

MARIA LUISA RONCONI

DIECI ANNI DI COMMISSARIAMENTO IN  
CALABRIA/DECINE DI MORTI PER COVID-19: UNA CRISI  
SANITARIA CHE TORNERÀ CRISI ECONOMICA

*Premessa.* – Quanto è accaduto e sta accadendo in Calabria e nel Mondo è la conferma di come le epidemie non si limitano a scandire la geostoria ma la riscrivono. In Italia, dagli anni '70 ad oggi, le tante malattie non hanno mai colpito così duramente, ma nemmeno insegnato che, in un mondo sempre più globalizzato, siamo tutti a rischio e che il rischio è funzionale a mobilità e accelerazione sociale.

Il passato ci conforta sulla nostra capacità di vincere le battaglie contro le malattie, ma in questi mesi abbiamo imparato che la guerra non è mai finita. La risoluzione, dopo aver sconfitto il panico dell'emergenza e lanciato la corsa al vaccino, è convivere con quel rischio sanitario disegnato dalla geografia della mobilità attraverso le tante mappe del contagio. Le risposte al perché in Calabria al 4 maggio 2020, data di inizio della seconda fase, si contano meno di 100 morti, sono da ricercare nel controllo della mobilità con il blocco di un esodo nord-sud, insolitamente controcorrente, e con le capacità degli enti locali di gestire il panico.

Altra battaglia in Calabria, in un'altra guerra aperta da sempre per lo sviluppo economico, è da riferire all'illecito e incosciente scalpitare della regione per una riapertura precoce, con l'idea di fare delle criticità un'opportunità se solo supportata dai sistemi sanitario, economico, politico e soprattutto da buone pratiche nella popolazione. La prima fase di questa emergenza, infatti, attraverso le misure di contenimento e il blocco della mobilità ci porta oltre l'emergenza sanitaria ma verso quella socioeconomica, salvandoci dagli esperti virologi e consegnandoci agli economisti e alle loro misure finanziarie.

In Calabria, e non solo, sono queste misure le responsabili dei tagli al Sistema sanitario regionale (SSR) che hanno scatenato la paura nelle terapie intensive, la mancanza di dispositivi e i turni insostenibili del personale sanitario. I bilanci hanno deciso le sorti della medicina territoriale, la redistribuzione dei posti letto nelle Aziende ospedaliere (AO) con chiu-

sura di alcuni presìdi, chi e cosa finanziare e non finanziare consegnando al privato, e ad altre Regioni, i pochi fondi della sanità pubblica calabrese.

Tali provvedimenti hanno rimarcato le differenze tra sistemi sanitari regionali e oggi, con il Covid-19, condizionato i sistemi socioeconomici, non in grado di sostenere per lunghi periodi leggi funzionali ad un *habitat* laboratorio, dove è sufficiente “il solo” isolamento per risolvere il problema. Il distanziamento nei territori, infatti, diventa “sociale” ed è efficace a fermare la diffusione del virus ma, in un’analisi sistemica, non del tutto efficiente se applicato su tempi lunghi, in vuoti e contrasti di competenze e senza prospettive per sistemi socioeconomici già compromessi. Il tempo ci insegna che il nostro è lo stesso mondo in cui i cordoni sanitari per peste bubbonica, colera ed ebola hanno amplificato tensioni sociali e crisi economiche, aumentando le differenze tra continenti, stati e regioni, soprattutto quando queste differenze sono endemiche come le malattie e, come le malattie, hanno bisogno di cure. Le cure sono una buona *governance* capace e attenta alle diverse esigenze dei territori e chiara nelle competenze di chi li amministra.

*Il sistema sociosanitario regionale in tempo di Covid-19.* – La *governance* in Calabria ha portato a un’offerta decrescente di beni e servizi, che ha determinato una progressiva e differenziata marginalità sociale ed economica, aggravata da un cambiamento nella domanda di servizi sociali e sanitari. Il Covid-19, infatti, ha sorpreso una Calabria con un SSR in crisi, anche per essere stato mal riparametrato più volte fino alle attuali cinque disomogenee Aziende sanitarie provinciali (ASP) e alla polarizzazione dei posti letto in quattro AO localizzate in capoluoghi di provincia. In allerta Covid-19 non sono rassicuranti nemmeno: speranza di vita, invecchiamento, prevalenza di patologie croniche ad alto rischio contagio e una domanda di salute multidimensionale e diversificata, con caratteristiche non di temporaneità ma di perduranza nel tempo non supportate dai posti letto e dalle specialità.

Il tasso dei ricoveri conferma l’alta percentuale di pazienti positivi con età maggiore di 60 anni e affetti prevalentemente da poli-patologie, con degenza in reparti non adatti a fronteggiare o convivere con il virus, se non quelli di malattie infettive. Il numero di ricoveri e la domanda di pronto soccorso potrebbero essere ridotti dalla medicina territoriale che, a causa dei tagli al bilancio, è insufficiente e non possiede gli strumenti per fronteggiare l’emergenza, a conferma i 60 medici e pediatri di base diventati rischio Covid-19 per i propri pazienti. Sono venuti a contatto,

infatti, con l'informatore sanitario di Rende risultato il paziente 0, non dotati di dispositivi di protezione pur dopo molti giorni dall'inizio dell'epidemia a Codogno e di mesi in Cina (Ministero della Salute, 2020).

L'agire territoriale del virus insegna che per uscire dall'emergenza e non tornarci è necessaria una riforma seria della medicina territoriale. Il SSR calabrese presenta tra le criticità una notevole dinamicità dettata da riforme, continui cambi di poltrone e 13 anni di commissariamento. I risultati sono una *governance* multilivello di Area vasta, finalizzata alla cura, e una ripartizione delle ASP in Zone distretto (ZD) con il livello di *governance* più prossimo ai territori (Ronconi, 2018).

Le ZD avrebbero il compito di equilibrare le dimensioni raggiunte dalle ASP, organizzando e gestendo i servizi di medicina territoriale e facendo da collegamento tra utenza e AO, raggiungere le quali misura in alcune ASP alti tempi di percorrenza. Il riordino della sanità territoriale, infatti, è passato attraverso la fusione e la riduzione delle precedenti 31 USSL in 11 ASL, successivamente accorpate in 5 ASP, le cui diverse estensioni comportano grosse differenze nell'erogazione dei servizi, anche per la chiusura dei presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto, tra i 37 pubblici rispetto ai 36 privati convenzionati presenti in Calabria. Da questo quadro emerge come la sanità calabrese andrebbe potenziata sulle ZD, prive di risorse umane, economiche e strumentali e non in condizione di svolgere il proprio servizio o di individuare, monitorare e gestire i malati asintomatici e in isolamento domiciliare. I distretti, deputati alla medicina territoriale, dovrebbero essere funzionali alle AO, fungendo da filtro, riducendo il numero dei ricoveri non necessari e decongestionando gli ospedali e i loro pronto soccorsi.

La situazione sanitaria è aggravata ancor più da quanto emerso con l'epidemia da Covid-19, uno scenario di dimensioni preoccupanti in cui si denuncia un'organizzazione dei reparti non in linea con la domanda. I pochi posti in rianimazione e terapia intensiva rendono le strutture poco funzionali a fronteggiare i grandi numeri di ricoveri che questo virus può generare e i lunghi tempi della degenza necessaria per la guarigione. Le carenze sono sia nei posti letto e nelle attrezzature, sia nei numeri del personale sanitario, ridotti a causa dei costi della sanità in Calabria. Non è tempo di soffermarsi né sui fondi spesi per la costruzione di ospedali inesistenti o su siringhe pagate il doppio che altrove, né sulle spese per prestazioni nel privato o in altre regioni, vista la lunghezza delle liste d'attesa. Nella misura del sistema sociosanitario, infatti, indicatori e indici quantitativi devono essere letti in analisi qualitative, altrimenti i numeri diventano ancora più deludenti. In Calabria la riduzione quantitativa di

posti letto nei presidi ospedalieri a fronte di un potenziamento mai avvenuto delle AO, insieme alla contrazione della medicina territoriale, sono stati uno “spendere meno” ma non uno “spendere meglio”. Si continua, infatti, a investire su una fitta rete di case di cura convenzionate e di residenze per anziani, che rispondono a quella domanda di lungo degenza della popolazione calabrese con patologie croniche a cui non risponde la sanità pubblica. I loro contributi qualitativi e quantitativi in termini di servizio sociosanitario sono evidenti in questa epidemia da Covid-19, alla quale pochissime delle circa cento strutture private in Calabria hanno risposto. La stessa polarizzazione del servizio sanitario nelle AO non si è rivelata una scelta di qualità né per le Aziende, dove la maggiore concentrazione di pazienti ha significato maggiore rischio contagio per personale sanitario, popolazione urbana e altri reparti, né per la medicina territoriale, che deve supportare popolazione e presidi quali unico punto di riferimento.

Regione e Comuni cercano di integrare l’aspetto sociosanitario fronteggiando i continui mutamenti del contesto sociale, economico ed epidemiologico a fronte di una risposta normativa nazionale stringente. Il cambiamento dei fattori sociosanitari, in cui la popolazione calabrese deve avere non solo valore quantitativo ma anche qualitativo, influisce sia sul quadro epidemiologico, sia sull’innovazione in ambito tecnologico e scientifico, di conseguenza su funzionalità e sostenibilità di un sistema sociosanitario che non risponde all’evidenza e ancor meno all’eccezionalità della pandemia Covid-19. La consapevolezza di un sistema sanitario che non risponde alla domanda ha tenuto in casa i calabresi, mentre la qualità dell’assistenza ospedaliera, nonostante i tagli, ha fronteggiato egregiamente il famoso picco dei contagi, contribuendo nel suo piccolo a sostenere con soddisfazione di tutti le altre regioni e invertendo finalmente il flusso dei viaggi della salute.

*Il Covid-19 in Calabria* – La distribuzione del virus che voglio tracciare per la Calabria non è fatta sui numeri di positivi sintomatici o asintomatici, su decessi o guarigioni, dei quali i mezzi di comunicazione hanno ampiamente parlato, ma su spazialità e mobilità del virus che ha circolato in regione a diversi livelli. La mobilità, infatti, fornisce le prospettive spaziali delle diverse interpretazioni ed evidenzia i flussi sulla diffusione del virus dal suo arrivo in Italia, attraverso un vettore su cui ancora si discute (Fannelli, Piazza, 2020), alla sua circolazione e crescita differenziate tra nord, centro e sud, fino in Calabria dove, per la prima volta, l’atavica etichetta del ritardo ha positivamente giovato. La geografia della mobilità, ridotta

al minimo vitale con il distanziamento sociale, spiega diffusione e intensità del virus dettata da politiche sia di isolamento sia di numero di tamponi.

Il Covid-19 circola e agisce in Calabria a scale diverse e con duplici dinamiche di propagazione:

- per elevati flussi di popolazione su grandi distanze, determinati dalla chiusura di scuole, fabbriche e università, nonché dai timori di contrarre l'infezione e rimanere intrappolati nelle prime zone rosse, chiuse qualche giorno dopo la loro istituzione;
- per contatto tra persone in focolai da aggregazioni di varia natura, studi medici, residenze per anziani e altri punti fissi, i quali hanno innescato flussi interni e movimenti di singole persone come nel caso dell'informatore sanitario paziente 0.

Con la prima dinamica il virus è arrivato in Calabria e conta la maggior parte dei positivi tra i calabresi rientrati dal nord. Al flusso è direttamente riconducibile solo la morte del paziente 1 di Cetraro (CS) rientrato dal lodigiano, il basso tasso di mortalità è dovuto probabilmente alla popolazione in età lavorativa interessata da tale dinamica e al rispetto da parte dei calabresi delle misure di contenimento. La causa del flusso è un iper-connesione socioeconomica tra la Calabria e i distretti produttivi e urbani del nord Italia, in cui il rischio epidemico è stato maggiore (Giovanetti *et al.*, 2020). Tale dinamica ha allarmato e complicato il controllo della circolazione del virus in regione, a causa dell'alto numero di calabresi rientrati nei luoghi di residenza, nonché alzato il rischio contagio rendendo difficile ricostruire la rete interna dei possibili contagi.

La seconda dinamica, quella per contatto, ha agito in Calabria formando più che una rete un cartogramma a mosaico, poiché le aree rosse rappresentano nodi senza un possibile collegamento tra loro. Il contagio del paziente 0, primo morto a Cosenza con Covid-19, si ipotizza avvenuto il 28 febbraio in un convegno a Lamezia Terme che non ha registrato altri positivi nei partecipanti di Sicilia, Basilicata e Campania, ma ha messo in quarantena i 60 medici con cui è venuto a contatto. Il secondo paziente positivo, primo morto con Covid-19 di infarto in Calabria, era impiegato comunale a Montebello Ionico, diventata la prima zona rossa in regione. I due casi non sono collegati tra loro e non è certa né l'origine dei due contagi, né i rapporti con gli altri comuni nei quali si sono accesi i successivi focolai. Dopo Montebello, infatti, vengono chiusi i comuni di Chiaravalle, sede della prima residenza per anziani che ha innescato un primo flusso di contagi all'interno del comune e fatto salire il numero di morti in Calabria, Melito Porto Salvo in provincia di Reggio Calabria;

Cutro in provincia di Crotone; Rogliano e Bocchigliero in provincia di Cosenza; Serra San Bruno e Fabrizia in provincia di Vibo Valentia. A queste zone rosse sono seguiti, in provincia di Cosenza, i comuni Oriolo, San Lucido e Torano, anche quest'ultimo focolaio con la seconda residenza per anziani (Regione Calabria, 2020).

La mappa del contagio in Calabria, quindi, è determinata più dalla distribuzione che dall'interazione spaziale ma, alla territorialità dell'epidemia nelle zone rosse e nei tanti comuni interessati, ha contribuito soprattutto la variabile tempo. La dimensione temporale influisce sui numeri del contagio, sulla velocità e sulla portata della diffusione del virus ed è proporzionale alle strategie di contenimento messe in atto dagli enti locali, alla natura dei controlli e all'intervallo di tempo tra tampone positivo e istituzione della zona rossa, quindi alla mobilità dei nuovi positivi. Nonostante i molteplici approcci regionali, nazionali e internazionali nel voler comprendere e gestire la pandemia da Covid-19, quindi, è comune affermare che alla base di ogni causa ed effetto c'è la mobilità del virus, come dalla mobilità dipenderanno l'uscita dall'emergenza sanitaria ed economica.

*Il post Covid-19 in Calabria.* – Al fine di recuperare la crisi indotta da questa “epidemia della globalizzazione” e nel tentativo di “tenere i conti in ordine”, la geografia può dare il suo contributo a sostegno del sistema regione nel programmare nuove linee di intervento per contrastare la povertà che il Covid-19 ha prodotto. Nella fase post emergenza, infatti, il focus della *governance* territoriale deve spostarsi al sistema economico, affinché la lezione del Covid-19 non vada sprecata e per fare dell'emergenza un'opportunità per una Calabria non duramente colpita dalla crisi sanitaria, ma in forte crisi economica da sempre.

Il concetto di zona rossa mostra come le comunità locali sono state al centro del dibattito nella gestione dell'emergenza e lo sono in quello della decrescita delle attività economiche legate al turismo e alla ristorazione, anche a causa delle prescrizioni sul distanziamento sociale che riducono drasticamente l'utenza. Sono le aree interne e i borghi quelli più vicini alla logica delle misure messe in atto quale condizione per l'apertura delle attività, vivendo da sempre di un turismo dei piccoli gruppi e pochi impatti, aree che si sono ripopolate con flussi in controtendenza rispetto allo spopolamento del secolo scorso, recuperando la stanzialità di una popolazione di ritorno che avrebbe l'opportunità di non riemigrare. Con una buona programmazione dal basso, infatti, la rivitalizzazione dei borghi e delle aree interne potrebbe fare dell'emergenza un'opportunità ed

essere funzionale e trainante dello sviluppo economico dell'intera Calabria. L'Associazione dei borghi d'Italia ha risposto a tale opportunità, insieme alla Strategia nazionale per le aree interne (SNAI) che ha recepito le possibilità in atto.

La fase di totale revisione delle politiche economiche che vivremo in termini di sostenibilità, coesione sociale e territoriale, economia circolare, disposizioni in materia di riduzione del rischio contagio rendono anche le aree rurali interne strategiche per la ripresa economica, molte delle quali avvantaggiate dall'essere già destinazione turistica. I Gruppi d'azione locale (GAL), che hanno sostenuto la fornitura di servizi di assistenza durante l'emergenza, possono fornire ulteriori strumenti di supporto alla ripresa economica dei loro territori. Il Dipartimento agricoltura della Regione Calabria, infatti, ha costituito un Tavolo tecnico Leader per creare una rete di comunicazione su temi specifici, situazioni e problematiche di interesse comune, al fine di promuovere l'innovazione nelle aree rurali attraverso i GAL, che hanno il compito di rielaborare una Strategia di sviluppo locale (SSL) rivolta all'emergenza Covid-19 che sia innovativa, multisettoriale e integrata nei Piani di azione locale (PAL).

Nel mondo dell'ipermobilità in cui il progresso sembra essere possibile esclusivamente attraverso una mobilità sempre più intensa, le pandemie sono troppo importanti per essere lasciate ai soli servizi sanitari e devono essere gestite con approccio sistemico tra mondo scientifico ed economico, istituzionale e sociale. Il loro decorso è influenzato da leggi scritte e non scritte che condizionano il rapporto uomo-ambiente e impattano sulla qualità di vita dei popoli come lo fanno conflitti, rivoluzioni e crisi economiche. Se davvero inquinamento, urbanizzazione e globalizzazione sono le cause della pandemia, questa è la migliore strategia per combattere insieme crisi sanitaria, socioeconomica e criticità ambientali. Il Covid-19 è l'opportunità per sperimentare e applicare gli ultimi obiettivi per lo sviluppo sostenibile rimasti sempre molto teorici: i 17 SDG tra cui salute e benessere. Le guarigioni saranno irregolari, come anche la distribuzione dei contagi, ci sarà uno sfasamento temporale delle epidemie con aree pronte a muoversi e altre che ritorneranno zone rosse, cambierà il modo di viaggiare e il viaggiatore avrà lo stile più da escursionista che da turista. Il distanziamento sociale sarà ancora vigente per lungo tempo e la Calabria sarà considerata "destinazione sicura" perché poco toccata dalla pandemia, con vantaggi per lo sviluppo turistico.

È difficile quantificare la durata di questo periodo, ma la situazione sarà influenzata dalla paura del contagio, il turismo e il viaggio sono fattori sociali e se le persone hanno paura non vanno in vacanza. La paura

scaturisce dall'accelerazione sociale, che appartiene anche allo svago e alla vacanza nelle città d'arte, nelle località balneari o nelle stazioni sciistiche, destinazioni di un turismo di massa, le prime a denunciare la crisi poiché pianificate sul turismo dei grandi numeri. Numeri che non sono del turismo sostenibile, proprio dei borghi, delle aree interne rurali e montane, dei parchi naturali e archeologici, tipi di turismo da sempre in crisi in Calabria. Una crisi denunciata dagli attori locali insieme a esodi e conseguente spopolamento, definibile in tempo di Covid-19 un "distanziamento sociale imposto" che si contrappone all'accelerazione sociale di città e destinazioni turistiche in cui la popolazione si concentra.

Gli operatori di hotel, ristoranti, lidi dicono di non poter aprire dimezzando le presenze, mi domando dove si fa in Italia il turismo sostenibile, slogan degli ultimi decenni e obiettivo nonché risultato atteso di programmi Leader, Agenda 2030, Agenda 21, protocolli, trattati e convenzioni, che oggi diventa prioritario con le misure di distanziamento sociale e di turismo distanziato. La crisi che il Covid-19 ha drammaticamente accentuato richiede sforzi e risorse ancora maggiori per il raggiungimento di tali obiettivi, perché dovranno sostenere anche il non sostenibile. Indirizzare questi sforzi verso un nuovo modello economico e di sviluppo non funzionerà a lungo se imposto, è necessaria un'alfabetizzazione in tal senso, perché la sostenibilità è una scelta di vita e non solo una necessità-opportunità per uscire dall'emergenza.

*Conclusioni.* – Questa epidemia lascerà il segno nella politica, nella società e nella storia italiana ed europea, anche se presi dall'emergenza non ne siamo del tutto consapevoli. Quando il Covid-19 si sarà spento, le tante e talvolta confuse disposizioni di queste settimane e la paura collettiva della fase di apertura avranno gravi conseguenze, ben oltre l'immediato sulla sfera sociosanitaria e con tempi ancora più lunghi su quella economica.

La riflessione più profonda è necessaria su ciò che si è dimostrato basilare e da tempo trascurato: il sistema sociosanitario. Un primo elemento su cui intervenire sono i vincoli di bilancio costituzionali sulla gestione dei servizi che, al pari della cattiva gestione politico-economica degli ultimi decenni, hanno messo a repentaglio lo stesso sistema sanitario, e non solo in Calabria, a fronte di un SSN che si è dimostrato molto spesso inesistente. A prova di ciò il fatto che anche Regioni con i conti in ordine e con sistemi sanitari considerati di eccellenza hanno avuto grosse difficoltà a gestire la pandemia ed erogare il servizio, ricevendo aiuto non dal SSN ma dai SSR come quello calabrese, una regione che solitamente



eroga gran parte dei propri fondi ad altri sistemi sanitari regionali per prestazioni fuori regione e, per eccellenza, quella a più alta migrazione sanitaria. Il secondo elemento su cui intervenire è dato dal mutare del quadro epidemiologico, in cui il sistema sanitario non solo deve recuperare sul fronte di cronicità e lungo degenze ma anche organizzarsi per fronteggiare epidemie che pensavamo riservate ai paesi terzi e che da sole hanno assorbito più di quanto in bilancio, impattando fortemente anche su altre voci di spesa.

Le differenze regionali sono la chiave di lettura di una gestione locale di questa crisi globale, in cui le regioni del nord chiedono respiratori per i posti letto dei loro ospedali, quelle del sud i posti letto eliminati in quanto antieconomici, per quegli economisti ai quali è stato dato il compito di rimettere in moto l'Italia. La salute, tuttavia, è solo un aspetto del Coronavirus, guardando oltre sono più ampie le differenze che l'epidemia continua a generare, gestite dal potere politico attraverso DPCM rivolti a sistemi economici sia di aree del paese che vogliono riaprire le proprie industrie, e sono in condizione di rispettare il distanziamento sociale, sia ad altre regioni in cui industrie come il turismo e il terziario esistono in funzione del non distanziamento sociale, una contraddizione rispetto a una distanza cronica della Calabria utile a limitare l'avanzata dell'epidemia, salvando dal collasso un sistema sanitario già da tempo collassato.

Affrontare questi aspetti è essenziale, anche per gli effetti negativi che il non considerare tali fattori nel tempo ha avuto sul settore sociale ed economico, dove le conseguenze sono già evidenti e destinate a farsi sentire per un lungo periodo e dove si rendono necessari interventi strutturali di ampio respiro, insieme a una presa di coscienza. Riusciremo a tornare al caos e alla vita frenetica, ma quello che serve è un nuovo modo di vivere il sociale, il lavoro, gli spostamenti e la vacanza. Forse la Calabria è uscita dalla pandemia perché i tempi del Covid-19 sono quelli che il sistema politico ha da sempre destinato al sud rallentando lo sviluppo, gli investimenti e i trasporti, insieme ai posti letto degli ospedali.

Molti dicono che dopo questa pandemia niente sarà più come prima. Meno spostamenti, più famiglia e casa, fornelli accesi, attenzione per noi stessi, rispetto per gli altri e per l'ambiente hanno mitigato il rischio contagio, ma queste buone pratiche sono anche la chiave per ridurre altre criticità, con le quali abbiamo sempre vissuto ma per le quali non ci siamo mai fermati. In questi mesi siamo bloccati per malattia nel nome di un bene comune, sapremo rendere questa necessità virtù nel nome di altri beni comuni. Io non ne sono convinta, pian piano dimenticheremo e

torneremo esattamente sullo stesso insostenibile cammino e, distratti dalla mobilità-progresso e nel vortice delle iperconnessioni, non vedremo le criticità. Forse però saremo più attenti e sensibili ed è il caso di sfruttare al massimo questa anomala sensibilità per rivedere il nostro comportamento, lo devono fare i politici ma lo dobbiamo fare anche noi cittadini europei.

## BIBLIOGRAFIA

- REGIONE CALABRIA, BOLLETTINO CORONAVIRUS, 10 Maggio 2020, (<https://www.regione.calabria.it/website/portaltemplates/view/view.cfm?17763>).
- FANELLI D., PIAZZA F., “Analysis and forecast of COVID-19 spreading in China, Italy and France”, *Chaos, Solitons & Fractals*, Volume 134, 2020, pp.1-5.
- GIOVANETTI M. ET AL., “A doubt of multiple introduction of SARS-CoV-2 in Italy: A preliminary overview”, *Journal of Medical Virology*, 2020, pp.1-3.
- MINISTERO DELLA SALUTE, *Nuovo coronavirus*, 10 maggio 2020, (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=228>).
- RONCONI M.L., “La geo-demografia nella domanda e nell’offerta di salute. Il caso di studio della Calabria (Italia)”, in DE SANTIS G. (a cura di), *Salute, Etica, Migrazione*. Dodicesimo seminario internazionale di geografia medica (Perugia, 14-16 dicembre 2017), Perugia, Guerra, 2018, pp. 539-550.

*Ten years of commissioner for the medical emergency in Calabria: dozens of dead people due to the Covid-19/ a medical crisis will become an economic crisis.* – Pandemics are too complex to be left only to a medical science and must be addressed with a systems approach, necessary in the qualitative and quantitative analysis of the epidemic Covid-19 in Calabria, because of a previous crisis both of the medical and socio economic systems. Medical system is only one of the problems to reflect upon the post emergency management: it must be integrated and related with others, to understand and to manage the processes that pandemic will continuously create in different ways in the different lands. Contamination’s map and epidemic effects must consider the global crisis’ problems and reshape

them in local key. In Calabria these aspects are both managerial of the emergency and operational to the economic, political and social sectors. Only the link and the consultation among the different sectors will offer the space-time chances to get out from the current medical crisis and to face up to next economic crisis.

*Keywords.* – Calabria, Coronavirus pandemic, Medical emergency

*Università della Calabria, Dipartimento di Studi Umanistici  
marialuisa.ronconi@unical.it*