamente i bisogni (Longobardi, 2016). Effetti da declinare sui rispettivi e specifici sistemi territoriali: città metropolitane, sistemi urbani e rurali e aree interne. Sin d'ora occorrerà tener ben presenti le variabili strategiche in quanto determinanti territoriali per comprenderne l'evoluzione.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., "L'ora Zero. Inchiesta sulla notte in cui il Covid si è preso l'Italia", *Repubblica*, 20 maggio 2020.
- BIN R., "Verso il "federalismo fiscale" o ritorno al 1865?", *Le regioni*, 2010, 4.
- BROGNA M., OLIVIERI, F.M., *Competitività, strategie di pianificazione e governance territoriale. Il sistema Pontino*, Roma, Sapienza Università Editrice, 2016.
- BROGNA M., OLIVIERI, F.M., "Il problema territoriale di Roma Capitale", *Bollettino della Società Geografica Italiana*, 2016, 13, 9, pp.151-161.
- CELANT A., *Frammenti. Per un discorso sul territorio*, Roma, Sapienza Università Editrice, 2016.
- CONTI S., *I territori dell'economia*, Torino, UTET, 2012.
- DE VECCHIS G., SALVATORI F. (a cura di), *Geografia per un nuovo umanesimo*, Roma, Libreria Editrice Vaticana, 2015.
- DI GREGORIO L., *Demopatìa. Sintomi, diagnosi e terapie del malessere democratico*, Catanzaro, Rubettino, 2019.
- FARDELLI D., OLIVIERI F.M., "Migrazioni Internazionali e politiche territoriali", in AA.VV., *Oltre la globalizzazione. Conflitti/Conflicts*. Firenze, Memorie Geografiche della Società di Studi Geografici, 2015, pp. 191-199.
- GOVERNA F., "Quale governo per le città in Italia?", in DEMATTEIS G. (a cura di), *L'Italia delle città, tra malessere e trasfigurazione*, Roma, Società Geografica Italiana, 2008.
- KAMPF G., TODT D., PFAENDER S., STEINMANN E., "Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents", *Journal of Hospital Infection, Elsevier*, 2020, 104, pp. 246-251.
- ISTAT E ISS, "Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della

- popolazione residente”, *Primo Quadrimestre*, 2020.
- LONGOBARDI E., “I bisogni nella teoria economica e oltre: note di lettura”, in PETTINI A., VENTURA A., *Quale crescita. La teoria economica alla prova delle crisi*, Roma, L’Asino d’Oro, 2014.
- MANGIAMELI S., “Roma Capitale ovvero l’identificazione di un modello istituzionale complesso”, in *L’ordinamento speciale di Roma Capitale*, 2003, Convegno organizzato dalla Provincia di Roma il 10 aprile 2003.
- MORASSUT R., *Roma capitale 2.0. La nuova questione romana. Un riformismo civico per la capitale*, Roma, Imprimatur, 2014.
- OLIVIERI F.M., “La governance multilivello delle politiche migratorie: il livello locale”, in SCARPELLI L. (a cura di), *Organizzazione del territorio e governance multilivello*, Bologna, Patron Editore, 2009.
- PIRAINO A., “L’ordinamento complesso di Roma: Capitale della repubblica e Città metropolitana”, *Istituzioni del federalismo*, 2003, 5, pp. 795-812.
- ROTHANA H.A., SIDDAPPA N. BYRAREDDYB S.N., “The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (Covid-19) outbreak”, *Journal of Autoimmunity Elsevier*, (cda).
- SALVATORI F., CONTI S., “Presentazione”, in CASTELNOVI M., (a cura di), *Il riordino territoriale dello Stato. Riflessioni e proposte della geografia italiana*, Roma, Società Geografica Italiana, 2013.
- TALEB N.N., *Il cigno nero. Come l’improbabile governa le nostre vite*, Milano, Il Saggiatore, 2007.
- VALLEGA A., *La regione, sistema territoriale sostenibile. Compendio di geografia regionale sostenibile*, Milano, Mursia, 1995.
- VALLEGA A., *Regione e territorio*, Milano, Mursia, 1976.

SITOGRAFIA

www.protezionecivile.gov.it
www.laziosalute.it

Spatial and temporal dimension of the pandemic covid-19: from the territorial representation to the governance processes. – The Covid-19 has been increasing interesting and now it results widely argue. This theme is territorial and geographical studies are such important to the role of Italian territorial organization to stem it. The methodology refers to the analysis of spatial

and temporal dimensions unfolds along the effects of the spread of the Covid-19 pandemic in Italy on a regional and sub-regional scale with respect to the trend and the current scenario; according to a methodology specific to a position paper, taking into account the situation in the making, the contribution addresses the question of territorial organization and governance with reference to the state and local management of government processes triggered by the crisis and, in particular, the role played by public health. The acknowledgment of evolution and diffusion of Covid-19 is a necessary condition, but it is no sufficient too, despite the recognition of the government best level and the group of authorities. The last question of this topic is about a new proposal to individuate the best institution and the features: the role for the authorities and territorial for the dimension.

Keywords. – Covid-19, Territorial system, Governance

Universitas Mercatorum

francescomaria.olivieri@unimercatorum.it

Medico Chirurgo

a.mattia929@gmail.com