



FONDAZIONE GIANDOMENICO ROMAGNOSI
S C U O L A D I G O V E R N O L O C A L E

Note della Fondazione Giandomenico Romagnosi

Nota 9-2020

**Enti locali e Covid-19:
nella fase due ripartire dal territorio**

Alberto Ceriani e Giampaolo Ioriatti

Maggio 2020

Fondazione Scuola di Governo Locale Giandomenico Romagnosi

Presidente: Andrea Zatti.

Responsabile Scientifico delle Note Brevi: Andrea Zatti.

Nota 9-2020, maggio 2020.

Autori: Alberto Ceriani e Giampaolo Ioriatti.

Enti locali e Covid-19: nella fase due ripartire dal territorio.

Enti locali e Covid-19: nella fase due ripartire dal territorio

di Alberto Ceriani e Giampaolo Ioriatti*

Nella [Nota Breve 6-2020](#) abbiamo auspicato un investimento in osservazione sul ruolo di prossimità esercitato dagli Enti locali nella crisi Covid-19. Non sono ancora disponibili profili sistematici ma cronache e testimonianze numerose dagli amministratori locali portano ad una constatazione: si potrà cogliere di più di questo periodo e dei suoi effetti futuri se la categoria del **territorio** diventerà uno dei pilastri di indagine.

Si consideri il **caso lombardo**, che guardiamo per primo per vicinanza e per dimensioni quantitative e con l'auspicio che divenga il caso più studiato, interpretato e ridefinito. Contagiati, ricoverati, guariti, deceduti, entrati o sfuggiti alle metriche del coronavirus, tutto concorre a farne un caso di oggettivo rilievo internazionale. Qui è accaduto un evento "fuori scala", della cui prevedibilità si può discutere, che in breve tempo è uscito da una ragionevole dimensione programmatoria per diventare un tremendo stress test, inatteso per potenza d'urto. Ma la Lombardia, pur con sommatoria complessiva da stato generale eccezionale, ha avuto **gradi di esposizione e di resilienza diversi**. Tutto ha preso formalmente avvio da un territorio presto confinato, Codogno e parte del lodigiano, poi altri territori lombardi come la bergamasca e il cremonese sono diventati le province italiane con il rapporto maggiore tra contagiati dal virus e abitanti. In più casi i centri di diffusione sono identificabili, per paradosso, in una struttura sanitaria con ruolo di presidio territoriale. Dal ceppo virale d'origine lombardo sono stati interessati ambiti limitrofi (in Veneto, Emilia e Piemonte), sempre con propria e specifica capacità di reazione.

Per ragionare sulle cause si discuterà ancora a lungo sui **problemi di sistema** che hanno esposto la Lombardia a questo risultato. Qui, solo alcuni cenni per richiamare che sul sistema sanitario lombardo si è forse abbattuta

* Osservatorio sulle Autonomie e i Territori – www.osservatorioautonomie.unipv.it

una “tempesta perfetta” che ha assommato fattori contingenti ad altri più strutturali. La pandemia ha colto il sistema sanitario regionale nel guado di un processo di transizione che prevedeva una razionalizzazione della rete ospedaliera (DM 70/2015) ed una riconfigurazione del presidio sanitario territoriale (L. 189/2012). E’ noto e condiviso che le ragioni della transizione sono certamente quelle della razionalizzazione della spesa ma, soprattutto, la ridefinizione degli obiettivi di sistema in ragione dell’invecchiamento della popolazione e del prevalere delle patologie croniche: si stima che la spesa sanitaria per gli ultrasessantenni pesi per quasi il 70% del totale.

In Lombardia, questa transizione si è rivelata particolarmente laboriosa, come dimostra la stratificazione degli interventi normativi e dei correttivi continuamente introdotti nel corso degli ultimi anni e la distanza dal modello proposto espressa da parte dei medici di base, segnalata dalla bassa adesione da parte loro in numerosi contesti provinciali, a cominciare da quello metropolitano. Sinteticamente, si può parlare di un sistema sanitario lombardo di eccellenza sotto il profilo delle strutture ospedaliere di punta, delle competenze e tecnologie specialistiche ma forse fragile ed in affanno nella reale integrazione tra ospedale e territorio, nei modelli di assistenza territoriale e nelle cure domiciliari: ossia proprio sul fronte più direttamente impattato dalla pandemia Covid-19.

Come correttamente scrivono N. Martini, C. Piccinini e F. Pammolli sul Sole 24 ore del 21.04 «il sistema sanitario nazionale e regionale ha finito per scaricare quasi esclusivamente sull’ospedale l’intera gestione dell’emergenza». Gli stessi autori rimarcano che «i progetti sulla cronicità e sulla presa in carico direttamente sul territorio dei pazienti cronici costituiscono la vera riforma del SSN e la sfida stessa posta da Covid-19»: insomma si è probabilmente assistito al paradossale convergere degli effetti di più lungo periodo (incremento della cronicità e ritardo nei presidi territoriali) con la drammatica attualità della pandemia.

Ma sono sufficienti le letture di sistema per cogliere la dimensione territoriale della crisi da Covid-19 nel contesto lombardo? Si sono aggiunte in queste settimane **considerazioni di processo** che si possono declinare nelle difficoltà tecniche di affrontare un nemico aggressivo in forte deficit di conoscenza, negli effetti positivi o negativi prodotti dalle intuizioni e dal grado di preparazione delle linee direttive, delle equipe dei sanitari, dei medici di base con le differenze dei modelli di cura e di affiancamento alle persone contagiate. Tutti **elementi di processo** che hanno risentito della pressione eccezionale della fase di prima emersione dei contagi e della

strumentazione sanitaria per vari motivi non sufficiente (dai DPI alle terapie intensive, dai tamponi ai farmaci di ausilio).

Altre analisi hanno riguardato **elementi di sfondo** per una possibile correlazione tra Covid-19 e contesti ambientalmente critici, in particolare tra la qualità dell'aria e la maggiore diffusione degli agenti virali. Considerazioni simili anche per fattori favorenti il rapporto tra Covid e densità residenziale, ma serviranno più robuste evidenze, considerata la finora più contenuta esposizione al contagio dell'area metropolitana, quella che raggiunge e supera i 7000 residenti per kmq.

Da ultimo sono emerse **peculiarità dei contagi** con le **criticità delle RSA**, anche in questo caso con differenze di acuzie e di fronteggiamento e la forma **dei contagi di origine familiare**, entrambi esito di un insieme di questioni da affrontare certamente al di fuori dei processi di verifica giudiziale.

Sarebbe necessario, ora o al più presto, un **impegno collegiale di conoscenza** o almeno di costruzione di letture più ordinate per dare, per prime alle comunità più colpite e poi a tutta la regione, un senso di causalità utile a capire quanto accaduto e ad adottare più efficaci processi di prevenzione e contrasto al Covid-19 e simili che dovessero affacciarsi. Tra le variabili da considerare dovrebbe avere un ruolo specifico, anche per arrivare a confermarla o falsificarla, proprio la categoria del **territorio**.

C'è un contesto obiettivo che lo richiede con ragionevole importanza ed è quello determinato dalla fase post lockdown. Se nella prima fase sono stati registrati gli effetti assai critici del contagio su un sistema regionale a funzionamento standard ora si dovrà monitorare l'effetto delle aperture misurabile dopo le chiusure. Ora il parametro che misura la velocità del contagio è sotto l'1 ma all'inizio in Lombardia in alcuni contesti ha raggiunto valori tra 3 e 4. Per evitare che torni a crescere serve un **diverso sistema di sorveglianza**, una rapida identificazione dei casi e delle situazioni in cui può diventare più facile la trasmissione ma pure una ripresa degli accadimenti del primo periodo. E' richiesta questa attenzione e forse inedita capacità perché la fase due non sarà guidata da una visione monodimensionale ma da una strategia da costruire guardando la complessità dei fenomeni sanitari, economici, sociali, generazionali, ambientali presenti in via generale nel sistema regionale e nei sottosistemi che lo costituiscono. Si dovrà investire in **mappature sociali e geografiche** per poter intervenire tempestivamente dove maggiori saranno le esigenze.

Possono servire le **esperienze dei Sindaci e delle amministrazioni locali** che abbiamo iniziato a coinvolgere nelle nostre riflessioni? Crediamo di sì per più aspetti.

Il primo riguarda la corale sottolineatura dell'**insufficienza del sistema di conoscenza attuale** dei problemi sanitari (e sociali) generati dal Covid-19. In molti contesti locali i Sindaci hanno costruito **soluzioni informative parallele** coinvolgendo i medici di base, le farmacie, le Residenze, le parrocchie, per conoscere i casi conclamati e contribuire alle prestazioni para sanitarie necessarie. Forse un modello migliorabile con le tecnologie ma interessante per la dimensione relazionale e sociale e più completo quanto a caratterizzazione delle persone coinvolte e dei contesti lavorativi e familiari.

Il secondo è l'evidenza della **mortalità** che insieme agli aspetti etici e di drammaticità per le persone e le famiglie coinvolte rinvia all'esigenza di considerare i decessi direttamente o indirettamente correlati al Covid-19, in modi e forme decisamente più sistematici.

Un terzo è la vista sugli **effetti sociali** causati dalla pandemia con le richieste di buoni pasto e altre emergenze di cui una parte rischia di diventare continuativa almeno fino a che le famiglie non torneranno a regolarità di reddito.

Il quarto aspetto è il **legame vero tra attori di conoscenza e governance dell'emergenza**. Le situazioni dove le amministrazioni sono state più efficaci vedono una convergenza tra attori locali che condividono informazioni di pertinenza e soluzioni per fronteggiare la crisi da Covid-19. Si sono create **unità di crisi evolute** che hanno contribuito a tenere insieme le comunità.

Il quinto è la **differenza di reazione**, con contesti reattivi, innovativi piuttosto che solo esecutivi.

A chi si cimenterà in un sistema di sorveglianza aggiornato suggeriamo di prevedere tra le informazioni da monitorare anche un indicatore riguardante la differente **capacità istituzionale** dei territori. Insieme agli spunti qui richiamati, a testimonianza di una capacità locale di risposta all'emergenza Covid-19, non si deve infatti dimenticare la numerosità degli attori coinvolti, le loro potenzialità e i loro limiti. Se consideriamo l'assetto istituzionale lombardo è facile ricordare le undici Province, la Città metropolitana, le 23 Comunità montane, i 1.507 Comuni, le 70 Unioni di Comuni e altri enti intermedi. Elementi di un **reticolo amministrativo** primo in Italia per capillarità e potenziale efficacia, ma appunto diversificato

per possibilità di azione e che per svolgere un ruolo appropriato avrà necessità di coordinamento e indirizzo almeno sovracomunale.

In Lombardia nella seconda fase Covid-19 servirà quindi anche un di più di capacità istituzionale: torniamo ai **territori** e alle possibilità di trovare risposte consone alle loro peculiarità.

Sul piano prettamente analitico, si può concludere che nella prima fase della pandemia il carattere diffusivo e pervasivo del coronavirus, l'estrema velocità e aggressività del contagio, hanno fatto emergere due aspetti potenzialmente critici della società lombarda:

1. un sistema sanitario probabilmente sbilanciato sulla dimensione ospedaliera e in ritardo sulle risposte territoriali;
2. un sistema istituzionale locale molto articolato ma con potenzialità diversificate e in generale forte necessità di coordinamento.

Per entrambi ora si deve correggere in corso d'opera ma con capacità di mettere ordine a quanto si è capito nel periodo dell'emergenza e in una fase che sarà più complessa e dovrà allargare gli attori coinvolti. La dimensione territoriale dovrebbe avere il giusto rilievo e stimolare una adeguata risposta istituzionale. Per quanto ci interessa non si vorrebbe assistere all'evidenza di un sistema istituzionale troppo articolato, debolmente coeso, insufficientemente coinvolto e alla fine meno efficace per i territori.