

La comunicazione sul COVID-19 alla comunità: misure per prevenire una seconda ondata di epidemia

Boris Bikbov, MD, Ph.D.¹, Alexander Bikbov, Ph.D.²

1 Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Bergamo, Italia

2 Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Parigi, Francia

Autori corrispondenti:

Boris Bikbov, dottore in medicina, dottorato di ricerca.
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS,
Via G.-B. Camozzi 3 (24020, Ranica, Bergamo, Italia
Tel: +39 035 45 35 305
Fax: +39 035 45 35 371
E-mail: boris.bikbov@gmail.com

Alexander Bikbov, Phd
Ecole des Hautes Etudes en Sciences
Sociales 54 bd Raspail. 75006, Parigi, Francia
Tel: +33 1 49 54 83 08
Email: abikbov@gmail.com

Introduzione

La pandemia COVID-19 si diffonde rapidamente sul pianeta [1] e i paesi si stanno adoperando per limitarne la progressione con approcci diversi.[2] Si applicano varie strategie di contenimento della comunità [3], tuttavia, alcune recenti scoperte mediche non sono ampiamente comunicate al pubblico, e la conoscenza e gli atteggiamenti circa l'infezione non è di routine misurata in comunità (mentre potrebbe essere fondamentale per prevenire una seconda ondata di epidemia. La carenza di conoscenze pubblicamente condivise è problematica non solo nel contesto delle crescenti preoccupazioni per le notizie false[4], ma anche nel contesto della sfiducia nei confronti delle istituzioni pubbliche[5] nel promuovere norme di comportamento individuale e coordinare la cooperazione comunitaria durante l'epidemia.

Sensibilizzazione della Comunità sulla soglia di quarantena

Le conoscenze attuali e i punti ciechi relativi all'epidemia di COVID-19 svolgono un ruolo cruciale sia nella scelta delle politiche mediche "top-down" approvate a livello istituzionale, sia nelle strategie di base adottate dalle comunità. In particolare, esiste un divario di conoscenze tra i dati ampiamente comunicati sulle soglie temporali e le recenti scoperte scientifiche, che riguardano principalmente i periodi di incubazione e di diffusione virale.

Il periodo di incubazione massimo di 14 giorni è stato ampiamente comunicato al pubblico dall'OMS[6] e dai mass media, ma secondo uno studio di modellizzazione 1 paziente infetto su 100 svilupperà sintomi dopo 14 giorni di

monitoraggio attivo o quarantena,[7] e alcune relazioni scientifiche suggeriscono che potrebbe essere esteso fino a 24 giorni[8][9] (in uno di questi manoscritti questa durata massima è stata indicata nel Preprint[8], ma è stata cambiata in durata mediana e interquartile nell'articolo accettato[10]).

La carica/diffusione virale (stimato dalla reazione a catena della polimerasi trascrittasi inversa in tempo reale (RT-PCR)) varia in base alla gravità dell'infezione, e i dati provenienti da 137 sopravvissuti ricoverati in Cina indicano la durata mediana come 20 giorni (intervallo interquartile 17 p.m.24) e la durata massima come 37 giorni.[11] In un altro studio condotto su 46 pazienti con infezione lieve che non richiedono un trattamento di terapia intensiva, la durata è stata più breve, con il 90% che ha raggiunto l'eliminazione virale entro 10 giorni dopo l'inizio, ma alcuni di loro solo a 15 giorni, mentre in 30 pazienti con infezione grave lo spargimento virale ha continuato fino a 25 giorni.[12] Così, tra i vari studi, stimare la durata massima di diffusione/carica virale potrebbe variare più di 1,5 volte nei casi gravi, e probabilmente questo è vero anche per i casi di infezione lieve.

Come sappiamo dalla più ampia esperienza pubblicata in Cina, [13] L'81% dei pazienti presenta segni e sintomi clinici lievi, e in caso di sovraffollamento ospedaliero potrebbe essere curato a casa. Quasi il 50% dei pazienti non aveva febbre (> 37,5 C) all'ingresso in ospedale, e l'11-15% dei casi lievi non aveva febbre durante l'intero ricovero, più di un terzo non aveva tosse, e quasi l'80% non aveva dispnea[10][12] ¹ che potenzialmente potrebbe portare a non conformità con l'isolamento domiciliare. Infatti, uno studio di modellizzazione ha stimato che l'86% di tutte le persone infette erano senza documenti prima delle restrizioni di viaggio,[14] e i ricercatori cinesi suggeriscono che il 59% degli individui infetti non erano stati testati, e probabilmente hanno continuato a seguire uno stile di vita di

routine. Una percentuale sostanziale (18-30%) di individui infetti è completamente asintomatica, [15] anche se c'è molta incertezza sul fatto che potrebbero infettare gli altri. Inoltre, la carenza di test diagnostici potrebbe portare alla diagnosi tardiva del COVID-19 anche nel personale medico sintomatico.[16] Considerando i rischi associati a tale incertezza epidemiologica e alla possibilità di una rapida diffusione dell'infezione da parte di portatori sintomatici e asintomatici, molti paesi e regioni e governi fissano misure altamente restrittive che limitano la mobilità sociale personale dell'intera popolazione. [2]

Non sono disponibili dati rappresentativi sulla consapevolezza circa i fatti medici di cui sopra, ma la nostra comunicazione con solo 3 persone in Italia (2 hanno avuto una settimana di febbre senza ospedalizzazione e senza test per COVID-19, e un altro è considerato sano secondo l'opinione condivisa) ha rivelato che nessuno di loro era a conoscenza della possibilità di un periodo di incubazione o della possibilità di diffusione virale superiore a 14 giorni. Contrariamente al periodo più lungo di diffusione virale, la durata mediana della febbre è stata di 12 giorni tra i pazienti ricoverati [11] e potrebbe essere ancora più breve nei pazienti meno gravi che rimangono a casa senza test RT-PCR. Per molti individui la scomparsa della febbre potrebbe simboleggiare la fine della fase acuta, soprattutto se la tosse è in diminuzione o assente. La comunicazione di questi fatti potrebbe essere particolarmente importante per le persone più socialmente attive, che potrebbero avere maggiori possibilità di essere infettati, e in caso di recupero incompleto e ritorno ad alta attività sociale (comprese le possibili violazioni delle misure di distanziamento sociale) potrebbero giocare un ruolo in una possibile ondata secondaria di epidemia.

I fatti summenzionati hanno forti conseguenze per il processo epidemico e sottolineano la necessità di comunicare tali dati alla popolazione in generale.

L'attuale politica di soggiorno in casa è ampiamente promossa, ma anche nella Regione Lombardia più colpita in Italia[17] fino al 40% della popolazione potrebbe continuare a spostarsi al di fuori delle proprie case in base al monitoraggio dei telefoni cellulari,[18] anche se non è ancora chiaro se questo numero si riferisca solo al movimento verso i negozi di alimentari locali, all'attività sportiva, al trasferimento verso un lavoro socialmente significativo, o rifletta anche interazioni interpersonali indesiderate o inutili viaggi a lunga distanza. Visto come un segno di irresponsabilità "dal basso", questa percentuale spinge ad irrigidire le misure restrittive sulla popolazione e ad amplificare i controlli della polizia. Questi fenomeni si verificano in un contesto sostanzialmente pre-epidemico di sfiducia della popolazione nei confronti delle autorità governative, con l'Italia e la Francia che mostrano lo scetticismo nei confronti delle istituzioni pubbliche (66-86%), dell'economia nazionale (66-83%) e del futuro europeo (44-55%) tra i più alti dell'Unione europea nell'indagine Eurobarometro.[19] In tali circostanze, le istituzioni pubbliche potrebbero rafforzare la loro fiducia mediante una condivisione coerente delle conoscenze scientifiche più recenti e dettagliate sul COVID-19, oltre all'indurimento principalmente paternalistico del controllo del soggiorno a casa.

Impegno della comunità nella lotta contro le epidemie

Il coinvolgimento di diverse strutture comunitarie, dalle autorità locali ai piccoli negozi di alimentari (creazione di consegne a domicilio) alle reti di assistenza al volontariato, è eccezionale, con un grande rispetto delle restrizioni di sicurezza adottate. La comunicazione governativa con il pubblico sembra ragionevolmente paternalistica sulla base di istruzioni unidirezionali sulle misure di prevenzione,

informazioni sugli incentivi economici e numeri chiave del focolaio di COVID-19. Tuttavia, poco si sa sulla percezione di queste comunicazioni da parte del pubblico in generale, pratiche quotidiane di adesione a queste regole da parte di diversi gruppi sociali, modelli psicologici di coping con misure restrittive in diversi paesi e gruppi. Infatti, dal 21 marzo abbiamo trovato solo due articoli tra le 2249 pubblicazioni su COVID-19[20] nella banca dati dell'OMS e un articolo non ancora indicizzato sulla conoscenza, gli atteggiamenti e le pratiche in comunità. In Cina, gli intervistati avevano un'elevata aderenza alle misure di isolamento, anche se l'8,5% non poteva raggiungere la misura "non andare in luoghi affollati e chiusi", ma un basso tasso di consapevolezza dei sintomi atipici del COVID-19. [21] In Arabia Saudita, l'esperienza sul MERS-Cov indica che quasi la metà della popolazione non era a conoscenza di sintomi delle alte vie respiratorie durante l'infezione, la necessità di lavaggio preventivo delle mani e che la malattia viene trasmessa da persone infette.[22] Un sondaggio condotto su quasi 6.000 intervistati negli Stati Uniti e nel Regno Unito ha indicato in generale una buona conoscenza delle principali modalità di trasmissione della malattia e dei sintomi comuni, ma il 15-20% non era a conoscenza dei sintomi respiratori del COVID-19, 19-25% erroneamente assunto sintomi non rilevanti, 19-25% non sapeva come le persone potrebbero essere infettati, e 7-14% non erano a conoscenza di misure preventive. [23]

Una dozzina di articoli ha valutato la risposta psicologica ([24][25][26][27][28][29][30] solo per citarne alcuni), con l'importante constatazione che nel contesto dell'analisi attuale le persone che percepiscono di avere un basso rischio di infezione o complicazioni hanno meno probabilità di cambiare il loro comportamento sociale e sono invece inclini a trascurare le raccomandazioni per l'allontanamento sociale.[31] L'analisi dell'epidemia di MERS-Cov indica che le percezioni del rischio, sia affettivo che cognitivo, sono diminuite nel tempo,[32], il

che può essere rilevante anche nel comportamento di gruppo durante l'attuale epidemia di COVID-19.

Considerando la mancanza di dati su questi temi, sosteniamo di effettuare studi sociologici sia quantitativi che qualitativi per monitorare la percezione della comunità e l'adesione alle misure preventive. Complementari a queste strategie di monitoraggio includono la valutazione delle query dei motori di ricerca[33] e l'analisi dei big data dei social media. I governi di Taiwan e della Corea del Sud hanno attuato una strategia di informazione in tempo reale orientata alla comunità attraverso messaggi di testo sulla propagazione del virus che zoomma i casi di contaminazione al livello dei distretti cittadini e persino dei condomini[34][35] come risultato di test preventivi massicci.[36] Un'indagine web sperimentale basata sul telefono cellulare con l'elaborazione dell'intelligenza artificiale suggerisce l'identificazione precoce delle persone ad alto rischio con sintomi clinici o con precedenti di contatti a rischio, con conseguente raccomandazione di quarantena.[37] I metodi successivi hanno ancora un potenziale tangibile di problemi di consenso e privacy, e il loro utilizzo oltre alla gamma di previsioni richiede un esame più approfondito.

Gruppi sociali vulnerabili

L'infezione da COVID-19 ha tassi di complicazione più elevati nella popolazione anziana. I bambini, anche se generalmente presentano sintomi clinici lievi, si trovano nell'aumento del rischio di impatti fisici e mentali della quarantena [38] e richiedono un approccio specifico per la comunicazione.[39] Tuttavia, alcuni gruppi sociali non collegati tra loro sono particolarmente vulnerabili durante l'epidemia. Ciò riguarda le persone con scarsa alfabetizzazione sanitaria,[40] i lavoratori migranti internazionali[41] con un numero stimato globale di 150 milioni

di persone, gli studenti internazionali,[42] le persone in case di riposo e assistenza, le persone con disabilità intellettive o sensoriali,[43] i rifugiati,[44][45] senzatetto, [46] prigionieri.[47] Questi gruppi sono impotenti di fronte all'epidemia e chiedono una particolare necessità di una comunicazione bidirezionale al fine di monitorare sociologicamente la loro percezione delle azioni preventive generali e di riadattare tali azioni a particolari condizioni sociali.

Comunicazioni fuorvianti

Le conoscenze essenziali sulla trasmissione e la prevenzione sono ampiamente comunicate alla comunità da tutte le parti interessate, tuttavia alcuni messaggi potrebbero essere fuorvianti. Alcune imprecisioni potrebbero verificarsi anche dagli scrittori di discorsi del discorso Presidenziale alla nazione che ha sottolineato i bambini tra i principali portatori di infezione gruppo.[48] Al contrario, alcuni malintesi hanno forme maliziosamente provocatorie con la circolazione di istruzioni equivoche nei social media, o la discriminazione razziale nei media cartacei. [29]

Lo stress psicologico potrebbe portare alla stigmatizzazione di altre persone, alla discriminazione, alla moralizzazione e alla ricerca di nemici per razionalizzare l'eccezionale minaccia rappresentata dall'epidemia.[49][50] Mentre i media classici hanno in generale una maggiore responsabilità nel non esprimere queste manifestazioni distruttive, alcuni utenti dei social network sono meno inclini a seguire standard etici e umanistici che richiedono l'identificazione e la rimozione di troll della malattia e sostenitori della cospirazione dai principali servizi internet.[51] Allo stesso tempo, i social media sono portatori vitali della percezione del rischio

da parte del pubblico, particolarmente utili per gli individui che non hanno esperienza diretta o che non conoscono un pericolo per la salute.[52] A questo proposito, il lancio del servizio di Health Alert dell'OMS su Whatsapp è una mossa cruciale per portare gli ultimi fatti verificati di COVID-19 a miliardi di cittadini. [53]

Conclusione

L'interazione governativa iniziale con il pubblico durante il periodo era ragionevolmente paternalistica, con la fornitura di informazioni sul rischio COVID-19 e istruzioni per le misure preventive. Tuttavia, la raccolta continua di feedback da parte del pubblico in generale e di alcuni gruppi sociali vulnerabili non viene eseguita regolarmente, il che lascia incertezza circa l'accettazione di misure preventive e comportamenti di isolamento sociale. Dobbiamo considerare l'epidemia dal punto di vista sociologico, oltre alle prospettive mediche ed economiche, come parte di una strategia collettiva che affronti ulteriormente i problemi di fiducia e comunicazione tra le autorità e la popolazione.

Le parti interessate forniscono informazioni essenziali sull'epidemia, ma gli ultimi dati scientifici (ad esempio, la durata massima della carica virale) non sono ampiamente comunicati alle comunità, anche se ciò potrebbe aumentare l'adesione alle azioni di contenimento dell'epidemia. La soglia di quarantena ampiamente accettata di 14 giorni può fuorviare le aspettative verso la brevità dell'epidemia di COVID-19, mentre l'enfasi sulla quarantena estesa fino a 40 giorni anche dopo una lieve infezione respiratoria (in assenza di conferma del test negativo COVID-19 RT-PCR) potrebbe meglio preparare l'opinione pubblica a un periodo più lungo di misure straordinarie. Un modello di comunicazione

rimodellato sarebbe particolarmente importante tenendo conto delle prossime vacanze di Pasqua e dell'arrivo della primavera nell'emisfero settentrionale, entrambe le quali sono tradizionalmente legate a una maggiore attività sociale.

Queste misure aumenterebbero il rispetto delle norme di quarantena e contribuirebbero a prevenire la seconda ondata di epidemie, che può verificarsi se la percezione del rischio diminuisce nel tempo e le persone con possibilità di diffusione virale riprendono contatti sociali faccia a faccia.

Contributo degli autori: gli autori hanno contribuito ugualmente a questo articolo.

Bibliografia

1. Novel Coronavirus (COVID-19) Infection Map <https://hgis.uw.edu/virus/>.
2. Tanne JH, Hayasaki E, Zastrow M, Pulla P, Smith P, Rada AG. Covid-19: come medici e sistemi sanitari stanno affrontando coronavirus in tutto il mondo. *BMJ*. 2020 Mar 18;m1090. DOI: 10.1136/bmj.m1090, disponibile presso: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1090>
3. Ebrahim SH, Ahmed QA, Gozzer E, Schlagenhaut P, Memish ZA. Covid-19 e strategie di mitigazione della comunità in una pandemia. *BMJ*. 2020 Mar 17;m1066. DOI: 10.1136/bmj.m1066, disponibile presso: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1066>
4. Posetti J, Ireton C, Wardle C, Derakhshan H, Matthews A, Abu-Fadil M, et al. Journalism, fake news & disinformation: handbook for journalism education and training. UNESCO, 2018. 128 pag. ISBN: 978-92-3-100281-6 [Internet]. 2018. 128 pag. Disponibile presso: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265552>

5. Rosanvallon P, Goldhammer A. Contro-Democrazia. La politica nell'era della sfiducia. ISBN: 9780521886222. Cambridge University Press; 2008. 350 pag.
6. Domande e risposte dell'OMS sui coronavirus (COVID-19) [Internet]. Disponibile presso: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronavirus>
7. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. Il periodo di incubazione della malattia coronavirus 2019 (COVID-19) Da casi confermati pubblicamente segnalati: stima e applicazione. *Ann Intern Med.* 2020 Mar 10; DOI: 10.7326/M20-0504, disponibile presso: <https://annals.org/aim/fullarticle/2762808/incubation-period-coronavirus-disease-2019-covid-19-from-publicly-reported>
8. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Caratteristiche cliniche della nuova infezione da coronavirus del 2019 in Cina. *Medrxiv.* DOI: 10.1101/2020.02.06.20020974, Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presunta trasmissione asintomatica del vettore COVID-19. *JAMA.* 2020 Feb 21;
9. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020 Feb 28;Nejmoa2002032. DOI: 10.1056/Nejmoa2002032, disponibile presso: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>
10. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Corso clinico e fattori di rischio per la mortalità di pazienti adulti ricoverati con COVID-19 a Wuhan, Cina: uno studio retrospettivo di coorte. *Lancet.* 2020 Mar; DOI: 10.1016/S0140-

- 6736(20)30566-3, disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620305663>
11. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis*. 2020 Mar; DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30232-2, disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920302322>
 12. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Wkly*. 2020;2(8):113–22. Available from:
<http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
 13. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). *Science* (80-). 2020 Mar 16;eabb3221. DOI: 10.1126/science.abb3221, disponibile presso:
<https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb3221>
 14. Qiu J. Covert coronavirus infections could be seeding new outbreaks. Available from: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00822-x>
 15. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. *N Engl J Med*. 2020 Mar 18;NEJMp2005492. DOI: 10.1056/NEJMp2005492, Available from:
<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2005492>
 16. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *Lancet*. 2020 Mar; DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30627-9, disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620306279>

18. Controllate le celle telefoniche “Ancora il 40% delle persone in giro.” L’eco di Bergamo. Available from: https://www.ecodibergamo.it/stories/bergamo-citta/controllate-le-celle-telefonicheancora-il-40-delle-persone-in-giro_1345567_11/
19. European Commission. Standard Eurobarometer 92. Autumn 2019. National reports. Available from: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/STANDARD/surveyKy/2255>
20. WHO. Global research on coronavirus disease (COVID-19). Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov>
21. Chen Y, Jin YL, Zhu LJ, Fang ZM, Wu N, Du MX, et al. [The network investigation on knowledge, attitude and practice about Novel coronavirus pneumonia of the residents in Anhui Province]. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2020 Feb 17;54:E004. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2020.0004, Disponibile presso: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32064854>
22. Nooh HZ, Alshammary RH, Alenezy JM, Alrowaili NH, Alsharari AJ, Alenzi NM, et al. Public awareness of coronavirus in Al-Jouf region, Saudi Arabia. J Public Health (Bangkok). 2020 Feb 13; DOI: 10.1007/s10389-020-01209-y, disponibile presso: <http://link.springer.com/10.1007/s10389-020-01209-> Geldsetzer P. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among the General Public in the United States and the United Kingdom: A Cross-sectional Online Survey. Ann Intern Med. 2020 Mar 20; DOI: 10.7326/M20-0912, Available from: <https://annals.org/aim/fullarticle/2763550/knowledge-perceptions-covid-19-among-general-public-united-states-united>

23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729, Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>
24. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res*. 2020 Mar;112921. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112921, Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016517812030545X>
25. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Feb 23;pcn.12988. DOI: 10.1111/pcn.12988, disponibile presso: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pcn.12988>
26. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020 Feb;395(10224):e37–8. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3, Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620303093>
27. Mowbray H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *BMJ*. 2020 Feb 7;368:m516. DOI: 10.1136/bmj.m516, Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32033967>
29. Wen J, Aston J, Liu X, Ying T. Effects of misleading media coverage on public health crisis: a case of the 2019 novel coronavirus outbreak in China. *Anatolia*. 2020; DOI:

10.1080/13032917.2020.1730621, disponibile

presso:

<https://doi.org/10.1080/13032917.2020.1730621>

1

30. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e17–8.

DOI:

10.1016/S2215-0366(20)30077-8, disponibile presso:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620300778>

0778

31. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord*. 2020 Apr;71:102211. DOI:

10.1016/j.janxdis.2020.102211, disponibile presso:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618520300256>

0256

32. Jang WM, Kim U-N, Jang DH, Jung H, Cho S, Eun SJ, et al. Influence of trust on two different risk perceptions as an affective and cognitive dimension during Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea: serial cross-sectional surveys. *BMJ Open*. 2020 Mar 4;10(3):e033026. DOI:

10.1136/bmjopen-2019-033026, Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32139484>

33. Husnayain A, Fuad A, Su EC-Y. Applications of google search trends for risk communication in infectious disease management: A case study of COVID-19 outbreak in Taiwan. *Int J Infect Dis*. 2020 Mar; DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.021, disponibile presso:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971220301405>

34. Zastrow M. South Korea is reporting intimate details of COVID-19 cases: has it helped?
Nature. 2020 Mar 18; DOI: 10.1038/d41586-020-00740-y,
disponibile presso: <http://www.nature.com/articles/d41586-020-00740-y>
35. Maillé P. COVID-19 : "Il aurait fallu s'inspirer de Taïwan, mais c'est trop tard". Available
from: <https://usbeketrica.com/article/covid-19-il-aurait-fallu-s-inspirer-de-taiwan-mais-c-est-trop-tard>
36. Normile D. Coronavirus cases have dropped sharply in South Korea. What's the secret to its success? Science (80-). 2020 Mar 17; DOI: 10.1126/science.abb7566, Available from: <https://www.sciencemag.org/news/2020/03/coronavirus-cases-have-dropped-sharply-south-korea-whats-secret-its-success>
37. Rao ASRS, Vazquez JA. Identification of COVID-19 Can be Quicker through Artificial Intelligence framework using a Mobile Phone-Based Survey in the Populations when Cities/Towns Are Under Quarantine. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020;1400:1–18. DOI: 10.1017/ice.2020.61, Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32122430>
38. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. Lancet. 2020 Mar;395(10228):945–7. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30547-X, disponibile presso: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067362030547X>
39. Coronavirus: A nursery rhyme can turn children's anxiety into a healthy habit. Available
from: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/coronavirus-non-solo-italiano-i-nostri-suggerimenti-diverse-lingue>

40. Xie B, He D, Mercer T, Wang Y, Wu D, Fleischmann KR, et al. Global health crises are also information crises: A call to action. *J Assoc Inf Sci Technol*. 2020 Mar 13;asi.24357. DOI: 10.1002/Asi.24357, disponibile presso: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/asi.24357>
41. Liem A, Wang C, Wariyanti Y, Latkin CA, Hall BJ. The neglected health of international migrant workers in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e20. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30076-6, Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620300766>
42. Bodomo A, Liem A, Lin L, Hall BJ. How African migrants in China cope with barriers to health care. *Lancet Public Heal*. 2020 Feb; DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30048-7, disponibile presso: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720300487>
43. Castro HC, Lins Ramos AS, Amorim G, Ratcliffe NA. COVID-19: don't forget deaf people. *Nature*. 2020 Mar 17;579(7799):343–343. DOI: 10.1038/d41586-020-00782-2, Available da: <http://www.nature.com/articles/d41586-020-00782-2>
44. Iacobucci G. Covid-19: Doctors warn of humanitarian catastrophe at Europe's largest refugee camp. *BMJ*. 2020 Mar 17;m1097. DOI: 10.1136/bmj.M1097, disponibile presso: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m1097>
45. Interim Guidance on Scaling-up COVID-19 Outbreak in Readiness and Response Operations in Camps and Camp-like Settings (jointly developed by IFRC, IOM, UNHCR and WHO). Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-guidance-scaling-covid-19-outbreak-readiness-and-response-operations-camps-and-camp>
46. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations.

- Lancet Public Heal. 2020 Mar; DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30053-0,
disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266720300530>
47. Kinner SA, Young JT, Snow K, Southalan L, Lopez-Acuña D, Ferreira-Borges C, et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. Lancet Public Heal. 2020 Mar; DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30058-X, disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S246826672030058X>
48. L'adresse aux Français du Président de la République. Available from:
<https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/12/adresse-aux-francais>
49. Loveday H. Fear, explanation and action – the psychosocial response to emerging infections. J Infect Prev. 2020 Mar 13;21(2):44–6. DOI: 10.1177/1757177420911511,
Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757177420911511>
50. Ren S-Y, Gao R-D, Chen Y-L. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. World J Clin Cases. 2020 Feb 26;8(4):652–7. DOI: 10.12998/wjcc.v8.i4.652, Available from: <https://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v8/i4/652.htm>
51. Garrett L. COVID-19: the medium is the message. Lancet. 2020 Mar;395(10228):942–3.
DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30600-0, disponibile presso:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620306000>

52. Oh S-H, Lee SY, Han C. The Effects of Social Media Use on Preventive Behaviors during Infectious Disease Outbreaks: The Mediating Role of Self-relevant Emotions and Public Risk Perception. *Health Commun.* 2020 Feb 16;1–10. DOI: 10.1080/10410236.2020.1724639, disponibile presso:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2020.1724639>
53. WHO Health Alert brings COVID-19 facts to billions via WhatsApp. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-health-alert-brings-covid-19-facts-to-billions-via-whatsapp>