

ISSN 2421-4442

S T S

ICUREZZA TERRORISMO SOCIETÀ

Security Terrorism Society

INTERNATIONAL JOURNAL - Italian Team for Security, Terroristic Issues & Managing Emergencies



EDUCatt

SICUREZZA, TERRORISMO E SOCIETÀ

INTERNATIONAL JOURNAL
Italian Team for Security,
Terroristic Issues & Managing Emergencies

15

ISSUE 1/2022

Milano 2022

EDUCATT - UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

SICUREZZA, TERRORISMO E SOCIETÀ
INTERNATIONAL JOURNAL – Italian Team for Security, Terroristic Issues & Managing Emergencies

ISSUE 1 – 15/2022

Direttore Responsabile:

Matteo Vergani (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano e Global Terrorism Research Centre – Melbourne)

Co-Direttore e Direttore Scientifico:

Marco Lombardi (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)

Comitato Scientifico:

Maria Alvanou (Lecturer at National Security School – Atene)
Cristian Barna (“Mihai Viteazul” National Intelligence Academy– Bucharest, Romania)
Claudio Bertolotti (senior strategic Analyst at CeMiSS, Military Centre for Strategic Studies– Roma)
Valerio de Divitiis (Expert on Security, Dedicated to Human Security – DEDIHS)
Chiara Fonio (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Sajjan Gohel (London School of Economics – London)
Rovshan Ibrahimov (Azerbaijan Diplomatic Academy University – Baku, Azerbaijan)
Daniel Köhler (German Institute on Radicalization and De-radicalization Studies – Berlin)
Miroslav Mareš (Masaryk University – Brno, Czech Republic)
Vittorio Emanuele Parsi (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Anita Perešin (University of Zagreb – Croatia)
Giovanni Pisapia (Senior Security Manager, BEGOC – Baku – Azerbaijan)
Iztok Prezelj (University of Ljubljana)
Eman Ragab (Al-Ahram Center for Political and Strategic Studies (ACPSS) – Cairo)
Riccardo Redaelli (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Mark Sedgwick (University of Aarhus – Denmark)
Arturo Varvelli (Istituto per gli Studi di Politica Internazionale – ISPI – Milano)
Kamil Yilmaz (Independent Researcher – Turkish National Police)
Munir Zamir (Fida Management&C7 – London)
Sabina Zgaga (University of Maribor – Slovenia)
Ivo Veenkamp (Hedayah – Abu Dhabi)

Comitato Editoriale:

Gabriele Barni (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Alessia Ceresa (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Barbara Lucini (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Marco Maiolino (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)
Davide Scotti (Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano)

© 2022 **EDUCatt - Ente per il Diritto allo Studio Universitario dell'Università Cattolica**
Largo Gemelli 1, 20123 Milano - tel. 02.7234.22.35 - fax 02.80.53.215
e-mail: editoriale.dsu@educatt.it (produzione); librario.dsu@educatt.it (distribuzione)
web: www.educatt.it/libri

Associato all'AIE – Associazione Italiana Editori

ISSN: 2421-4442

ISSN DIGITALE: 2533-0659

ISBN: 978-88-9335-956-6

copertina: progetto grafico Studio Editoriale EDUCatt

Sommario

FOCUS SUL CONFLITTO UCRAINO

MARCO LOMBARDI
Russia-Ucraina: oltre la Guerra Ibrida,
verso il Techno-Cognitive Warfare 7

STEFANO MARINELLI
War and Crimes against Peace: Avenues to Prosecute
Russia's Aggression of Ukraine 21

DANIELE MARIA BARONE
Russia-Ukraine conflict: digital assets chronicles in times of war 33

FEDERICO BORGONOVO
Azov Battalion: Extreme Right-Wing Militarization
and Hybrid Warfare 53

MARCO ZALIANI
The importance of the Cyber battleground
in the Russo-Ukrainian war 61

LUCA CINCIRIPINI
The hybrid response of the EU and NATO
to the Russia-Ukraine conflict 69

NAVIGARE SCENARI IBRIDI: PROSPETTIVE

GIACOMO BUONCOMPAGNI
L'Amore Altruistico in tempi di guerra e pandemia..... 79

DAISY MARCOLONGO
Gestione dell'emergenza Covid-19: dalla teoria all'analisi.
Il caso Bergamo 91

FEDERICO PRIZZI	
Il Cultural Intelligence e la Negoziazione Operativa nelle Aree di Crisi	107
RENE D. KANAYAMA	
Events in Kazakhstan’s Almaty of January 2022 – Grass-root Revolt or Terrorism Inspired Insurgency?.....	123
ALI FISHER – NICO PRUCHA	
“Working and Waiting”: The Salafi-Jihadi movement on Telegram in 2021.....	149

Gestione dell'emergenza Covid-19: dalla teoria all'analisi. Il caso Bergamo

DAISY MARCOLONGO

Daisy Marcolongo, 24 anni, laurea magistrale in Politiche Pubbliche, indirizzo Politiche per la sicurezza presso l'Università Cattolica di Milano. Attualmente lavora in ambito cybersecurity presso una società di consulenza a Milano. Dal 2017 ricopre la carica di Assessore Comunale presso il comune di Brembate di Sopra in provincia di Bergamo e si occupa principalmente di commercio e attività produttive.

Abstract

L'intento dell'elaborato è quello di analizzare, dal punto di vista organizzativo e comunicativo, la gestione dell'emergenza Covid-19 in Italia, rivolgendo un'attenzione particolare alla provincia di Bergamo. Al fine di raggiungere tale intento sono stati utilizzati due strumenti di ricerca: l'intervista semi-strutturata ad amministratori locali, Protezione civile e volontari e il questionario strutturato alla popolazione. Dallo studio in profondità è emersa l'incredibile capacità degli enti locali e dei volontari di organizzarsi per fronteggiare l'emergenza senza indicazioni precise e in assenza di dispositivi di protezione, utilizzando conoscenze pregresse e piani di prevenzione non aggiornati. La gestione dell'emergenza in Italia è stata caratterizzata da un susseguirsi di DPCM e ordinanze regionali che hanno regolato il comportamento dei cittadini e l'apertura o chiusura di esercizi commerciali, luoghi di ritrovo e centri sportivi. Inizialmente le misure sono state accolte in modo favorevole dalla popolazione, tuttavia, sono emerse serie difficoltà di gestione della comunicazione; infatti, si evidenzia un uso scorretto dei canali social ufficiali del governo utilizzati per diffondere, anticipatamente e senza un'adeguata analisi comunicativa, notizie contenute in documenti ufficiali, aumentando incertezza tra popolazione e amministratori locali.

Keywords

Covid-19, crisis management, Bergamo

1. Emergenza Covid-19: questioni generali

Definire il concetto di emergenza non è cosa semplice, il dibattito attorno a questo termine è tuttora in corso e nel colloquio informale è spesso asso-

ciato ai termini disastro e crisi¹; tuttavia, gli studiosi europei prediligono identificare l'emergenza con un input stressante in un sistema, che lo costringe a reagire per ritornare allo stato iniziale di equilibrio (De Vincentiis 2010). La probabilità che un evento, spesso definito come pericolo², produca un'emergenza è definita rischio, ossia il potenziale danno causato dalla minaccia (Michael J. Fagel e Jennifer Hesterman 2017). Un altro elemento fondamentale da considerare durante la gestione di un'emergenza è il rapporto tra le istituzioni e la popolazione: è essenziale per le istituzioni mantenere solida la fiducia con la popolazione durante la gestione dell'emergenza, affinché la crisi emergenziale non si traduca in disordine sociale³. Inoltre l'impatto della crisi e l'esito del disastro potrebbero stravolgere le relazioni sociali e il contesto politico, economico e sociale (Lucini 2014). Tuttavia, gli effetti di una crisi sono già contenuti nel sistema che viene colpito, per questo motivo la prevenzione rappresenta l'attività adatta per ridurre i rischi connessi agli eventi generatori di crisi (Lombardi 2005). I diversi tipi di attività definiti per rispondere a una crisi sono determinati in relazione ad uno specifico modello di organizzazione e interpretazione, devono essere adatti a ridurre la vulnerabilità⁴ del sistema e aumentare la conoscenza della comunità. L'emergenza è parte integrante della società attuale, quasi da essere considerata normalità (Beck 2000), ed è per questo motivo che gli strumenti del diritto si adattano a questa concezione di società del rischio in cui l'emergenza non è un evento patologico ma diviene elemento fisiologico. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una proliferazione di norme che cercano di prevenire i pericoli insiti nella società e che individuano il rischio non più come una concezione individuale ma come una concezione sociale (Fioritto 2008).

L'epidemia Covid-19 è dichiarata emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale il 30 gennaio 2020 dall'Organizzazione mondiale della sanità. A seguito di questa dichiarazione e del diffondersi dell'epidemia anche in Italia, il 31 gennaio 2020 il Consiglio dei Ministri delibera lo stato di emergenza per la durata di sei mesi, fino al 31 luglio 2020, instaurando il peculiare regime derogatorio contenuto nel codice di Protezione civile del 2018 (Trombetta 2020). L'ordinamento italiano è caratterizzato da un fenomeno detto "dilatazione dell'emergenza" secondo cui gli stati di emergenza vengo-

¹ Il concetto di crisi è caratterizzato da tre condizioni: una sorpresa per i responsabili delle decisioni, una minaccia per gli obiettivi ad alta priorità e un tempo limitato a disposizione per la risposta (Hermann 1972).

² Il pericolo è definito come una caratteristica di un sistema che è in grado di produrre un danno all'interno di quel sistema (De Vincentiis 2010).

³ Fase durante la quale le istituzioni consolidate perdono la loro influenza (Almond, Flanagan, e Mundt 1973).

⁴ Predisposizione ad essere colpiti da un evento.

no continuamente prorogati al fine di mantenere la dilatazione dei poteri del governo, ed è proprio a causa di questa sua natura fortemente derogatoria che il diritto di emergenza si pone spesso in contrasto con i principi costituzionali (Bartolomei 1979).

Il primo caso di Covid-19 in Italia è stato confermato nella tarda notte del 20 febbraio 2020 in Regione Lombardia, il paziente denominato “paziente zero” era un uomo di 38 anni, ricoverato all’Ospedale di Codogno, con una lieve polmonite resistente alle terapie, la particolarità di questo paziente era che non aveva intrapreso nessun viaggio in Cina e che non aveva avuto nessun apparente contatto con persone contagiate. Tra il 20 e il 21 febbraio il Ministro della Salute emana due ordinanze. La prima ordinanza disponeva la sospensione di tutte le attività lavorative, sociali e ludiche nei comuni colpiti dal contagio, mentre la seconda disponeva di applicare la misura della quarantena per quattordici giorni a tutti coloro che avessero avuto contatti con persone infette e imponeva a tutti gli individui che avessero fatto rientro in Italia da una delle zone della Cina colpite dall’epidemia, di segnalare il rientro alle autorità sanitarie competenti. Il Governo costruisce un nuovo percorso normativo basato su una logica di accentramento e speditezza (Cavino 2020) e l’asse della legislazione si sposta su una logica di decreti d’urgenza (Trombetta 2020). La Protezione civile è materia concorrente Stato-Regioni, ma durante un’emergenza si tende ad un accentramento istituzionale e normativo e una verticalizzazione dei rapporti tra gli organi costituzionali (Boggero 2020). Durante l’emergenza Covid-19 questo aspetto è confermato dalla scelta di agire tramite DPCM, i quali rendono illegittime tutte le ordinanze emanate da autorità diverse dal Presidente del Consiglio dei Ministri e adottate dopo l’entrata in vigore del DPCM. Laddove la norma regionale non sia contrastante con quella del DPCM, ma sia soltanto più restrittiva, trova applicazione il principio di specialità (Boggero 2020), secondo cui la legge speciale deroga quella generale, anche se successiva.

2. La risposta organizzativa

La risposta organizzativa inizia dalla conoscenza del territorio e delle soglie di pericolo stabilite in relazione ai vari rischi che insistono su quest’ultimo. La conoscenza è alla base delle attività di previsione necessarie per definire gli stati di attivazione per i rischi prevedibili, che comprendono le attività di attenzione, preallarme e allarme. Ad ognuna di queste attività corrispondono determinate procedure nella pianificazione di emergenza. Attraverso due documenti denominati “COVID-19 strategic preparedness and response

⁵ Il primo paziente individuato nel campione della popolazione di un’indagine epidemiologica.

plan operational planning guidelines to support country preparedness and response” (SPRP) pubblicato a febbraio 2020 e “2019 Novel coronavirus (2019 nCoV): strategic preparedness and response plan” aggiornato ad aprile 2020, l’OMS identifica gli 8 pilastri strategici che costituiscono la strategia chiave nella risposta alla pandemia Covid-19. L’Italia nell’organizzazione della propria risposta all’epidemia ha seguito le indicazioni contenute negli 8 pilastri definiti dall’OMS, dimostrando un elevato livello di preparedness (Ministero della Salute 2020). Per quanto concerne il primo pilastro, denominato “Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio”, durante il periodo di transizione epidemica in Italia rimangono attivi tutti i meccanismi di coordinamento e di interfaccia multisettoriale e interistituzionale necessari per la promulgazione di atti di programmazione nazionale, nonché la redazione di documenti di policy riguardanti organizzazione, pianificazione e indirizzo tecnico-scientifico. Il coordinamento tra il livello nazionale e il livello regionale è oggetto di continui monitoraggi. Inoltre, l’ISS⁶, in coordinamento con il Ministero della Salute, ha implementato un sistema di monitoraggio settimanale per la classificazione quantitativa del rischio e della resilienza dei sistemi assistenziali e territoriali a livello regionale.

Per quanto concerne il pilastro 3 relativo a “sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi” si fa riferimento all’ordinanza n. 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione civile del 27 febbraio 2020 che istituisce l’attività del sistema di sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica Covid-19 coordinata dall’ISS. Queste attività di identificazione e gestione dei contatti dei casi probabili o confermati di Covid-19 sono fondamentali al fine di interrompere le catene di trasmissione del virus, intervenendo tramite quarantena e sorveglianza attiva. L’identificazione e la gestione dei contatti stretti è stata svolta a livello locale dalle autorità sanitarie territoriali. Prevalentemente sono state svolte tre tipologie di attività: richiesta delle liste dei passeggeri di aerei, navi, pullman e treni, con identificazione dei contatti stretti dei passeggeri e la comunicazione delle loro informazioni personali, segnalazione di individui positivi al virus alle autorità sanitarie regionali per l’attivazione della sorveglianza sanitaria ed infine scambi di messaggi selettivi tra i Paesi europei ed extraeuropei.

Il pilastro numero 6 denominato “Infection prevention and control (IPC)” comprende tutte le attività di aggiornamento dei documenti tecnici a supporto delle attività di prevenzione e di controllo delle infezioni. L’aggiornamento riguarda principalmente i riferimenti normativi e le informazioni sulle conoscenze scientifiche disponibili in quel settore. Gli strumenti maggiormente utilizzati sono stati le circolari del Ministero della Salute, i rapporti

⁶ Istituto Superiore di Sanità.

ISS Covid-19, i documenti tecnici INAIL ed infine i documenti del CTS e Regionali. Le indicazioni sulla gestione della quarantena e dell'isolamento domiciliare, l'uso dei dispositivi di protezione nelle attività assistenziali, la gestione degli ambienti indoor e delle attività socioassistenziali e la sanificazione degli ambienti sono state aggiornate continuamente (Cicchetti, Basile, e Di Brino 2020). Uno dei capisaldi della strategia di contenimento della circolazione del virus nella popolazione generale è stato l'obbligo di utilizzo di mascherine per la protezione delle vie respiratorie in tutti gli ambienti chiusi e anche all'aperto quando non sia possibile mantenere la distanza di un metro fra le persone. Attività compresa nel pilastro numero 6 a supporto della prevenzione e del controllo delle infezioni è stata la formazione continua degli operatori sanitari attraverso corsi FAD e materiali formativi.

In riferimento al pilastro 8, denominato "Supporto operativo e logistica", sono state potenziate le strutture di terapia intensiva e sub-intensiva attraverso le disposizioni contenute nel Decreto Rilancio. Per poter attuare questo potenziamento sono stati effettuati lavori infrastrutturali di adeguamento dei presidi ospedalieri e un aggiornamento delle apparecchiature necessarie ad attrezzare i posti letto. Per quanto riguarda l'approvvigionamento di dispositivi di protezione, il Commissario ne assicura quotidianamente a titolo gratuito alle Regioni e alle Province autonome la fornitura, secondo i fabbisogni indicati bisettimanalmente dalle amministrazioni. Per quanto riguarda il potenziamento del personale nel settore sanitario, il governo ha introdotto procedure semplificate di reclutamento, aprendo bandi per profili specifici e consentendo alle ASL regionali e locali di aprire propri bandi di reclutamento in relazione alle proprie esigenze.

3. La comunicazione nella gestione dell'emergenza

La gestione della comunicazione in emergenza è cruciale, sia in termini di informazione che formazione. Nel primo caso si tratta dell'informazione veicolata dai media, la quale viene catalogata come risposta alla crisi in corso. Questa tipologia di comunicazione è fondamentale sia per quanto concerne la ricerca, sia per quanto concerne le strategie operative a livello istituzionale. D'altro canto, quando si fa riferimento alla formazione si intende l'azione pro-attiva e preventiva, ossia la strategia da mettere in atto per sviluppare una sub-cultura del rischio e ridurre la vulnerabilità sistemica (Lombardi 2005). Nelle situazioni di crisi l'opinione pubblica è creata dai media, i quali spostano le tendenze e mutano le opinioni dei cittadini (Mauro Wolf 1992) tramite la pubblicazione e la non pubblicazione delle notizie. La selezione delle notizie avviene tramite la funzione di agenda setting, ossia la definizione di una gerarchia di informazioni che devono

essere pubblicate e la conseguente strategia di comunicazione (Lombardi 2005). Una funzione fondamentale è svolta dagli opinion leaders (Dawkins 2004), coloro che possiedono potere di influenza e rilanciando messaggi da loro interpretati, influenzano interi gruppi sociali, svolgendo il ruolo di mediatori tra i media e i cittadini. Per questo motivo le campagne informative devono essere formulate in relazione alla popolazione, non esiste una campagna informativa universale e adattabile a tutti gli scenari (Axjonow, Ernstberger, e Pott 2018).

L'attività di pianificazione è presente anche nell'ambito della comunicazione, permette di normalizzare la gestione e il controllo della crisi tramite un approccio proattivo. Nel momento in cui avviene un evento critico non è possibile pianificare ed organizzare per mancanza di tempo, per questo motivo è fondamentale avere un piano di comunicazione già predisposto in caso di emergenza. Il piano di comunicazione ha l'obiettivo di creare fiducia e credibilità nella popolazione, bisogna dimostrare empatia nei confronti della popolazione, competenza, esperienza, prontezza e dedizione (Reynolds e Seeger 2005). Il pilastro strategico OMS che fa riferimento al tema della comunicazione è il pilastro numero 2, definito "Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione". Le attività di comunicazione sviluppate durante la fase di transizione, perseguono l'obiettivo di promuovere azioni volte al contenimento dell'epidemia. Nella prima fase emergenziale viene attivato il meccanismo di coordinamento RCCE⁷, il quale rimarrà attivo anche nelle fasi successive dell'emergenza, e il Gruppo di comunicazione composto dall'Ufficio Stampa, il Servizio Comunicazione scientifica e alcuni esperti di riferimento. Nella fase autunnale, le istituzioni, attraverso una comunicazione organizzata, continuano a garantire la produzione costante di contenuti finalizzati ad accrescere la consapevolezza della popolazione, soprattutto in contrasto alla diffusione di fake news⁸ attraverso i principali canali istituzionali, comunicati stampa, social, infografiche e con la creazione di un'apposita sezione sul sito del Ministero della Salute⁹. Le istituzioni si impegnano inoltre a fornire i dati della sorveglianza e i dati sulla situazione epidemiologica attraverso i canali social e il web.

Per poter meglio organizzare la comunicazione in emergenza è necessario che le istituzioni definiscano un portavoce istituzionale, nel caso dell'emergenza Covid-19 è individuato all'interno del CTS¹⁰, con ordinanza n. 663 del

⁷ Risk Communication and Community Engagement.

⁸ Notizie false che creano disinformazione.

⁹ <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioFakeNewsNuovoCoronavirus.jsp>

¹⁰ Comitato Tecnico Scientifico.

18 aprile 2020¹¹, il prof. Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto superiore di sanità. Il responsabile della comunicazione si assume la responsabilità di dimostrare serietà nelle proprie comunicazioni e riconoscere il problema senza nasconderselo. Inoltre deve essere in grado di assumersi la responsabilità delle cattive notizie, senza attendere la fine della crisi per poter comunicare e dare risposte certe (Lagadec 1994). È difficile ottenere una comunicazione efficace durante emergenze sanitarie di questo tipo, si evidenziano infatti due profonde carenze nella gestione della comunicazione durante la crisi. La prima carenza relativa alla differenza temporale tra la divulgazione del messaggio istituzionale e del messaggio a mezzo stampa, la seconda relativa alla scelta di utilizzare social media come mezzo di comunicazione per trasmettere i discorsi ufficiali del Presidente del Consiglio.

4. Caso Studio: Bergamo

La data chiave dello scoppio dell'epidemia nella provincia di Bergamo è il 23 febbraio 2020, giorno nel quale vengono diagnosticati i primi due casi di Covid-19 della Bergamasca: due pazienti dell'ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano Lombardo (Valseriana News 2020b). Dal momento in cui emerge la positività di un paziente nell'ospedale di Alzano vengono effettuati tamponi sul personale sanitario entrato in contatto con i pazienti positivi, molti di loro risultano affetti da Covid-19, anche se asintomatici. Nei giorni successivi le disposizioni cambiano e vengono sottoposti a tampone solo le persone con sintomi. Inizialmente nessuno dei pazienti ricoverati all'ospedale di Alzano Lombardo e affetti da polmoniti interstiziali, viene sottoposto a tampone molecolare perché non sussistono le condizioni per la definizione di "caso sospetto"¹² (Valseriana News 2020a). La mancata diagnosi di positività tra i pazienti di Alzano causa il propagarsi dell'infezione tra pazienti e operatori sanitari. Un primo errore di gestione emerge dalle indicazioni date ai dipendenti dell'ospedale di Alzano la sera del 23 febbraio: gli operatori sanitari e i pazienti transitati nell'ospedale sono ritornati dalle loro famiglie senza precauzioni e senza aver effettuato tamponi, con il rischio di trasmettere l'infezione ai famigliari. Il pronto soccorso dell'ospedale di Alzano viene chiuso domenica 23 febbraio su ordine del direttore medico Giuseppe Marzulli, tut-

¹¹ Ordinanza n. 633, 18 aprile 2020, Ulteriori interventi urgenti di Protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

¹² La circolare del Ministero della Salute del 27 gennaio 2020 definisce caso sospetto colui che è stato in Cina nei 14 giorni precedenti l'insorgenza di sintomi o è stato a contatto con pazienti Covid.

tavia la chiusura ha una durata di poche ore e il pronto soccorso viene riaperto senza effettuare le giuste attività di sanificazione. Emerge la mancata applicazione dei protocolli base per la gestione di casi Covid-19 accertati, come isolare il paziente positivo, testare i contatti stretti e tracciare i futuri contatti. Inoltre, a seguito della decisione di riaprire l'ospedale di Alzano, non vengono predefiniti dei percorsi differenziati di sicurezza per distinguere i pazienti con sintomatologia Covid-19 dai pazienti con altre malattie. Inoltre, sono stati utilizzati dispositivi di protezione individuale incompleti e inadeguati, non garantendo la giusta protezione al personale sanitario a contatto con i pazienti positivi. Nell'ospedale di Alzano viene dato l'ordine di utilizzare i dispositivi di protezione contenuti nelle colonnine antincendio (Nava 2020) data la carenza di mascherine chirurgiche. Le tute di bio-contenimento erano scarse e nonostante fossero monouso venivano sanificate all'interno delle ambulanze per essere riutilizzate più volte.

Con il DPCM del primo marzo l'Italia viene divisa in tre zone, la zona rossa, nella quale si applicano misure di massimo contenimento, la zona arancione, in cui si applicano misure di contenimento minori, ed infine la zona gialla nazionale dove si applicano misure di informazione e prevenzione. Il 2 marzo l'Istituto Superiore di Sanità invia una nota riservata al governo per richiedere la chiusura dei comuni di Alzano e Nembro includendoli nella zona rossa, a causa dell'alta incidenza di casi e per la vicinanza alla città di Bergamo. La richiesta non viene accolta, tuttavia il 4 marzo viene adottato un DPCM che introduce ulteriori misure per contrastare la diffusione del virus a livello nazionale: vengono sospese tutte le attività didattiche nelle scuole e nelle università. Il 5 marzo presso l'Hotel Continental di Osio Sotto si trovano i militari del III Battaglione Lombardia dell'Arma dei Carabinieri che attendono indicazioni per la creazione della zona rossa nei comuni di Alzano e Nembro. Tuttavia, alle 21:30 ricevono l'ordine di rientrare, di non istituire la zona rossa, ma di rimanere pronti per la mattina successiva. Il giorno dopo altri quattrocento uomini raggiungono Bergamo ma rimangono inattivi fino al 9 marzo, giorno in cui viene creata la zona arancione in tutta Lombardia. L'11 marzo tutta l'Italia è in quarantena, inizia il primo lockdown nazionale e gli ospedali della provincia di Bergamo si trovano in grave sofferenza. La maggior parte dei cittadini che chiedono soccorso vengono trasportati con le ambulanze all'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. L'unità di malattie infettive dell'ospedale viene riconfigurata per trattare solo i pazienti con Covid-19, e gli altri pazienti vengono ridistribuiti in tutto l'ospedale o, quando possibile, vengono dimessi. Il 28 marzo l'unità di terapia intensiva decide di bloccare gli ingressi ai pazienti di età superiore ai 70 anni (Walker e Maremont 2020). Vengono organizzati corsi di formazione per il personale sanitario che viene ricollocato in reparti Covid-19: in una settimana vengo-

no formati più di 1500 operatori. Tutti gli interventi chirurgici non urgenti, compresi quasi tutti i trapianti, vengono sospesi mentre rimangono aperti gli ambulatori per le urgenze e le prestazioni ambulatoriali non differibili. Il 18 marzo i morti sono così tanti che il crematorio di Bergamo non riesce a sostenere i ritmi, per cremare un uomo ci vogliono circa 10 giorni e le scorte di urne funerarie sono terminate. Le bare rimangono nelle case e negli ospedali per giorni e nei cimiteri vengono accatastate in attesa delle funzioni. In un mese e mezzo a Bergamo muoiono 6 mila persone a causa del Covid-19 e in alcuni paesi il tasso di mortalità incrementa del duemila per cento rispetto all'anno precedente. È sempre il 18 marzo la data che segna la città di Bergamo, con l'immagine dei trenta camion militari che trasportano 65 bare fuori regione, perché a Bergamo non possono essere smaltite. Il 25 marzo 2020 l'Associazione Nazionale Alpini inizia la costruzione dell'Ospedale da campo in Fiera a Bergamo, 1.127 volontari tra alpini, artigiani e imprenditori bergamaschi lavorarono ininterrottamente riuscendo a rendere attivo l'ospedale il 6 aprile, con 40 posti letto. Alla data dell'8 aprile, pur avendo attivato nuovi posti letto in terapia intensiva, la Lombardia si trova in una situazione di saturazione delle terapie intensive, dovendo ricorrere al trasferimento dei pazienti in altre Regioni o all'estero. Solo a partire dal mese di maggio 2020 gli ospedali di Bergamo riescono a gestire i pazienti positivi in entrata, le ambulanze riescono a trasportare tutti e nessun sospetto Covid-19 viene lasciato a casa o nelle RSA (Bianco 2020). Con l'arrivo della stagione autunnale il numero di positivi torna a salire, costringendo, il 2 novembre 2020, la riapertura dell'ospedale da campo in Fiera a Bergamo (Ufficio Comunicazione ASST Papa Giovanni XXIII 2020) non solo per ospitare pazienti bergamaschi ma pazienti provenienti da tutta la Lombardia.

Al fine di esplorare in profondità i sentimenti, i pensieri e le osservazioni di chi ha vissuto in prima persona la gestione dell'emergenza Covid-19 nella provincia di Bergamo, viene effettuata una ricerca tramite due strumenti: l'intervista semi-strutturata, che permette di effettuare un'analisi in profondità modificando le domande in relazione alle esigenze che emergono nel corso dell'intervista e il questionario ai cittadini, lo strumento più adatto per analizzare la percezione dell'organizzazione e della comunicazione durante l'emergenza Covid-19. I soggetti coinvolti nell'intervista ricoprono ruoli chiave nella gestione dell'emergenza, si tratta di volontari della Protezione civile, volontari della Croce Rossa italiana, operatori sanitari, tecnici di laboratorio e amministratori locali e regionali. Per questa analisi sono state intervistate 25 persone, tra cui 15 amministratori di enti locali (4 donne, 11 uomini) due dei quali volontari in Protezione civile, 7 operatori sanitari (5 donne e 2 uomini), uno dei quali volontario in Croce Rossa e 3 volontari della Protezione civile (3 uomini). Il questionario anonimo si compone di quattro sezioni,

la prima dedicata ad alcune domande generali relative alla demografia dei soggetti che hanno aderito all'analisi, la seconda relativa al concetto generale di emergenza Covid-19 e le modalità di prevenzione del contagio e la terza dedicata alla comunicazione durante l'emergenza. Infine, l'ultima sezione è relativa alle esperienze personali, con domande aperte che lasciano spazio a racconti di esperienze di vita. Sono 80 i cittadini bergamaschi che hanno aderito all'analisi, il campione ha un'età media di 37 anni, con un'età minima di 16 anni e un'età massima di 66 anni.

Dallo studio in profondità emerge una buona conoscenza, da parte della maggioranza del campione, del concetto di emergenza. I sentimenti scaturiti a seguito dell'insorgere della crisi pandemica hanno permesso di associare il termine emergenza alla rottura della routine quotidiana, anche De Vincenziis (2010) lo aveva definito in questo modo. Per meglio gestire e contenere la crisi, alcuni amministratori locali e volontari di Protezione civile sottolineano la necessità di conoscere a fondo il territorio, restando in linea con le direttive di Protezione civile e Regione Lombardia. Tuttavia, la tecnica che ha fatto da padrona è stata l'improvvisazione, tanto che la maggior parte degli amministratori, operatori sanitari e volontari dichiarano di non aver ricevuto indicazioni chiare, ma di aver improvvisato per poter dare una risposta il più rapida possibile. Per rispondere ad una crisi possono essere utilizzate procedure previste o improvvisate: a Bergamo le procedure improvvisate sono state la maggioranza, a partire da chi ha deciso di procurarsi tamponi autonomamente per le proprie RSA, a chi ha consegnato spesa, pasti e bombole di ossigeno ad ogni cittadino. A Bergamo si è creata una subcultura dell'emergenza, la popolazione, le amministrazioni locali, i volontari di Protezione civile e gli operatori sanitari hanno risposto all'emergenza facendo fede alla propria conoscenza e preparazione, affrontando un evento raro senza precedenti e indefinibile dal punto di vista cognitivo. Il bisogno informativo è stato colmato da conoscenze già in possesso da volontari ed amministratori, le risposte non sono arrivate dagli organi competenti. Tuttavia, gli amministratori locali sottolineano come da Regione Lombardia e dal Governo siano arrivate risorse specifiche per questa emergenza, per aiutare la popolazione in difficoltà attraverso la distribuzione di buoni pasto all'inizio, e sostegno economico per la ripresa delle attività in seguito. La maggior parte del campione intervistato afferma che, con il senno del poi, a Bergamo si è fatto il possibile per fronteggiare la crisi, utilizzando tutte le risorse a disposizione e impiegando ogni mezzo disponibile. Il pericolo è individuato dagli intervistati nell'assenza di prevenzione e organizzazione, che si traduce sul lato pratico nella mancanza di un piano pandemico aggiornato. Anche all'interno degli ospedali, i piani di emergenza applicati non sono stati del tutto funzionali: si evidenziano mancanze nell'organizzazione dei percorsi di accesso agli ambulatori, con

percorsi “puliti” e percorsi “sporchi” che si sovrappongono. L'assenza di dispositivi di protezione sufficienti anche all'interno delle ambulanze ha impedito agli operatori di lavorare in sicurezza, portandoli a rischiare la vita ad ogni turno. Dall'analisi emerge che la fiducia nelle istituzioni durante l'emergenza Covid-19 è pressoché rimasta invariata, il campione ritiene che le istituzioni abbiano fatto tutto il possibile per sostenere le amministrazioni locali e i volontari durante l'emergenza, anche con risorse limitate. Tuttavia, l'impatto della crisi ha interferito nella fiducia nella politica, la quale non ha saputo dare risposte univoche e chiare a chi le richiedeva. La popolazione non ha ritenuto adeguate alcune scelte, legate ad influenze politiche ed effettuate solo con lo scopo di mantenere uno status quo all'interno del sistema geopolitico internazionale. Gli effetti della crisi sono già contenuti nel sistema che viene colpito; infatti, molti degli intervistati che affermano di non avere fiducia nelle istituzioni sottolineano di non averla mai avuta, evidenziando un sentimento già diffuso all'interno della popolazione.

Per quanto riguarda la comunicazione, volontari, amministratori locali e operatori sanitari hanno individuato autonomamente un portavoce di fiducia che rispondeva alle domande e comunicasse le informazioni utili per attuare le giuste azioni durante l'emergenza. Le informazioni fornite dal governo e dall'OMS erano spesso contrastanti, se non assenti, e i volontari e amministratori locali attivi sul territorio hanno preferito affidarsi a persone fidate per ottenere le giuste informazioni. La comunicazione da parte dei media, secondo il campione, ha rappresentato la realtà dei fatti: a Bergamo il terrorismo attuato dai media non è stata un'interpretazione esagerata della realtà, ma una rappresentazione di quello che gli operatori sanitari vivevano stando in corsia. Tuttavia, i media hanno interferito con la comunicazione istituzionale, anticipando informazioni e rendendo difficoltoso il lavoro degli amministratori locali, diventati punto di riferimento per i cittadini. Le informazioni dovevano provenire da un'unica fonte, piuttosto che da diverse e dovevano utilizzare codici linguistici e narrativi precisi, piuttosto che una semplice riproduzione dell'informazione.

Se da un lato i volontari, gli operatori sanitari e gli amministratori locali hanno ritenuto corrette le misure di restrizione della circolazione delle persone adottate, la maggioranza dei cittadini compresi nel campione le ha ritenute adeguate solo in parte. Emerge la discordanza tra chi ha vissuto l'emergenza dal punto di vista dell'azione e chi ha subito le decisioni prese, senza comprendere fino in fondo la realtà dei fatti. I cittadini mostrano una percezione positiva riguardo all'applicazione delle misure di prevenzione della trasmissione del virus, come lavarsi le mani ed indossare dispositivi di protezione, i fattori sociali potrebbero influenzare la percezione del rischio e

i comportamenti adottati durante le emergenze, infatti, una percezione più elevata del rischio è stata riscontrata in coloro che hanno contratto il virus.

5. Un nuovo modello di Crisis management

Dal momento in cui le crisi seppur attese sono imprevedibili (Borell e Eriksson 2013), è difficile individuare uno specifico modello di crisis management per una futura crisi pandemica, non conoscendo le caratteristiche del virus le azioni di prevenzione e gestione dell'emergenza possono solo essere ipotizzate. Le azioni di prevenzione devono essere svolte prima del "momento zero"; ad esempio, l'attuazione di corsi di aggiornamento al personale sanitario, l'individuazione di un team per la gestione della comunicazione in fase di emergenza e la creazione di corretti canali di informazione al fine di istruire la popolazione sui comportamenti da attuare in caso di positività. La popolazione non è stata correttamente istruita sull'isolamento domiciliare, spesso le persone in quarantena condividevano stanze con altri componenti della famiglia rischiando di trasmettere il virus. In mancanza di ospedali da campo dove poter isolare i soggetti positivi, l'isolamento domiciliare è stata l'unica soluzione, ma non è sempre stata attuata nel modo corretto. Il tasso di propagazione del virus è molto elevato all'interno delle abitazioni e gli operatori sanitari sono stati il veicolo di contagio maggiore all'interno delle famiglie (Bianco 2020). Dal punto di vista organizzativo, è necessario dotare gli ospedali di tamponi, al fine di eseguire uno screening rapido su pazienti e personale sanitario e isolare la malattia all'interno delle strutture, evitando il trasferimento all'esterno. A tal fine, sarebbe opportuno costruire degli ospedali da campo dove trasferire i pazienti positivi, per garantire il giusto isolamento. Inoltre, l'assenza di materiale e dispositivi di protezione non è stata gestita fin da subito, dovevano essere predisposti bandi per l'acquisizione di materiale. Diversi fattori hanno influenzato la diffusione dell'epidemia nella provincia di Bergamo, come l'età media della popolazione superiore alla media nazionale e l'alto tasso di industrializzazione della provincia, motivo per cui in ottica di prevenzione è necessario analizzare il territorio e strutturare un piano di emergenza in relazione alle caratteristiche della popolazione.

Per le attività di soccorso, l'isolamento è fondamentale, allestire un'area di quarantena intorno all'epicentro del focolaio svolge un ruolo essenziale nel controllo dell'infezione. Mettendo a confronto la velocità di risposta dell'Italia e della Cina dopo la scoperta del cinquantesimo caso di Covid-19, emerge che l'Italia ha applicato le misure di chiusura delle attività e di isolamento della popolazione due settimane dopo rispetto al paese asiatico. Da alcuni studi emerge che imporre un blocco nel nord Italia con due settimane di anticipo probabilmente avrebbe garantito una minore diffusione dell'epide-

mia. Partendo dall'analisi delle criticità del territorio si evidenzia una carenza di personale medico all'interno delle strutture, una carenza di dispositivi di protezione e tamponi per l'individuazione dell'infezione. È necessario intervenire su questi aspetti, migliorando le forniture negli ospedali e nelle RSA, rivedendo i piani di emergenza all'interno delle strutture, prevedendo percorsi separati per l'isolamento dei pazienti risultati positivi al virus. Infine, introdurre l'utilizzo della telemedicina e del telefono (Senni 2020) per velocizzare le pratiche non urgenti.

Di seguito si ha l'attività di recupero, nella quale emerge la capacità di resilienza del territorio. Dopo una crisi pandemica è necessario ristabilire la routine all'interno delle strutture ospedaliere, rimuovendo la distinzione fra reparti "puliti" e "sporchi". Se necessario, introdurre percorsi di sostegno agli operatori sanitari che hanno lavorato durante l'emergenza e hanno sofferto sia fisicamente sia psicologicamente. Dal punto di vista della popolazione, il governo deve erogare sussidi a coloro che non hanno potuto svolgere il proprio lavoro e sostenere le famiglie in difficoltà economica, oltre che riorganizzare il rientro nelle scuole per bambini e ragazzi a seguito di un periodo di didattica a distanza. Ritornare alle proprie abitudini pre-emergenza non è immediato e ogni cittadino trascorrerà un periodo di transizione durante il quale ripercorrerà cognitivamente le fasi appena vissute, prima di interiorizzarle e superarle. Questa fase può anche essere definita decompressione emotiva (De Vincentiis 2010) ed ha l'obiettivo di legittimare e normalizzare gli stati interni personali.

6. Conclusioni

L'emergenza Covid-19 ha colpito ogni paese e ogni parte del mondo, per questo motivo affrontare il rischio di future pandemie richiede uno sforzo globale (Daszak, Olival, e Li 2020), non è possibile immaginare un piano di emergenza pandemica ridotto ad un singolo Stato. Oggi viviamo in un mondo globalizzato, dove persone e merci si spostano continuamente tenendo in continua connessione ogni parte del pianeta. Il focolaio Covid-19 originario della Cina era significativamente collegato al mercato di fauna selvatica nel paese: un primo obiettivo globale è quello di attivare dei programmi di controllo e prevenzione nei mercati animali per future epidemie e pandemie. È importante sottolineare che il driver della malattia tra gli Stati è stato lo spostamento di persone, che espandendo le proprie attività su scala globale hanno la necessità di spostarsi nel mondo (Casti e Adobati 2020).

Sul piano della legislazione, occorre riorganizzare il sistema statale, stabilendo una forma di governo stabile che sia in grado di gestire una crisi pandemica senza innescare crisi parlamentari e politiche. L'emergenza Co-

vid-19 ha fatto emergere una leadership non continuativa e non focalizzata sui principi di crisis management. È necessario riflettere sul modello parlamentare tradizionale e sulla sua praticabilità in situazioni di emergenza (Louvin 2020), il principio di tutela della salute ha legittimato provvedimenti contingibili e urgenti, tuttavia la legge non definisce precisamente i contorni di questi provvedimenti stabilendo debbano essere adottati con nesso di congruità e in proporzione fra le misure adottate e la qualità e natura degli eventi. Lo stato di emergenza non può avere una durata indefinita e non deve ledere i diritti dei cittadini, occorre una riflessione sulle previsioni costituzionali e una possibile rivisitazione della norma (Nicotra 2020).

Dal punto di vista sanitario, legge regionale del 14 dicembre 2021, n. 22¹³ ha apportato alcune modifiche al sistema, potenziando la medicina territoriale, la prevenzione e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Anche a livello nazionale devono essere ridefinite le dimensioni delle ASST, al fine di renderle maggiormente funzionali ed efficienti nell'erogazione dei servizi. Per quanto riguarda il sistema di Protezione civile e i piani di emergenza, sono già state messe in atto alcune modifiche riguardanti la predisposizione dei piani ai diversi livelli territoriali tramite la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2021¹⁴. La direttiva suggerisce l'individuazione di ambiti composti da un insieme di Comuni limitrofi che cooperano tra loro e nei quali le attività di riduzione del rischio possono essere esercitate in modo unitario.

Durante l'emergenza bisogna agire, l'attività di preparazione deve avvenire necessariamente prima dello scoppio della crisi: in Italia è stato il virus Covid-19 a dominare l'emergenza. Volontari, amministratori locali e operatori sanitari sono stati travolti dagli eventi, comandati da un agente sconosciuto, e hanno dovuto rispondere all'emergenza improvvisando, organizzandosi al meglio con le risorse a disposizione e seguendo le direttive di piani di prevenzione non aggiornati.

Bibliografia

- Almond, Gabriel A, Scott C Flanagan, e Robert J Mundt. 1973. *Crisis, Choice, and Change; Historical Studies of Political Development*. Boston: Little, Brown.
- Axjonow, Anastasia, Jürgen Ernstberger, e Christiane Pott. 2018. «The Impact of Corporate Social Responsibility Disclosure on Corporate Reputation: A Non-

¹³ Legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”

¹⁴ Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, 30 aprile 2021, Indirizzi per la predisposizione dei piani di protezione civile ai diversi livelli territoriali.

- Professional Stakeholder Perspective». *Journal of Business Ethics* 151 (2): 429-450. <https://doi.org/10.1007/s10551-016-3225-4>.
- Bartolomei, Franco. 1979. *Potere di ordinanza e ordinanze di necessità*. Milano: Giuffrè. <http://www.libreriantiquaria.com/it>.
- Beck, Ulrich. 2000. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci.
- Bianco, Simone. 2020. «Coronavirus Bergamo, il primario Marco Rizzi: “Fase 2, serve cautela, evitiamo il ritorno delle folle in Città Alta”». *Corriere della Sera*. 1 maggio 2020. https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/20_maggio_01/coronavirus-bergamo-primario-marco-rizzi-fase-2-serve-cautela-evitiamo-ritorno-folle-citta-alta-02b834a4-8b7c-11ea-b0cd-a1732823ac8b.shtml.
- Boggero, Giovanni. 2020. «Le “more” dell’adozione dei DPCM sono “ghiotte” per le Regioni. Prime osservazioni sull’intreccio di poteri normativi tra Stato e Regioni in tema di Covid-19». *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali* n. 1/2020.
- Borell, Jonas, e Kerstin Eriksson. 2013. «Learning Effectiveness of Discussion-Based Crisis Management Exercises». *International Journal of Disaster Risk Reduction* 5 (settembre): 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2013.05.001>.
- Casti, Emanuela, e Fulvio Adobati. 2020. «Mapping riflessivo sul contagio Covid-19. Dalla localizzazione del fenomeno all’importanza della sua dimensione territoriale. 1° Rapporto di ricerca: Perché proprio a Bergamo?» Università degli studi di Bergamo.
- Cavino, Massimo. 2020. «Covid-19. Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo». 18 marzo 2020. <https://www.federalismi.it/AppOpenFilePDF.cfm>.
- Cicchetti, Americo, Michele Basile, e Eugenio Di Brino. 2020. «Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 Instant REPORT #23: 08 Ottobre 2020». *Altems*.
- Daszak, Peter, Kevin J. Olival, e Hongying Li. 2020. «A Strategy to Prevent Future Epidemics Similar to the 2019-NCov Outbreak». *Biosafety and Health* 2 (1): 6-8. <https://doi.org/10.1016/j.bsheal.2020.01.003>.
- Dawkins, Jenny. 2004. «Corporate responsibility: The communication challenge». *Journal of Communication Management* 9 (2): 108–19. <https://doi.org/10.1108/13632540510621362>.
- De Vincentiis, Mauro. 2010. *Comunicare l'emergenza. Crisis management: la gestione delle notizie che non si vorrebbero mai dare*. Roma: Centro di documentazione giornalistica.
- Fioritto, Alfredo. 2008. *L'amministrazione dell'emergenza tra autorità e garanzie*. Il Mulino. <https://www.mulino.it/isbn>.
- Hermann, Charles F. 1972. *International Crises; Insights from Behavioral Research*. New York: Free Press.
- Lagadec, Patrick. 1994. *Crisis management. Come affrontare e gestire emergenze e imprevisti*. Franco Angeli.
- Lombardi, Marco. 2005. *Comunicare nell'emergenza*. Vita e Pensiero.
- Louvin, Roberto. 2020. «Una prorogatio infinita: permanenza, reviviscenza e confusione dei poteri regionali in situazioni di emergenza istituzionale». *Consulta Online*.

- Lucini, Barbara. 2014. *Disaster Resilience from a Sociological Perspective: Exploring Three Italian Earthquakes as Models for Disaster Resilience Planning*. Humanitarian Solutions in the 21st Century. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04738-6>.
- Mauro Wolf. 1992. *Gli effetti sociali dei media*. Bompiani. <https://www.libreriauniversitaria.it/effetti-sociali-media-wolf-mauro/libro/9788845218712>.
- Michael J. Fagel e Jennifer Hesterman. 2017. *Soft Targets and Crisis Management. What Emergency Planners and Security Professionals Need to Know*. Prima edizione. Boca Raton: CRC Press. Taylor & Francis Group.
- Ministero della Salute. 2020. «Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale.»
- Nava, Francesca. 2020. *Il focolaio. Da Bergamo al contagio nazionale*. Prima. Editori Laterza.
- Nicotra, Ida Angela. 2020. «L'epidemia da Covid-19 e il tempo della responsabilità». *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 1 (marzo): 28.
- Reynolds, Barbara, e Matthew w. Seeger. 2005. «Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model». *Journal of Health Communication* 10 (1): 43–55. <https://doi.org/10.1080/10810730590904571>.
- Senni, Michele. 2020. «Covid-19 experience in Bergamo, Italy». ESC. European Society of Cardiology.
- Trombetta, Gabriele. 2020. «Emergenza COVID-19: Un Tentativo Di Inquadramento – Amministrazione in Cammino». 27 maggio 2020. <https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/2020/05/27/emergenza-covid-19-un-tentativo-di-inquadramento/>.
- Ufficio Comunicazione ASST Papa Giovanni XXIII. 2020. «Riattivato l'ospedale alla Fiera di Bergamo | ASST Papa Giovanni XXIII». 4 novembre 2020. <https://www.asst-pg23.it/2020/11/riattivato-lospedale-alla-fiera-bergamo>.
- Valseriana News. 2020a. «Quella notte all'ospedale di Alzano, l'incertezza del Coronavirus e il tampone non fatto». *Valseriana News* (blog). 22 marzo 2020. <https://www.valseriananews.it/2020/03/22/quella-notte-allospedale-di-alzano-lincertezza-del-coronavirus-e-il-tampone-non-fatto/>.
- . 2020b. «Quella domenica di febbraio, i 4 casi di Coronavirus all'ospedale di Alzano Lombardo». *Valseriana News* (blog). 23 aprile 2020. <https://www.valseriananews.it/2020/04/23/quella-domenica-di-febbraio-i-4-casi-di-coronavirus-allospedale-di-alzano-lombardo/>.
- Walker, Marcus, e Mark Maremont. 2020. «Lessons From Italy's Hospital Meltdown. 'Every Day You Lose, the Contagion Gets Worse.'». *Wall Street Journal*, 17 marzo 2020, par. World. <https://www.wsj.com/articles/every-day-you-lose-the-contagion-gets-worse-lessons-from-italys-hospital-meltdown-11584455470>.

La Rivista semestrale *Sicurezza, Terrorismo e Società* intende la *Sicurezza* come una condizione che risulta dallo stabilizzarsi e dal mantenersi di misure proattive capaci di promuovere il benessere e la qualità della vita dei cittadini e la vitalità democratica delle istituzioni; affronta il fenomeno del *Terrorismo* come un processo complesso, di lungo periodo, che affonda le sue radici nelle dimensioni culturale, religiosa, politica ed economica che caratterizzano i sistemi sociali; propone alla *Società* – quella degli studiosi e degli operatori e quella ampia di cittadini e istituzioni – strumenti di comprensione, analisi e scenari di tali fenomeni e indirizzi di gestione delle crisi.

Sicurezza, Terrorismo e Società si avvale dei contributi di studiosi, policy maker, analisti, operatori della sicurezza e dei media interessati all'ambito della sicurezza, del terrorismo e del crisis management. Essa si rivolge a tutti coloro che operano in tali settori, volendo rappresentare un momento di confronto partecipativo e aperto al dibattito.

La rivista ospita contributi in più lingue, preferendo l'italiano e l'inglese, per ciascuno dei quali è pubblicato un Executive Summary in entrambe le lingue. La redazione sollecita particolarmente contributi interdisciplinari, commenti, analisi e ricerche attenti alle principali tendenze provenienti dal mondo delle pratiche.

Sicurezza, Terrorismo e Società è un semestrale che pubblica 2 numeri all'anno. Oltre ai due numeri programmati possono essere previsti e pubblicati numeri speciali.

EDUCatt - Ente per il Diritto allo Studio Universitario dell'Università Cattolica
Largo Gemelli 1, 20123 Milano - tel. 02.72342235 - fax 02.80.53.215
e-mail: editoriale.dsu@educatt.it (produzione) - librario.dsu@educatt.it (distribuzione)
redazione: redazione@itstime.it
web: www.sicurezzaerrorismosocieta.it
ISBN: 978-88-9335-956-6

Euro 20,00



9 788893 359566