

## Tra pandemie annunciate e vere pandemie: dalla SARS alla COVID-19

*Maria Grazia Galantino*  
Sapienza Università di Roma

### Riassunto

Dopo quasi venti anni di pandemie annunciate, nel 2020 la COVID-19, prima vera pandemia del nuovo secolo, irrompe nella nostra vita sociale stravolgendone ogni aspetto e sfidando i sistemi di governance già sperimentati a livello globale e nazionale. Il presente articolo riesamina l'esperienza di un'emergenza epidemica del recente passato – la SARS – al fine di individuare, pur in chiave esplorativa, spunti di riflessione per il presente. Nel caso della SARS, la comunicazione istituzionale era riuscita, attraverso la “messa in scena” degli strumenti per affrontare e gestire il rischio epidemico, ad impedire che la preoccupazione dei cittadini si trasformasse in allarme sociale. L'esperienza attuale, invece, sembra mostrare, da una parte, la debacle del sistema di governance globale della pandemia e, dall'altra, la difficoltà degli attori nazionali di rassicurare i cittadini rispetto alla capacità del sistema di governare l'emergenza, consentendo a un frame di allarme di dominare il discorso pubblico.

*Parole chiave:* COVID-19, SARS, rischio, salute, gestione del rischio

**Abstract.** *Announced Pandemics and True Pandemics: From SARS to COVID-19*

In 2020, after almost twenty years of announced pandemic risks, COVID-19 the first “real” pandemic of the new century irrupts into our societies causing major disruptions of everyday life and challenging health governance at global and national levels. This article reviews the management of an epidemic of the recent past – SARS – in order to gain explorative insights for the present. With regard to SARS, through the adoption of measures for the management of the epidemic risk, the institutional communication has succeeded in preventing citizens' concerns from turning into social alarm. The current experience reveals a different picture. On the one hand, it shows the debacle of the international system of governance of pandemics, and, on the other, the difficulty of the national actors to reassure citizens about the ability of the system to govern the emergency, leaving room for the alarm to dominate the public discourse.

*Keywords:* COVID-19, SARS, risk, health, risk management

DOI: 10.32049/RTSA.2020.2.04

### 1. Introduzione

[Non] possiamo dire se le strategie comunicative, oppure le reti di sorveglianza e i piani di contenimento predisposti a livello internazionale e nazionale a partire dall'esperienza della SARS, saranno adeguati o sufficienti per fronteggiare la prossima annunciata pandemia. Per usare un'espressione molto citata in questo campo, non sappiamo. Ma staremo a vedere (Galantino, 2010a, p. 126).

Così si chiudeva la nostra analisi sulla comunicazione e la gestione dell'emergenza sanitaria del 2003 dovuta alla epidemia di SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). Nel 2019 la pandemia annunciata è diventata realtà, ha preso il nome di COVID-19 e l'incipit della sua storia sembra seguire il medesimo copione già visto 17 anni prima: casi di nuova

polmonite (atipica) vengono registrati in un'area della Cina; sono causati da un coronavirus sconosciuto, probabilmente passato per zoonosi dagli animali agli esseri umani.

Lo sviluppo della storia, invece, è del tutto inedito. L'epidemia attraversa ben presto i confini della Cina trasformandosi in una pandemia globale. I costi in termini di vite umane sono altissimi: al momento in cui scriviamo, oltre cinque milioni di contagi e quasi 350 mila decessi, di cui oltre 32 mila nella sola Italia. La pandemia irrompe nella nostra quotidianità stravolgendola: le scuole, le università i luoghi di lavoro chiudono; le attività sportive, culturali e ricreative vengono bruscamente interrotte in tutto il mondo. Per contenere la diffusione del virus e prevenire il sovraccarico o addirittura il collasso dei sistemi sanitari, molti paesi, primo fra tutti l'Italia, impongono severe misure di isolamento sociale che limitano la mobilità, le relazioni e la libertà personale.

Eppure, la crisi sanitaria dovuta alla SARS era stata considerata paradigmatica per la strutturazione di nuovi modelli di comunicazione e di governance delle epidemie a livello globale (Biao e Wong, 2003; Fidler, 2004a; 2004b). Come mai, dunque, la lezione non è servita? Quali sono stati i problemi che hanno determinato esiti tanto diversi? Quali le scelte che vi hanno contribuito?

Si tratta di domande complesse alle quali il presente articolo non si propone di fornire risposte definitive. Piuttosto, si propone di riesaminare un'esperienza del recente passato – la SARS – al fine di individuare spunti di riflessione e di ricerca per il presente.

L'analisi si basa sui documenti ufficiali e sulle rappresentazioni mediatiche della malattia, degli attori e delle misure per affrontarla. Va sottolineato fin da subito, però che dal punto di vista metodologico non si tratta di un'analisi comparata in senso stretto. La precedente ricerca sulla SARS ha potuto avvalersi di un team di ricercatori e di un'ampia mole di dati empirici provenienti da fonti mediatiche diversificate<sup>1</sup> (Galantino, 2010a; 2010b; 2012). Gli elementi osservativi utilizzati nel caso della COVID-19, invece, non sono l'esito di un processo sistematico di rilevazione e analisi di dati empirici, ma hanno un carattere

---

<sup>1</sup> In particolare, erano state raccolte e analizzate le notizie sulla SARS (16 marzo-6 luglio 2003) prodotte da tre diverse fonti di informazione: il quotidiano *Il Corriere della Sera*; due edizioni del *GRI* (edizioni delle 8:00 e delle 13:00); due edizioni del *TGI* (edizioni delle 13:30 e delle 20:00). Nel complesso, sono stati raccolti ed analizzati 466 articoli del *Corriere della Sera*, 173 servizi del *TGI* e 127 servizi del *GRI*.

puramente esplorativo. Per di più, per la SARS abbiamo potuto esaminare l'intera evoluzione dell'emergenza, dall'insorgere della malattia fino al suo contenimento. Ci siamo giovati quindi di quella distanza, temporale ed emotiva, che è necessaria per riflettere e, eventualmente, valutare. Nel caso della COVID-19, scriviamo a eventi ancora in corso, quando domina l'incertezza rispetto all'evoluzione futura dell'emergenza pandemica e all'efficacia delle misure implementate per affrontarla. Nondimeno, riteniamo che sia tempo di cominciare a riflettere, anche in forma provvisoria, al fine di suggerire domande, formulare ipotesi e tratteggiare piste di indagine possibili per la ricerca futura.

## **2. La costruzione sociale delle emergenze sanitarie**

Di fronte alle nuove malattie emergenti del XXI secolo, la credenza diffusa che le malattie infettive fossero state definitivamente debellate grazie ai formidabili progressi della medicina mostra ancora una volta la sua fallacia. Già l'AIDS, la nuova e misteriosa malattia individuata negli Stati Uniti all'inizio degli anni '80, aveva rappresentato una rottura simbolica con il passato. Come osservava Susan Sontag (1991, p. 158) nel 1988:

La medicina era vista come una campagna militare lunga secoli che volgeva adesso verso la sua fase finale, verso la vittoria. L'insorgere di una nuova malattia epidemica, quando per decenni si era fiduciosamente pensato che tali calamità appartenessero al passato, ha cambiato lo status della medicina. L'avvento dell'Aids ha chiarito che le malattie infettive sono ben lontane dall'essere conquistate e le loro liste dall'essere chiuse.

Da allora, infatti, le «liste» si sono arricchite di oltre quaranta patologie in precedenza sconosciute, cui bisogna aggiungere il ritorno di vecchie malattie epidemiche, tra cui la malaria, il colera, la febbre gialla, in aree dove si credevano ormai debellate. Solo dall'inizio di questo secolo, le epidemie che si sono effettivamente verificate includono la SARS nel 2003, l'"influenza aviaria" (H5N1) nel 2005 e l'"influenza suina" (H1N1) nel 2009, la Mers (*Middle East Respiratory Syndrome*) nel 2012, l'Ebola nel 2013-16. Ma molto più lunga, e

in continuo aggiornamento, è la lista delle malattie (note) suscettibili di creare rischi per la salute pubblica nel futuro.

Le cause scatenanti di quelle che l'Oms chiama le «nuove minacce per la salute nel ventunesimo secolo» sono di origine naturale, ambientale, tecnologica e, soprattutto, umana, derivanti cioè dalle scelte degli uomini e delle istituzioni sociali (WHO, 2007). Anche la loro rapida diffusione e la gravità dell'impatto sono l'esito di processi antropici e, in particolare, della globalizzazione, dell'accresciuta mobilità e dei cambiamenti nello stile di vita degli individui. Da sempre, però, le pandemie rappresentano una sorta di effetto collaterale della modernità e dell'allargamento e dell'intensificazione delle relazioni a livello globale. Nel Medioevo, le malattie viaggiavano per mare: la diffusione della peste in Europa fu favorita dall'apertura delle nuove rotte commerciali euro-asiatiche; nel XVIII secolo, l'intensificazione dei commerci portò con sé le epidemie di colera; nel XIX secolo, la tubercolosi si diffuse anche in conseguenza di un accelerato processo di urbanizzazione. Oggi, tuttavia, viaggiando insieme alle catene transnazionali del commercio, del consumo e della circolazione umana, le nuove malattie infettive si diffondono con inusitata velocità e sono sempre meno arginabili da parte di barriere geografiche o politiche.

I nuovi rischi per la salute ci mettono di fronte ai limiti conoscitivi della medicina e della tecnologia di fronte ad agenti infettivi che mutano continuamente, adattandosi ad un ambiente a sua volta in continua mutazione. Per usare le parole di Beck (2008, p. 186), anche in questo settore della vita sociale «governa il dott. Non-sapere». Come ebbe a dichiarare Margaret Chan (cit. in WHO, 2005a, p. iii), già direttore generale dell'Oms a proposito dell'influenza aviaria:

Qualche volta davvero non sai quello che non sai. Avere a che fare con una nuova malattia emergente è un'esperienza umiliante, come ho scoperto io stessa. Non dovremmo fare finta di sapere che cosa succederà. Sarà grave o lieve? Quali gruppi saranno più colpiti? Proprio non lo sappiamo.

Elementi di non-sapere entrano dunque a far parte del processo di costruzione sociale del rischio fino a diventare parte integrante della valutazione e della gestione dei rischi

contemporanei. Di fronte a malattie “misteriose” o “sconosciute” dal punto di vista eziologico, gli individui provano ad individuare delle scorciatoie cognitive per comprenderle e interpretarle sulla base delle poche informazioni disponibili (Strong, 1990). Piuttosto che sulle evidenze fattuali invocate dal sapere esperto, il modo in cui gli individui percepiscono e affrontano i rischi per la salute, è fondato su esperienze soggettive e concrete (Wynne, 1989; Lupton, 1995) oppure su voci e opinioni diffuse dal dibattito pubblico (McInnes, 2005).

Mutuando una prospettiva di “costruttivismo debole” (Beck, 1999; Lupton, 2003), possiamo dunque affermare che ciò che si considera e si affronta come minaccia sanitaria (ma lo stesso si può dire per altri pericoli e rischi rappresentati come minacce<sup>2</sup>) non dipende esclusivamente dalla esistenza oggettiva di rischi e pericoli per la salute, ma da un processo di costruzione sociale che prende avvio con la «messa in scena del rischio» (Beck, 2008, p. 19) ossia con la presentazione e l’anticipazione di potenziali catastrofi future. È attraverso la propria messa in scena, che «il rischio ottiene il predicato di “reale” [ed] esercita il suo molteplice dominio – sotto forma di anticipazione “creduta” – nelle menti e nelle istituzioni».

I mezzi di comunicazione sono centrali per tale messa in scena, sia in quanto produttori del discorso sui rischi e sulla sicurezza sia, e soprattutto, in quanto «amplificatori» dei discorsi promossi da altri attori sociali (Kasperson *et al.*, 1988; Pidgeon, Kasperson e Slovic, 2003). Ciò è particolarmente evidente in ambito scientifico e medico perché, come riconosce l’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2007), i media rappresentano «la più influente fonte di informazione quotidiana sui rischi per la salute». È nell’arena mediatica, inoltre, che i significati e le interpretazioni dei fatti scientifici sono costantemente formati e negoziati (Bucchi, 2008; Neresini e Lorenzet, 2016). Le narrazioni sulla malattia da parte dei media, e degli attori che sui media trovano visibilità, si strutturano fino a diventare “autorevoli” rappresentazioni della malattia stessa (Briggs e Mantini-Briggs, 2003).

Attraverso il linguaggio e il framing, inoltre, i media promuovono non soltanto particolari

---

<sup>2</sup> Per una distinzione analitica dei concetti di pericolo, rischio e minaccia si veda Battistelli e Galantino (2019).

interpretazioni e valutazioni dei problemi, ma anche particolari strategie per affrontarli (Entman, 1993; 2004; Iyengar, 1994; Altheide, 2002). Nel discorso sulla sicurezza e su ciò che la minaccia, infatti, l'uso di particolari cornici di senso può determinare il modo in cui gli attori del sistema sociale costruiscono il significato dei rischi, ne valutano la gravità, decidono di agire, scelgono di appoggiare o avversare le decisioni altrui. Il linguaggio, pertanto, oltre a descrivere e connotare il problema, svolge un'importante funzione performativa, come mezzo per agire e per indirizzare i comportamenti individuali e sociali (Austin, 1987). Attraverso atti discorsivi che etichettano un problema come “minaccia per la sicurezza”, si reclama il bisogno e il diritto di affrontarlo con misure di emergenza (Buzan, Wæver e de Wilde, 1998).

Durante una crisi sanitaria, in particolare, la comunicazione di massa può amplificare il rischio attraverso interpretazioni allarmistiche della situazione, degli attori e delle poste in gioco, ma può altresì generare rappresentazioni e processi sociali funzionali alla mitigazione del rischio stesso. Un'efficace informazione, infatti, può facilitare la creazione di un rapporto di fiducia tra i cittadini e le istituzioni, garantendo la diffusione di comportamenti di collaborazione e di contenimento del contagio (Bennett e Calman, 2001). Non stupisce, quindi, che la comunicazione sia diventata uno strumento di gestione del rischio epidemico tanto quanto la ricerca per identificare agenti infettivi e possibili terapie o quanto le stesse policy di contenimento.

### **3. Governare le emergenze epidemiche a livello globale**

Un quadro giuridico di cooperazione internazionale sul tema della salute e della diffusione delle malattie infettive era già presente dalla seconda metà del XIX secolo, poi rafforzato ed istituzionalizzato nel 1948 con l'istituzione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) e, nel 1951, con l'adozione del primo *Regolamento sanitario internazionale*. In questo quadro, la prevenzione e il contenimento delle malattie si realizzava attraverso una governance orizzontale, in cui ciascuno stato era tenuto a

sorvegliare l'andamento di specifiche malattie infettive, a riportare eventuali casi all'OMS e, eventualmente, ad emanare provvedimenti restrittivi per il commercio e la circolazione degli individui. L'approccio utilizzato mirava a «garantire la massima sicurezza contro la diffusione internazionale delle malattie con una minima interferenza sul traffico mondiale» (Fidler, 2004a), senza sovrapporsi alle politiche degli stati che mantenevano il monopolio delle informazioni e della gestione dei rischi epidemici. L'insorgenza di quelle che l'OMS definisce patologie emergenti e ri-emergenti ha chiaramente mostrato che tutti i paesi sono esposti alla diffusione di organismi patogeni e al loro impatto economico, sociale e politico e che nessuno può difendersi da solo. Sul versante della sorveglianza e delle informazioni, il monopolio statale è stato messo in crisi dal libero fluire di informazioni provenienti da una pluralità di fonti informative – organizzazioni sovra e subnazionali, governative e non governative, ma anche singoli cittadini – che sono diventate essenziali per garantire un sistema di vigilanza e reporting efficace e, quindi, una maggiore sicurezza sanitaria tra gli stati e al loro interno. In questo scenario, la SARS ha rappresentato un esempio chiaro di tale vulnerabilità condivisa e della gravità dei possibili danni; nel contempo, dell'esigenza di mettere in campo misure protettive e meccanismi di contenimento a livello globale.

### *3.1 La SARS come esempio di governance globale delle epidemie*

Novembre 2002. Una nuova forma di polmonite, inizialmente detta “polmonite atipica”, fa la sua comparsa nella Cina meridionale per poi diffondersi in oltre 30 paesi del globo, causando 8.096 casi di contagio e 774 decessi<sup>3</sup>.

A posteriori, quindi, la SARS non può essere inserita nel novero delle pandemie. L'iniziale ignoranza rispetto alle sue origini, ai meccanismi e alla velocità del contagio e alle possibili terapie, tuttavia, avevano spinto l'OMS a intervenire preventivamente, il 12 marzo 2003, classificandola come «minaccia globale per la salute» e allertando tutti i cittadini e le

---

<sup>3</sup> Dati OMS al 31 dicembre 2003, disponibili su: [https://www.who.int/csr/SARS/country/table2004\\_04\\_21/en/](https://www.who.int/csr/SARS/country/table2004_04_21/en/) (25/05/2020). Va evidentemente ricordato che né una cura né un vaccino sono mai stati individuati per la SARS. Dal 2004 ad oggi, tuttavia, non sono stati registrati ulteriori casi.



autorità sanitarie del mondo ad attivarsi congiuntamente per affrontarla.

Gli effetti di tale intensificata cooperazione transnazionale sono stati evidenti innanzitutto nel settore della ricerca virologica che nel giro di qualche settimana dall'osservazione dei primi casi di contagio, ha potuto identificare, isolare e sequenziare il coronavirus della SARS, definirne il modello di diffusione e, nel giro di tre mesi, mettere sotto controllo l'epidemia (Smith, 2006). Ma il sistema di sorveglianza e di controllo attivato nel caso della SARS ha connesso attori scientifici e attori di policy, a livello nazionale e internazionale, attori commerciali e attori non governativi. Specialmente nella fase pre-impatto, quando il governo cinese provava a nascondere le informazioni sui focolai sospetti e a minimizzare la reale entità del rischio, la possibilità di accedere a fonti non governative, formali (associazioni di medici, mezzi di comunicazione, ecc.) e informali (siti internet, blogs, ecc.) si è rivelata essenziale per attivare il sistema di allerta internazionale.

Nella fase di allerta, l'OMS è diventata il nodo centrale di una rete di monitoraggio sulla diffusione dell'epidemia. Rivolgendosi direttamente ai cittadini o ad attori commerciali come le linee aeree, inoltre, ha diffuso raccomandazioni sui viaggi internazionali da e per le aree affette da SARS. Secondo Fidler (2004a), si è trattata di una vera e propria sfida alla sovranità nazionale. Infatti, le autorità nazionali hanno dovuto coordinare il proprio flusso informativo con i tempi e i contenuti stabiliti a Ginevra e adattare la propria agenda di policy, prendendo provvedimenti più o meno restrittivi a seconda delle indicazioni fornite dell'organizzazione internazionale, subendo spesso le conseguenze economiche e politiche di misure non preventivamente concordate<sup>4</sup>.

Oltre all'agenda politica, le organizzazioni internazionali hanno guidato anche l'agenda mediatica (Biao e Wong, 2003; Larson, Nerlich e Wallis, 2005). Ciò conferma che quando gli operatori della comunicazione hanno la possibilità di affidarsi direttamente e in modo continuativo a comunicati e aggiornamenti ufficiali, ossia alle cosiddette fonti di routine, queste diventano la fonte primaria (e talvolta unica) per la costruzione delle notizie (Herman e Chomsky, 2014; Gamson e Modigliani, 1989; Graber, McQuail e Norris, 1998).

---

<sup>4</sup> L'esercizio dell'autorità sovranazionale ha avuto delle conseguenze particolarmente pesanti, in termini economici e politici, soprattutto per i paesi più colpiti dalla malattia come la Cina, Taiwan e il Canada, il cui governo ha criticato pesantemente la strategia informativa sui paesi "a rischio" scelta dall'OMS.



L'accessibilità, la trasparenza e la precisione di tali fonti, inoltre, possono rafforzare la fiducia nelle istituzioni preposte a fronteggiare la crisi e ostacolare la diffusione di informazioni alternative, non verificate o capaci di alimentare allarme e paura tra i cittadini favorendo, in ultima istanza, un'efficace comunicazione e gestione del rischio da parte degli attori istituzionali. Per queste ragioni, il caso della SARS è stato ritenuto un *benchmark* per un'efficace comunicazione del rischio (Pitrelli e Sturloni, 2007).

L'esperienza della SARS, inoltre, aveva impresso una accelerazione al processo di riforma della regolamentazione internazionale. Il nuovo Regolamento (WHO, 2005b) entrato in vigore nel 2007, era apparso come un importante passo in avanti verso la strutturazione di un sistema di cooperazione internazionale mirato all'*early detecting* e il *real time event management*. Da una parte, infatti, prevedeva il rafforzamento del network intergovernativo, dall'altra, vere e proprie obbligazioni per gli stati membri a sviluppare un sistema di sorveglianza e risposta. Un altro elemento innovativo era rappresentato dall'allargamento del campo di applicazione del Regolamento dalle tradizionali malattie quarantenarie fino alle «emergenze di sanità pubblica di rilievo internazionale» (WHO, 2005b) e dalla collocazione delle malattie emergenti tra le minacce per la sicurezza regionale, nazionale e globale. Secondo alcuni entusiastici osservatori, con la SARS la governance della salute era passata da un modello *westphaliano*, incentrato sul ruolo degli stati nazionali, a un modello ibrido, *post-westphaliano*, determinando il primo esempio di «governance globale dei germi» (Fidler, 2004a; 2004b) o, addirittura, di un «nuovo ordine mondiale di cooperazione globale per la salute pubblica» (Biao e Wong, 2003).

### *3.2 La governance post-SARS di fronte a una vera pandemia*

Alla prova dei fatti, però, le analisi che hanno attribuito all'esperienza della SARS la capacità di trasformare il sistema di governance globale delle epidemie si sono rivelate eccessivamente ottimistiche. Ciò non vuol dire che il monitoraggio delle malattie suscettibili di causare focolai epidemici non sia proseguito anche negli anni successivi alla SARS e che

gli esperti dell'OMS non abbiano ripetutamente avvertito dei rischi posti dalle nuove forme epidemiche. Non più tardi del settembre 2019, il rapporto del *Global Preparedness Monitoring Board* sollecitava a «prepararsi al peggio», ossia all'arrivo di una pandemia causata da agenti patogeni in grado di colpire le vie respiratorie, «infettare rapidamente un elevato numero di persone» e «muoversi velocemente attraverso le aree geografiche» (GPMB, 2019). Addirittura, dal 2018 l'OMS aveva inserito tra le *top ten priorities*, cioè le malattie che pongono maggiori rischi per la salute pubblica, anche la *Disease X*, una «possibile grave epidemia globale dovuta a un patogeno che [fino ad] oggi non si conosce causare malattie nell'uomo» (WHO, 2020a). Paradossalmente, il «non-sapere» era diventato un esplicita voce nella lista delle malattie sulle quali concentrare ricerca e sviluppo, perché, come allora affermava l'immunologo Anthony Fauci, oggi a capo della task force della Casa Bianca sulla COVID-19, «l'esperienza ci ha insegnato che ciò che ci colpirà sarà qualcosa che non ci aspettavamo» (Scutti, 2018).

Eppure, quando una *Disease X* si materializza a dicembre 2019 le reazioni delle istituzioni internazionali e soprattutto dell'OMS sono improntate all'estrema cautela. La prima raccomandazione del 10 gennaio 2020, che riporta la presenza di un cluster di polmonite di “eziologia sconosciuta” a Wuhan City, è esplicitamente contraria a ogni restrizione ai viaggi e al commercio internazionali, ribadendo l'utilità della misure di routine già previste dal Regolamento del 2005 (WHO, 2020b). Per tutto gennaio le indicazioni fornite dall'istituzione internazionale non cambiano, salvo aggiungere raccomandazioni «standard» per il pubblico rivolte all'igiene delle mani e degli alimenti (WHO, 2020c). Ancora il 30 gennaio, nella dichiarazione ufficiale che classifica l'epidemia di coronavirus in Cina come «emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale», l'OMS esplicitamente «non consiglia nessuna restrizione per i viaggi e il commercio». Lo stesso giorno, in Italia, il governo annuncia il rilevamento dei primi due casi contagio in due turisti cinesi, sospende tutti i voli da e per la Cina e, nel giro di 24 ore, dichiara lo stato d'emergenza nazionale.

È l'inizio di una escalation di misure di restrizione e controllo volte a contenere il contagio che i diversi paesi cominciano ad attuare in aggiunta, e a maggior cautela, rispetto

a quelle raccomandate dall'OMS, ma in relativa autonomia e senza un apparente coordinamento internazionale. La frammentazione delle decisioni e delle politiche nazionali, cui si aggiunge il conflitto tra i diversi livelli istituzionali con competenze sulla salute, di cui l'Italia rappresenta un esempio eclatante ma non unico, hanno contribuito con tutta probabilità, a minare l'efficacia della risposta alla pandemia e, certamente, la credibilità di un sistema di governance globale delle emergenze sanitarie.

La ricerca delle cause della apparente debacle della governance globale della salute è appena cominciata. Ciò che oggi appare chiaro è che anche nel settore della salute, il sistema internazionale sconta le difficoltà dovute alla sua dipendenza politica e soprattutto finanziaria dai principali paesi contributori. Secondo diversi commentatori, è a questo che si deve la reazione alquanto timida dell'OMS nei confronti di misure che avrebbero duramente colpito l'economia cinese. Pur non essendo oggi tra i principali donatori dell'OMS, la Cina si prospetta come un giocatore cruciale, soprattutto in un quadro caratterizzato dalla progressiva riduzione (o addirittura dalla totale sospensione) dei fondi da parte di quei paesi che, come gli Stati Uniti, ne hanno tradizionalmente assicurato la sopravvivenza economica<sup>5</sup>.

Altre ragioni, tuttavia, sono rinvenibili nell'esperienza delle precedenti annunciate pandemie. Nel 2003, il caso della SARS ha mostrato il potere di definizione della situazione da parte delle istituzioni internazionali che, denominando la sindrome come una minaccia alla salute globale, avevano attivato comunicazioni e azioni efficaci per contrastarla. D'accordo con Beck (2008, p. 55), infatti, possiamo affermare che «l'identificazione e il riconoscimento dei rischi [...] rappresentano la matrice di potere giuridica, epistemologica e culturale nella quale la politica del rischio viene organizzata». Nel 2005, a ulteriore conferma a questa tesi, giunge l'allarme suscitato dalla preoccupazione di un passaggio del virus aviario all'uomo. Al contrario della SARS, una definizione allarmistica dell'influenza aviaria era stata in grado di produrre, amplificare e diffondere il contagio della paura di una nuova pandemia. La valutazione esagerata del rischio aveva inoltre messo in moto una

---

<sup>5</sup> Nei giorni in cui scriviamo, una nuova donazione della Repubblica Cinese all'OMS porta il contributo complessivo per l'emergenza COVID-19 di questo paese a 50 milioni (Reuters, 2020).

gestione inefficace se non controproducente della paventata emergenza, trasformando la minaccia in un'opportunità di profitto per le aziende farmaceutiche (Pipan e Romano, 2010). La storia si è ripetuta con il successivo allarme pandemico, dato nel 2009 per la diffusione della cosiddetta “influenza suina” (N1H1). A metà anno, l'epidemia aveva coinvolto numerosi paesi con un elevato numero di contagi, ma l'infezione continuava a presentarsi in forma leggera, e il tasso di letalità rimaneva molto basso. Anche in questo caso, la risposta dell'OMS fu la dichiarazione dello stato di massima allerta pandemica. Di conseguenza, a giugno 2009, tutti i paesi, Italia inclusa, attivarono i piani pandemici nazionali, predisposti all'indomani della SARS per fronteggiare l'eventualità di emergenze sanitarie globali (Alfani e Melegaro, 2010; Liuccio, 2012). Nel dibattito mediatico italiano, però, diverse definizioni della situazione si contendevano l'attenzione, con gli stessi ministri dell'allora governo Berlusconi che, con contraddittorie dichiarazioni pubbliche, contribuivano a fare e disfare l'allarme pandemia<sup>6</sup>. Alla fine dell'allerta pandemica, la H1N1 aveva causato meno di 20 mila decessi (WHO, 2010). Aveva però aperto estese polemiche sull'atteggiamento allarmistico da parte delle autorità sanitarie internazionali e nazionali e, soprattutto, sugli sprechi causati dall'acquisto in massa di antivirali mai effettivamente utilizzati, suggerendo che la decisione dell'OMS di dichiarare lo stato di pandemia, così come le opinioni di diversi esperti, fossero condizionate dagli interessi dell'industria farmaceutica (Godlee, 2010; Mandeville *et al.*, 2014).

È molto probabile che questi precedenti abbiano influito sulle scelte intraprese in occasione della COVID-19. Scelte che possiamo eufemisticamente definire “meno prudenziali”. Ad ogni modo, la vicenda conferma ancora una volta che, per quanto approssimativamente definiscano la gravità della minaccia e le strategie per affrontarla, particolari atti discorsivi e la loro amplificazione nei media sono in grado di suscitare attenzione e dibattito e, soprattutto, di produrre conseguenze reali spingendo gli attori sociali ad agire per affrontare la dichiarata minaccia o, come sembra accaduto in

---

<sup>6</sup> Sono esemplificative in proposito alcune dichiarazioni dell'allora ministro della Salute Ferruccio Fazio apparse sui quotidiani: «Influenza A/H1N1: è pandemia» (11/06/2009); «Entro marzo 3-4 milioni di casi» (14/07/2009); «Non è escluso l'eventuale rinvio della riapertura delle scuole» (19/07/2009); «Nessun piano di questo genere [chiudere le scuole] non abbiamo pandemia nel nostro Paese» (20/07/2009).

quest'ultima circostanza, a non agire.

#### **4. La governance italiana delle emergenze epidemiche nelle rappresentazioni mediatiche**

##### *4.1 L'esperienza del passato: la SARS*

Precedenti analisi sulle rappresentazioni della SARS diffuse nei mezzi di comunicazione di massa italiani, mostrano che la malattia fa la sua comparsa sulla scena pubblica italiana per mezzo degli attori chiamati ad affrontarla e gestirla (Galantino, 2010a; 2010b; 2012). È lo stesso Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, attraverso un comunicato stampa che riflette la dichiarazione del direttore generale dell'OMS, a classificare la nuova polmonite come una «minaccia per la sicurezza sanitaria dell'Italia».

Da quel momento in poi l'emergenza riceve un'ampia copertura mediatica che evolve in linea con l'evoluzione dell'epidemia (Kitzinger e Reilly, 1997; Eldridge e Reilly, 2003). Il discorso sulla SARS è inizialmente caratterizzato da un frame allarmistico di «mutazione-contagio» (Ungar, 1998; 2008) tipico delle prime fasi delle malattie emergenti: siamo minacciati da una serie di nuovi microbi-aggressori che sono più intelligenti di noi; una serie di cambiamenti come la sovrappopolazione, il degrado ambientale e l'uso smodato di antibiotici sono responsabili per il manifestarsi della catastrofe; i microbi non conoscono confini e - l'ultima apocalittica previsione - ci attendiamo una nuova pandemia. Tale frame allarmistico ha avuto una durata e uno spazio relativamente limitati nel discorso mediatico italiano. Fin dai primi giorni dell'emergenza, infatti, un discorso più rassicurante, incentrato sulle strategie per controllare la diffusione della malattia si è accavallato a quello dell'allarme diventando il frame interpretativo dominante.

Una prima caratteristica del frame del controllo è l'ampio spazio mediatico occupato dagli attori di governance e dalle azioni da essi intraprese per rispondere alla minaccia sanitaria incombente. Spazio che, soprattutto nei telegiornali della prima rete RAI, è

risultato pari al totale dello spazio dedicato al tema (cfr. fig. 1).

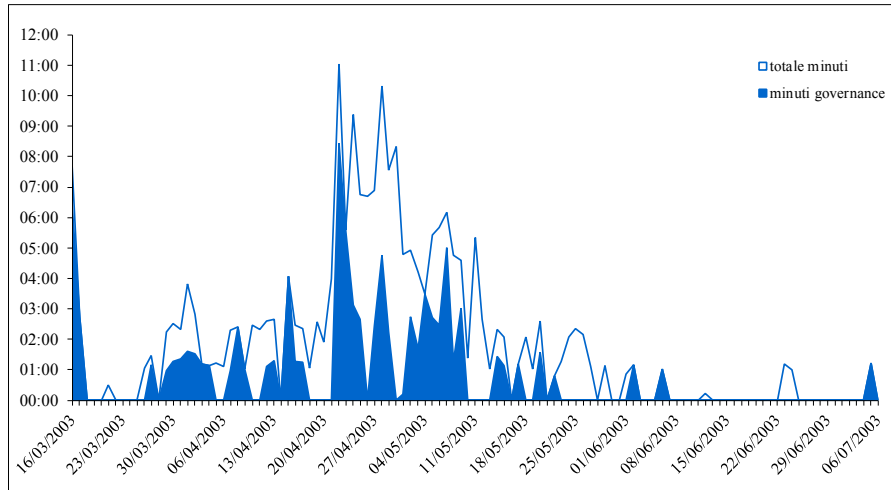


Fig. 1 – Attori e misure di governance della SARS nei servizi del TGI (Galantino, 2010, p. 109)

Le prime dichiarazioni del Ministro della Salute a stampa, radio e tv, consentono già di individuare i nodi iniziali di una rete di attori che si andrà strutturando nelle successive settimane: le autorità sanitarie aeroportuali, le Regioni e i due centri di riferimento per le malattie diffuse, l'ospedale Sacco a Milano e lo Spallanzani a Roma<sup>7</sup>. A questi, andrà più avanti ad unirsi il capo del Dipartimento della protezione civile, Guido Bertolaso, in qualità di commissario straordinario per la prevenzione sulla diffusione della SARS<sup>8</sup>. Sul versante tecnico-scientifico, una task force, coordinata dal microbiologo Pietro Crovari, ha compito di «tenere continuamente aggiornato il ministro su quella che è la situazione mondiale della SARS in senso epidemiologico e in senso scientifico»<sup>9</sup> e di redigere il Piano nazionale dell'emergenza (Ministero della Salute, 2003).

Le principali iniziative messe in campo si sviluppano soprattutto sul piano informativo, attraverso comunicazioni rivolte al personale degli Uffici di Sanità marittima, aerea e di frontiera (Usma), ai medici di base e direttamente ai cittadini attraverso il sito web del ministero della Salute e l'attivazione di un numero verde centralizzato. Sul piano della

<sup>7</sup> TGI del 16 marzo 2003, edizione delle 13.30.

<sup>8</sup> La decisione sarà ratificata con l'Ordinanza n. 3285 del 30/4/2003, ma nei mezzi di comunicazione è data come immediatamente operativa.

<sup>9</sup> TGI del 24 aprile 2003, edizione delle 13.30.

sorveglianza, un decreto legge di urgenza (decreto-legge 9 maggio 2003, n. 103, *Disposizioni urgenti relative alla sindrome respiratoria acuta severa – SARS*) consente di passare da una iniziale «sorveglianza passiva» negli aeroporti a iniziative restrittive coattive, che prevedevano l'obbligo di sottoporsi a controlli medici e amministrativi e la “quarantena” sanitaria per i casi di sospetta SARS. Lo stesso decreto stabiliva, inoltre, che i soli test diagnostici riconosciuti fossero quelli effettuati dall'Istituto Superiore di Sanità.

In sintesi, la governance della SARS in Italia, è apparsa nelle rappresentazioni dei mass media come una complessa rete di attori e di azioni che coinvolgeva il livello internazionale, nazionale e, in misura minore, locale. Tuttavia, il suo funzionamento era affidato soprattutto a una cerchia ristretta di attori collocati a livello di amministrazione centrale piuttosto che a un coordinamento di funzioni decentrate. In primis, il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, massimo portavoce di messaggi di rassicurazione e cautela. Tali messaggi, affiancati da informazioni piuttosto dettagliate sulle iniziative in corso e su quelle in cantiere, contribuivano a costruire l'immagine di una gestione competente ed efficiente della situazione. Offrendosi quasi quotidianamente ai microfoni e alle telecamere, Sirchia riusciva a conquistare il ruolo di protagonista nella gestione della crisi e di principale fonte per la costruzione delle notizie sulla SARS. Fonte la cui autorevolezza risiedeva soprattutto nella competenza tecnica – essendo un medico egli stesso – più che politica<sup>10</sup>. Ad affiancarlo, la figura di Bertolaso, che trasmetteva un'immagine di spiccata risolutezza, efficienza e inflessibilità nel sistema di sorveglianza e controllo. Il ministro e il commissario giocavano due ruoli diversi ma complementari: l'uno quello del “rassicuratore buono” e l'altro quello del “controllore severo”, all'interno di un pacchetto discorsivo in grado di tenere insieme rassicurazione e controllo. A presiedere il campo delle notizie sul contagio e sulla ricerca scientifica, invece, troviamo il prof. Crovari, in rappresentanza pressoché esclusiva della task force presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Imbrigliato nella rete degli attori e delle comunicazioni ufficiali, il dibattito sulla SARS è restato circoscritto al tema specifico, senza subire politicizzazioni o essere ricondotto a

---

<sup>10</sup> A rafforzare questa immagine contribuivano numerose foto e filmati del ministro mentre svolgeva il suo lavoro di “medico” negli aeroporti.



dinamiche di conflitto politico tra il governo e l'opposizione. Tutti protagonisti sulla scena mediatica erano esclusivamente attori, singoli o organizzativi, competenti in materia ed espressamente investiti di un ruolo istituzionale nella gestione della crisi. I principali organi politici, come lo stesso governo e persino il suo vocale leader, Silvio Berlusconi, hanno goduto invece di una visibilità modesta. Con una presenza costante nei mezzi di comunicazione, il ministro, il commissario, il microbiologo e pochi altri soggetti istituzionali hanno pertanto assicurato ai giornalisti italiani una fonte costante di informazioni notiziabili e sono diventati, insieme al virus stesso, i maggiori protagonisti della narrazione della crisi SARS nei media italiani. Attraverso la “messa in scena” mediatica, il rischio della SARS è stato definito, affrontato e controllato, riducendo il senso di incertezza dei cittadini e arginando il possibile panico. Promuovendo, piuttosto, comportamenti adeguati in chiave preventiva e riuscendo, in ultima istanza, a contenere entrambe le “possibili” epidemie: quella della SARS e quella della paura della SARS.

#### *4.2 L'esperienza in corso: la COVID-19*

La “vera” pandemia fa la sua comparsa nei media italiani sotto forma di “polmonite misteriosa” già il 3 gennaio 2020, qualche giorno dopo che i focolai epidemici erano stati resi noti a livello internazionale (Marrone, 2020). Si dovrà però aspettare la fine del mese, e in primi contagi in Italia, perché gli attori politici e le autorità sanitarie facciano la loro apparizione sulla scena mediatica.

Le prime notizie adottano un frame interpretativo ampiamente utilizzato nel passato: «la malattia proviene invariabilmente da qualche altra parte» e solitamente da un posto esotico, primitivo (Sontag, 1991, p. 133), attivando in tal modo processi di costruzione dell'alterità della malattia e dei malati (*othering*) (Gius, 1990; Crawford, 1994; Ungar, 1998).

Nelle prime settimane, infatti, il nuovo coronavirus è ancora una volta rappresentato come un “virus cinese”, relegato una realtà lontana ed altra, caratterizzata da *wet markets* e tradizioni alimentari insalubri se non primitive, secondo immagini di alterità del tutto

analoghe a quelle diffuse 17 anni prima per la SARS (Buss e Olsson, 2006; Eichelberger, 2007; Galantino, 2010a; Leslie, 2006; Washer, 1994). Come fa notare Mary Douglas (1992, p. 35), nonostante il sofisticato livello di conoscenza delle malattie nel mondo contemporaneo, «noi cerchiamo ancora spiegazioni basate sul comportamento, l'etnicità, o gli stereotipi sociali».

Attribuendo le origini della malattia all'esterno del mondo sociale di riferimento dei lettori, si contribuisce a esorcizzare lo spettro della malattia collocandola al di fuori del nostro vivere quotidiano e a rassicurare rispetto alla reale possibilità di contrarla in contesti dove gli uomini non vivono in “promiscuità” con gli animali e in malsane condizioni igieniche. La proiezione della malattia all'esterno del gruppo contribuisce così a rassicurare rispetto alla possibilità di un contagio e ridurre il senso di impotenza che sempre si sperimenta durante gravi epidemie (Crawford, 1994; Joffe, 1999).

Nel contempo, il processo di *othering* può concorrere alla stigmatizzazione sociale di particolari popolazioni o gruppi sociali minoritari ai quali si attribuisce la responsabilità e la colpa per la diffusione della malattia (Beck, 2000; Douglas, 1996; Joffe e Haaroff, 2002). Anche in Italia, le narrazioni e i simboli dell'alterità del coronavirus hanno probabilmente contribuito a una iniziale stigmatizzazione della comunità cinese nel nostro paese e al diffondersi di atteggiamento di diffidenza che talvolta è sfociato in *hate speech* se non in veri e propri atti di discriminazione (tra gli altri, Corosetti, 2020; Recalcati, 2020; Spica, 2020).

La narrazione però cambia quando, il 21 febbraio, un contagio “autoctono” da coronavirus è rilevato a Codogno nella provincia di Lodi: è il primo caso di un focolaio epidemico che vedrà il numero dei contagiati, e a seguire dei morti, aumentare esponenzialmente per poi estendersi rapidamente a tutto il territorio nazionale.

Il “virus altrui” è diventa così “virus nostro” e il frame “rassicurante” della “polmonite cinese” non è più utile a descrivere e spiegare l'epidemia. Un frame mediatico alternativo e molto più allarmistico comincia a sostituirlo, alimentandosi da una parte, delle narrazioni dei casi di sofferenza da parte di familiari e amici dei contagiati e, dall'altra, dei numeri, delle tabelle e dei grafici sui contagi e i decessi diffusi attraverso quotidiane conferenze

stampa dal capo della Protezione civile, Angelo Borrelli. L'importanza dei numeri e delle statistiche nella valutazione dei rischi – nonché nella costruzione delle cornici di senso per comprenderli ed interpretarli – è parte di una visione probabilistica che, seppur parzialmente superata, resta alla base del nostro modo di pensare. Spesso trascurando, però, che tali numeri e rappresentazioni non sono “dati”, ma costruzioni e classificazioni che, inevitabilmente, sottendono giudizi di valore (Aven, 2013; Brown, 2020).

Oltre ai dati numerici, il frame dell'allarme ha potuto contare su un repertorio di dispositivi retorici comuni alle narrazioni delle epidemie. Ancora una volta, le pestilenze del passato e la metafora della guerra (Battistelli, 2020), hanno assolto alla consueta funzione di avvicinare la novità all'esperienza e di rendere comprensibile ciò che appariva incomprensibile. Nello stesso tempo, hanno contribuito a rafforzare l'allarme, alimentare l'incertezza e, verosimilmente, nutrire preoccupazione e paura.

Indubbiamente, e analogamente a quanto avvenuto per la SARS, i decisori politici hanno messo in campo misure per contenere il contagio, nonché prodotto e diffuso informazioni sulle misure stesse per contenere la paura del contagio. La situazione nella quale si muovono tuttavia non ha precedenti nel passato. La rapidità di diffusione del contagio e la gravità delle sue conseguenze sono tali da mettere a dura prova la capacità di reazione del sistema sanitario. Sul piano della comunicazione, d'altra parte, gli attori politici faticano a costruire una narrazione in grado di tenere insieme una definizione realistica del rischio e delle possibili conseguenze e un'immagine rassicurante sulla capacità di controllare l'epidemia e governare l'emergenza.

L'intervento del governo per contenere i focolai epidemici in Lombardia e Veneto parte il 22 febbraio con l'istituzione della c.d. “zona rossa”: l'isolamento dei comuni interessati al contagio e la chiusura di tutte le attività sociali, educative e lavorative. Bisognerà aspettare il 5 marzo perché le medesime misure si estendano a tutto il territorio nazionale, dapprima con la decisione di chiudere scuole e università e attività sportive e poi, con il lockdown di tutte le attività non essenziali e il divieto per le persone di spostarsi. #IoRestoaCasa è il *nickname* del relativo Decreto del presidente del Consiglio del 9 marzo (*Misure urgenti di contenimento del contagio da COVID-19 sull'intero territorio nazionale*), e lo slogan che,

da quel momento in poi, riecheggerà in tutti i mezzi di comunicazione.

Il presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, attraverso il susseguirsi di conferenze stampa e messaggi diffusi attraverso i canali social istituzionali e personali diventa l'interlocutore diretto verso i cittadini: «ho ritenuto doveroso spiegare a tutti i cittadini – anche al pubblico che di solito non segue quotidianamente l'informazione politica – cosa stava accadendo», dichiara nella conferenza stampa del 4 marzo.

Al protagonista Conte fa da spalla (tecnico-scientifica) il capo della Protezione civile, Borrelli, il quale porge quotidianamente a giornalisti e pubblico le curve del contagio, dei ricoveri e dei decessi: i “dati” scientifici che consentono di motivare e sostenere le scelte politiche in merito alle misure di contenimento comunicate dal protagonista. Sporadiche, invece, le apparizioni sulla scena del ministro della Salute, Speranza. Ancorché presente in alcune importanti conferenze stampa, e sicuramente al centro della rete decisionale sui temi della COVID-19, la dichiarata parsimonia nel rilasciare interviste e usare i social (Lerner, 2020) lo fa apparire come una figura di sfondo e mediaticamente sotto-rappresentata rispetto alle competenze e responsabilità concrete che gli sono affidate.

Il palcoscenico mediatico, d'altronde, è affollato da una congerie di attori ai quali è spesso difficile attribuire un ruolo specifico all'interno del sistema di governance dell'emergenza. Dal punto di vista delle strutture di supporto tecnico al governo, la COVID-19 non appare molto dissimile dalla SARS: anche qui abbiamo una task force tecnico-scientifica, la Protezione Civile nella persona del suo capo, Borrelli, un Commissario straordinario per l'emergenza, Arcuri<sup>11</sup>. Ma il numero delle task force e degli esperti aumenta con il passare dei giorni (Openpolis, 2020) e risulta quantomeno difficile per il cittadino-spettatore assegnare chiaramente un volto chiaro e men che mai un ruolo specifico a ciascuno di essi. Sugli schermi televisivi, ritornati in auge per via della gente costretta a casa, si avvicinano numerosi altri personaggi in rappresentanza di questa o quella istituzione scientifica. Tutti sembrano avere la medesima autorevolezza (o mancanza di) e le posizioni appaiono solitamente differenziate e spesso in conflitto tra di loro.

La scena si fa ancora più affollata e confusa quando spostiamo l'attenzione dal livello

---

<sup>11</sup> A differenza della SARS, in questo caso i due incarichi sono affidati a due diverse persone.

centrale a quello locale. Senza entrare nel merito di una questione che richiederebbe uno spazio ben più ampio, ci limitiamo a osservare che l'emergenza COVID-19 è stata rivelatrice della difficoltà di armonizzare misure e interventi in un contesto di estrema frammentazione e disuguaglianza qualitativa e quantitativa dei servizi sanitari nel territorio, nonché delle relazioni di competizione e spesso di conflitto tra Stato e Regioni in tema di sanità.

Tra le forze politiche, d'altra parte, il *rally 'round the flag* che in altri paesi democratici caratterizza le situazioni di crisi, nel caso della COVID-19 dura ancor meno del solito. Le prime dichiarazioni critiche verso l'operato del governo arrivano dal leader della Lega Salvini già a marzo 2020, ben presto seguite da quelle di altri esponenti dei partiti di destra. Le valutazioni oscillano continuamente tra segni opposti: ora di severità eccessiva, ora di scarsa fermezza. A prescindere dai contenuti specifici (che sembrano contare davvero poco), l'obiettivo è quello di contestare l'azione di governo nella speranza di monetizzare la preoccupazione e il disagio crescente dei cittadini. Non esenti da questa tentazione, nemmeno i partiti politici nella coalizione di governo che, con veti incrociati e continui distinguo, rischiano di minare la credibilità faticosamente raggiunta da parte del premier presso i cittadini.

Il risultato è una cacofonia di voci in un quadro di estrema incertezza che fatica, da una parte, a rassicurare i cittadini rispetto alla capacità del sistema di governare l'emergenza e, dall'altra, a contrastare il frame allarmistico che, anche quando i dati del contagio sembrano più incoraggianti, continua a dominare il discorso pubblico. L'oggetto dell'allarme però, nel frattempo è cambiato e l'urgenza sempre più impellente è diventata contrastare gli "effetti collaterali" delle misure implementate per gestire il rischio COVID-19 (Zinn, 2020). Un segnale chiaro della riflessività delle società contemporanee costantemente chiamate ad affrontare i rischi economici, sociali, politici, e morali, generati dall'azione dell'uomo nella sua incessante ricerca di sicurezza.

## Bibliografia

- Alfani G., Melegaro A. (2010). *Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società*. Milano: Egea.
- Altheide D.L. (2002). *Creating Fear: News and the construction of crisis*. Hawthorne (NY): Aldine de Gruyter.
- Aven T. (2013). The Concepts of Risk and Probability: An Editorial. *Health, Risk & Society*, 15, 2: 117. DOI: 10.1080/13698575.2013.775729.
- Austin J.L. (1987). *Come fare cose con le parole*. Genova: Marietti.
- Battistelli F. (2020). Coronavirus: metafore di guerra e confusione di concetti. *MicroMega*, 24 marzo. Testo disponibile all'indirizzo web: <http://temi.repubblica.it/micromega-online/coronavirus-metafore-di-guerra-e-confusione-di-concetti/> (20/04/2020).
- Battistelli F., Galantino M.G. (2019). Dangers, Risks and Threats. An alternative conceptualization to the catch-all concept of risk. *Current Sociology*, 67, 1: 64. DOI: 10.1177/0011392118793675.
- Beck U. (1999). *World risk society*. Cambridge: Polity Press.
- Beck U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci.
- Beck U. (2008). *Conditio humana. Il rischio nell'età globale*. Bari: Laterza.
- Bennet P., Calman K., a cura di (2001). *Risk communication and public health*. New York: Oxford University Press.
- Biao X., Wong T. (2003). SARS: Public Health and Social Science Perspectives. *Economic and Political Weekly*, 38, 25: 2480.
- Briggs C.L., Mantini-Briggs C. (2003). *Stories in the time of cholera: Racial profiling during a medical nightmare*. Berkeley (CA)-London: University of California Press.
- Brown P. (2020). Studying COVID-19 in Light of Critical Approaches to Risk and Uncertainty: Research Pathways, Conceptual Tools, and Some Magic from Mary Douglas. *Health, Risk & Society*, 22, 1: 1. DOI: 10.1080/13698575.2020.1745508.
- Bucchi M. (2008). Dal deficit al dialogo, dal dialogo alla partecipazione - e poi? Modelli di interazione tra scienza e pubblico. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3: 377. DOI:

10.1423/27668.

- Buus S., Olsson E.K. (2006). The SARS crisis: Was anybody responsible?. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 14, 2: 71. DOI: 10.1111/j.1468-5973.2006.00483.x.
- Buzan B., Wæver, O., de Wilde, J. (1998). *Security. A New Framework of Analysis*. Boulder (CO): Lynne Rienner.
- Corosetti (2020). Psicosi cinese. *La Repubblica*, 30 gennaio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2020/01/30/psicosi-cinese04.html?ref=search> (01/04/2020).
- Crawford R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine*, 38, 10: 1347. DOI: 10.1016/0277-9536(94)90273-9.
- Douglas M. (1996). *Rischio e colpa*. Bologna: il Mulino.
- Eichelberger L. (2007). SARS and New York's Chinatown: The politics of risk and blame during an epidemic of fear. *Social Science & Medicine*, 65: 1284. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.04.022.
- Eldridge J., Reilly J. (2003). Risk and relativity: BSE and the British media. In Pidgeon N.F., Kasperson R.E., Slovic P., a cura di, *The Social Amplification of Risk*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Entman R.M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43: 51. DOI: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x.
- Entman R.M. (2004). *Projections of Power. Framing News, Public Opinion and U.S Foreign Policy*. Chicago-London: The University of Chicago Press.
- Fidler D.P. (2004a). Germs, governance, and global public health in the wake of SARS. *The Journal of Clinical Investigation*, 113, 6: 799. DOI: 10.1172/JCI200421328.
- Fidler D.P. (2004b). *SARS : governance and the globalization of disease*. London: Palgrave Macmillan.
- Galantino M.G. (2010a). *La società della sicurezza. La costruzione sociale della sicurezza in situazioni di emergenza*. Milano: Angeli.



- Galantino M.G. (2010b). La SARS: costruire e gestire una minaccia sanitaria nel discorso pubblico. In Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*. Milano: Angeli.
- Galantino M.G. (2012). La rappresentazione mediatica delle minacce globali per la salute. In Biancheri R., Niero M., Tognetti M., a cura di, *Ricerca e sociologia della salute tra presente e futuro*. Milano: Angeli.
- Gamson W.A., Modigliani A. (1989). Media Discourse and Public Opinion on Nuclear Power: A Constructionist Approach. *American Journal of Sociology*, 95, 1: 1. DOI: 10.1086/229213.
- Gius E. (1990). *Aids. Una realtà inquietante nelle sue rappresentazioni sociali*. Milano: Angeli.
- Global Preparedness Monitoring Board - GPMB (2019). *World at Risk. Annual report 2019*. Ginevra: GPMB. Testo disponibile all'indirizzo web: [https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_annualreport\\_2019.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf) (10/05/2020).
- Godlee F. (2010). Conflicts of interest and pandemic flu. *The British Medical Journal*, 340: 29. DOI:10.1136/bmj.c2947.
- Graber D.A., McQuail D., Norris P. (1998). *The Politics of the News: the News of Politics*. Washington: Congressional Quarterly Press.
- Herman E.S., Chomsky N. (2014). *La fabbrica del consenso. La politica e i mass media*. Milano: Il Saggiatore.
- Iyengar S. (1994). *Is anyone responsible? How television frames political issues*. Chicago-London: University Of Chicago Press.
- Joffe H. (1999). *Risk and the other*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kitzinger J., Reilly J. (1997). The Rise and Fall of Risk Reporting. Media Coverage of Human Genetic Research, 'False Memory Syndrome' and 'Mad Cow Disease'. *European Journal of Communication*, 3: 319. DOI: 10.1177/0267323197012003002.
- Kasperson R.E., Renn O., Slovic P., Brown H.S., Emel J., Goble R., Kasperson J.X., Ratick S. (1988). The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. *Risk Analysis*, 8, 2: 177. DOI: 10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x.

- Larson B.M., Nerlich B., Wallis P. (2005). Metaphors and Biorisks: The War on Infectious Diseases and Invasive Species. *Science Communication*; 26: 243. DOI: 10.1177/1075547004273019.
- Lerner G. (2020). Roberto Speranza: sono un ministro novecentesco. *Il Venerdì*, 7 maggio. Testo disponibile all'indirizzo web: [https://rep.repubblica.it/pwa/venerdi/2020/05/07/news/sono\\_un\\_ministro\\_novecentesco-255624125/](https://rep.repubblica.it/pwa/venerdi/2020/05/07/news/sono_un_ministro_novecentesco-255624125/) (10/05/2020).
- Leslie M. (2006). Fear and coughing in Toronto, SARS and the uses of risk. *Canadian Journal of Communication*, 31: 367. DOI: 10.22230/cjc.2006v31n2a1544.
- Lupton D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Lupton D. (2003). *Il rischio. Percezione, simboli, culture*. Bologna: il Mulino.
- Mandeville K.L., O'Neill S., Brighthouse A., Walker A., Yarrow K., Chan K. (2014). Academics and competing interests in H1N1 influenza media reporting. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 68: 197. DOI: 10.1136/jech-2013-203128.
- Marrone C. (2020). *La polmonite misteriosa in Cina fa scattare l'allerta negli aeroporti*. *Corriere della Sera*, 3 gennaio. Testo disponibile all'indirizzo web: [https://www.corriere.it/salute/malattie\\_infettive/20\\_gennaio\\_03/polmonite-misteriosa-cin-a-fa-scattare-allerta-aeroporti-e0ba2840-2e3c-11ea-b175-4a50d07a03f0.shtml](https://www.corriere.it/salute/malattie_infettive/20_gennaio_03/polmonite-misteriosa-cin-a-fa-scattare-allerta-aeroporti-e0ba2840-2e3c-11ea-b175-4a50d07a03f0.shtml) (04/04/2020).
- McInnes C. (2005). *Health, security and the risk society*. London: Nuffield Trust Global Health Programme.
- Ministero della Salute (2003). *Documenti elaborati dal Gruppo permanente per l'elaborazione del rischio ed il controllo della SARS e delle emergenze di origine infettiva costituito presso la sezione III del Consiglio Superiore di Sanità*. Testo disponibile all'indirizzo web: [http://www.rssp.salute.gov.it/resources/static/primopiano/sars180/Docum\\_operativo\\_SARS.pdf](http://www.rssp.salute.gov.it/resources/static/primopiano/sars180/Docum_operativo_SARS.pdf) (25/05/2020).
- Neresini F., Lorenzet A. (2016). Can media monitoring be a proxy for public opinion about technoscientific controversies? The case of the Italian public debate on nuclear power. *Public Understanding of Science*, 25, 2: 171. DOI: 10.1177/0963662514551506.

- Pidgeon N.F., Kaspersen R.E., Slovic P., a cura di (2003). *The Social Amplification of Risk*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pitrelli N., Sturloni G. (2007). Infectious diseases and governance of global risks through public communication and participation. *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 43, 4: 336.
- Openpolis (2020). *Coronavirus, chi decide durante lo stato di emergenza. 3. Le mappe a livello nazionale*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.openpolis.it/esercizi/le-mappe-a-livello-nazionale/> (25/05/2020).
- Recalcati M. (2020). La mente chiusa per virus. *La Repubblica*, 5 febbraio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2020/02/05/la-mente-chiusa-per-virus26.html?ref=search> (18/04/2020).
- Reuters (2020). China to donate additional \$30 million to WHO for COVID-19. *Reuters*, 23 aprile. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-china-who/china-to-donate-additional-30-million-to-who-for-covid-19-idUSB9N2BR01A> (23/04/2020).
- Scutti S. (2018). World Health Organization gets ready for 'Disease X'. *CNN*, 12 marzo. Testo disponibile su <https://edition.cnn.com/2018/03/12/health/disease-x-blueprint-who/index.html> (25/05/2020).
- Smith R.D. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine*, 63: 3113. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.08.004.
- Spica C. (2020). “Abito sopra un negozio cinese...” in città scatta la caccia all'untore. *La Repubblica*, 31 gennaio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2020/01/31/abito-sopra-un-negozi-cinese-in-citta-scatta-la-caccia-alluntorePalermo08.html> (15/04/2020).
- Sontag S. (1991). *Illness as a metaphor and AIDS and its metaphors*. London-NewYork: Penguin.
- Strong P. (1990). Epidemic psychology: A model. *Sociology of Health and Illness*, 12, 3: 249. DOI: 10.1111/1467-9566.ep11347150.
- Ungar S. (1998). Hot crises and media reassurance. *British Journal of Sociology*, 49: 36.

DOI: 10.2307/591262.

- Ungar S. (2008). Global Bird Flu Communication. Hot Crisis and Media Reassurance. *Science Communication*, 29, 4: 472. DOI: 10.1177/1075547008316219.
- Washer P. (2004). Representations of SARS in the British newspapers. *Social Science & Medicine*, 59: 2561. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.038.
- Wynne B. (1989). Sheepfarming after Chernobyl: A Case Study in Communicating Scientific Information. *Environment Magazine*, 31, 2: 10. DOI: 10.1080/00139157.1989.9928930.
- World Health Organization - WHO (2005a). *WHO Outbreak Communication. WHO Handbook for Journalists: Influenza Pandemic*. Ginevra: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO (2005b). *International Health Regulations (IHR)*. Ginevra: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO (2007). *The world health report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century*. Ginevra: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO (2010). *Pandemic (H1N1) 2009 - update 112*. 6 agosto. Testo disponibile all'indirizzo web: [https://www.who.int/csr/don/2010\\_08\\_06/en/](https://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/) (25/05/2020).
- World Health Organization - WHO (2020a). *Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts> (24/04/2020).
- World Health Organization - WHO (2020b). *WHO advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in China*. 10 gennaio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china> (20/04/2020).
- World Health Organization - WHO (2020c). *Updated WHO advice for international traffic in relation to the outbreak of the novel coronavirus 2019-nCoV*. 24 gennaio. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated->

who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan (20/04/2020).

Zinn J.O. (2020). “A Monstrous Threat”: How a State of Exception Turns into a “New Normal”. *Journal of Risk Research*, 1. DOI: 10.1080/13669877.2020.1758194.