

REZILIENȚA SOCIETALĂ ȘI MANAGEMENTUL COMUNICĂRII ÎN GESTIONAREA PANDEMIEI DE COVID-19

VERONICA DUMITRAȘCU*

ABSTRACT

SOCIETAL RESILIENCE AND COMMUNICATION MANAGEMENT IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

COVID-19 crisis is harder to be managed and is more durable than the other crises that have occurred over time. The shock produced by the pandemics will affect all societal levels, so it is impossible to approach it through a mere adaptation of the system. In order to come up with possible intervention solutions, an investigation of the system capacity to deal with potential crises would be needed. So, the article takes in consideration the term of resilience. In order to respond to absorption and transformation capabilities, a system needs the best possible management of existing resources. The monitoring of resilience indicators constitutes one of the main premises for determination of system vulnerability. Also, the collecting of the data concerning vulnerable persons that need attention and caring is a necessity for the management of the situations that could occur. On the other hand, the system has to be adapted to the new situations for the improvement of the communication management. Especially when we are dealing with a health problem, communicating so that the population understands the message is an important premise for managing the situation.

Keywords: COVID-19, Pandemics, resilience, the management of crises, the management of communication.

1. INTRODUCERE

Pandemia COVID-19 a avut și are un impact deosebit la nivel mondial, afectând societăți întregi. La nivel mondial, impactul COVID-19 a creat o undă de șoc cu reverberații în toate sistemele societale. Crizele care afectează societățile au consecințe pe termen lung, mai ales în ceea ce privește emergența unor subsisteme.

* PhD Researcher, the Institute of Sociology – Romanian Academy, Bucharest; e-mail: veronica.dumitrascu@gmail.com.



Criza economică din 2008 a pus pe butuci economia unor țări întregi, dar apelând la celelalte resurse (capital uman, cooperare, încredere instituțională etc), sistemul s-a putut replea și a putut să se adapteze schimbărilor.

Criza COVID-19 e de altă natură. În primul rând, avem de-a face cu o criză în cascade, care afectează pe rând mai multe sisteme, și care, dacă nu e bine gestionată, ca un efect de domino, poate duce la colapsarea unor întregi societăți. Presiunea nu se resimte doar la nivelul societal, se resimte și la nivel individual. Consecințele privind gestionarea sistemelor economic, societal și comunitar vor fi pe termen lung.

Și nu putem spune că va fi singura criză de asemenea intensitate. În viitor vor fi tot mai multe crize care vor forța sistemul să se adapteze și să se repleze. Însă, pentru a fi pregătiți și pentru a putea supraviețui, am avea nevoie de o regândire a sistemului per ansamblu, pe mai multe dimensiuni.

Regândirea sistemului pe componente, coordonarea între diferite subsisteme, modul de a percepe o dinamică a sistemelor care să ia în calcul resursele existente, interconectarea instituțională, cooperarea între diferite sectoare și impactul deciziilor asupra comunității și individului, toate acestea ajută la revigorarea politicilor de suport în ceea ce privește managementul crizelor.

În acest fel putem vorbi de „societal transformative resilience” (transformarea rezilienței societale), elementul principal în pregătirea societății de a-și dezvolta capacitățile necesare pentru a face față viitoarelor crize (Giovanni *et al.*, 2020).

Articolul încearcă să pună în evidență importanța gestionării resurselor comunitare și societale, modul în care acestea pot fi folosite în folosul populației, importanța statisticilor în gestionarea crizei pandemice (cum ar putea ajuta colectarea mai bună a datelor la nivel teritorial și național), vulnerabilitățile anumitor grupuri de populație și importanța comunicării în gestionarea pandemiei, un lucru fundamental în orice criză sistemică. Analiza gestionării resurselor comunitare și lecțiile de bune practici ca modele de urmat sunt necesare pentru a pune în evidență anumite soluții de readaptare a sistemelor. Scopul articolului este de a atrage atenția asupra importanței folosirii capacităților de reziliență pentru a face față crizei pandemiei, necesitatea gestionării bazelor de date pentru a determina vulnerabilitățile sistemului și pentru a putea interveni astfel încât să ajute la întărirea capacităților comunitare și îmbunătățirea strategiilor de comunicare ca vector important în managementul riscurilor.

2. ACTIVAREA CAPACITĂȚILOR DE REZILIENȚĂ ÎN MANAGEMENTUL CRIZELOR

Pandemia are un impact diferit și cu o intensitate diferită în ceea ce privește societatea, afectând capitalul uman și social, serviciile medicale, comunitățile, instituțiile, procesul de producție, consumul, investițiile etc.

Șocul produs de pandemie va fi de durată și va afecta toate palierele societății, astfel încât este imposibil de abordat din perspectiva unei simple adaptări a sistemului.

Pentru a veni cu soluții posibile de intervenție, ar fi nevoie de o investigare a capacității sistemelor de a face față potențialelor crize. Altfel spus, avem în vedere reziliența societală.

Reziliența a devenit un termen destul de cunoscut în diferite domenii și a fost folosit ca răspuns la potențialele pericole care ar pune în dificultate capacitatea indivizilor, instituțiilor, țărilor de a face față acestora.

Reziliența a fost folosită în psihologie și psihiatrie în anii 40 de către Johnson și Wiechelt (2004), a fost folosită studiile despre „sistemele socio-ecologice” (e.g., Boyd și Folke, 2012), arhitecții au folosit acest termen pentru a descrie robustețea, adaptabilitatea și rapiditatea infrastructurii de a se reface (Cimellaro *et al.*, 2006; Cox *et al.*, 2011).

Așa cum precizau Manca *et al.* (2017, p. 5), „o societate rezilientă este capabilă să facă față și să reacționeze la șocuri sau schimbări structurale persistente, fie rezistând la aceasta (prin capacitatea de absorbție), fie adoptând un grad de flexibilitate, ducând la modificări ale sistemului (prin capacitate adaptativă)”.

Pe lângă capacitatea de absorbție și capacitatea adaptativă, Manca *et al.* (2017) amintesc și de capacitatea de transformare.

Văzute dintr-o perspectivă dinamică, șocurile pot diferi ca intensitate și durată și pot influența capacitățile de absorbție, adaptative și de transformare. La șocuri, sistemele suferă o schimbare în ceea ce privește capacitățile, oricare ar fi acestea.

În același timp, putem vorbi de interacțiuni între diferite „entități și straturi ale sistemului. Această „viziune a sistemului” ajută la înțelegerea modului în care un șoc se răspândește între diferite segmente ale sistemului și modul în care interacționează actorii pentru a interveni” (Manca *et al.*, 2017, p. 5).

Tot Manca *et al.* (2017) menționează că există și un alt aspect important, și anume acela al folosirii șocului ca oportunitate, ca o lecție din care se poate învăța și care să folosească și în alte ocazii, și în alte crize.

Sistemul poate suferi mai multe expuneri la șoc. Când ai un potențial șoc, există o anumită probabilitate de a fi lovit. Când șocul se materializează, un sistem poate fi vulnerabil sau nu, în funcție de răspunsul la șoc (mai ales din punct de vedere al intensității). Un sistem vulnerabil își poate reveni cu pierderi sociale sau nu. Așa cum subliniază Manca *et al.* (2017), „un sistem este rezilient în momentul în care combinația între risc și vulnerabilitate (pierderi așteptate) este mică, sau când pierderile așteptate sunt mari, dar sistemul poate să se refacă cu pierderi minime” (Manca *et al.*, 2017, p. 7).

Așa cum menționează Giovanni *et al.* (2020), când timpul de expunere la diferite șocuri nu este de intensitate mai mare și de durată mai lungă, cea mai bună reacție este prin capacitatea de absorbție. Dacă șocul este mai mare și de lungă

durată, se poate produce o perturbare a sistemului, ceea ce va duce la reale transformări pe mai multe niveluri. Putem vorbi de transformări tehnologice nu doar la nivel instituțional, ci putem vorbi și de schimbări culturale, de valori, de comportament etc.

Un comportament rezilient face ca societățile să-și îmbunătățească capacitățile astfel încât să poată răspundă provocărilor și să se poată adapta pe termen lung noilor condiții.

Șocul produs de COVID-19 a dus la o repliere a sistemului și la o folosire a unei combinații între capacitățile de adaptare și cele de transformare. Pe ce ar pune accent un sistem pentru a folosi o combinație între resursele de adaptare și cele de transformare? Pe resursa umană. Capacitățile de reziliență se bazează în momentele de cumpănă pentru sistem pe oameni și pe capacitățile lor de a folosi resursele pentru o întărire și o readaptare a sistemului. Însă nu doar resursa umană în sine este importantă, ci și relațiile din cadrul comunităților, coeziunea socială, încrederea.

Reziliența socială reprezintă „capacitatea indivizilor și comunităților de a face față șocurilor externe și modul de a contribui la pregătirea comunității, răspunsul la dezastru și recuperarea post-dezastru” (Kwock *et al.*, 2016, p. 1).

Reziliența societală ține de o altă abordare, implicând elemente care țin de substanța, de structura unei societăți, de liantul care ține oamenii împreună. Este vorba de acea „comunitate organică”, respectiv de un fel de „medicină a corpului social” (Șerban, 2008, 28). Dacă vorbim de societal, cele mai cunoscute referințe sunt lucrările autorilor din cadrul Școlii de la Copenhaga. Aceștia au adus în vedere componenta de “securitate societală” ca “abilitatea unei societăți de a subzista în caracterul său esențial în condiții în continuă schimbare și în fața unor amenințări posibile sau prezente” (Waever *et al.*, 1993, p. 23). Buzan, Waever și De Wilde (2011, p. 172) fac o distincție între „securitate socială care se referă la indivizi și ține mai ales de domeniul economic și securitate societală care se referă la colectivități și la identitățile acestora”. Societalul are un spectru mai larg, cuprinzând și elemente ce țin de identitate, migrație, coeziune internă etc. Dacă vorbim de reziliență, de capacitățile și capabilitățile societăților de a se reface, sunt luate în evidență, dincolo de aspecte sanitare, economice, educaționale, de infrastructură și aspecte care țin laolaltă comunitățile și le definesc, încrederea ca liant social, solidaritatea, de ceea ce ține de resorturile interne ale comunităților.

Diferența dintre reziliență socială și reziliența societală nu este destul de bine explicată în literatură. Din lipsa de spațiu, abordarea acestor perspective este destul de restrânsă în articolul de față, urmând ca acestea să fie dezvoltate în alte lucrări.

Reziliența societală ține în mare parte de identificarea vulnerabilităților și gestionarea resurselor, ca mijloace de adaptare și refacere a resorturilor comunitare.

Detectarea deficiențelor structurale și o mai bună organizare a resurselor existente sunt de un real folos în managementul situațiilor de criză.

3. MANAGEMENTUL RESURSELOR COMUNITARE. IDENTIFICAREA VULNERABILITĂȚILOR ȘI IMPORTANȚA STATISTICILOR ÎN GESTIONAREA PANDEMIEI COVID-19

Pentru a răspunde capacităților de absorbție și celor de transformare, un sistem are nevoie de o gestionare cât mai bună a resurselor existente.

În cazul unei situații de urgență (un dezastru, o calamitate, în cazul nostru, o pandemie), pentru a face o diagnoză cât mai corectă a problemei, sunt necesare o serie de date socio-demografice, ocupaționale, de sănătate la nivel local, regional, național, distribuția populației pe vârste și pe sexe etc. În acest sens, statisticile sunt de un real folos, bazele de date care oferă informații despre structura populației și distribuția acesteia fiind de bază.

Statisticile de bază privind structura populației și distribuția acesteia sunt disponibile la nivel național, pe regiuni și pe județe. Însă la nivel local, pe fiecare comunitate nu există o bază de date completă privind numărul de bătrâni, de bolnavi cronici, de copii, de femei însărcinate etc.

Eficiența unor măsuri depinde de disponibilitatea datelor, în special pe fiecare comunitate. Monitorizarea unor asemenea fenomene depinde de modul în care o comunitate este pregătită să facă față unor pericole. Indicatorii privind structura populației (Câți bătrâni? Câți copii? Distribuția acestora în teritoriu?) sunt importanți pentru a ajuta și a feri populația vulnerabilă expusă unor astfel de pericole. De asemenea, în fața acestei provocări, o statistică privind populația cu boli cronice este la fel de necesară pentru a monitoriza aceste persoane, a le feri de probabilitatea de a se infecta și a le ajuta să treacă peste perioadele dificile. O statistică pe tipuri de boli există la INS, în baza TEMPO, dar doar la nivel național pe ani. O evidență a persoanelor cu boli cronice ar fi necesară la nivel județean și local pentru a putea fi luate măsurile necesare de protejare a acestor persoane.

Dezvoltarea unui sistem de baze de date la nivelul ministerelor, al guvernului și al instituțiilor de intervenție care să aibă în vedere indicatori la nivelul populației, al sistemului sanitar, educațional la nivel local, pe fiecare comunitate ar fi necesară în vederea creionării unor strategii pentru contracararea unor fenomene de mare amploare cu impact negativ asupra populației. În cazul nostru, pentru a vedea zonele vulnerabile, comunitățile unde există bătrâni, bolnavi, școli, grădinițe, dispensare, personal medical etc., ar trebui să existe o bază de date cu aceste informații. Înregistrarea unor asemenea date la nivel local și preluarea acestora la nivel central ar duce la o diagnoză corectă la nivel comunitar și la o propunere de măsuri cu impact pozitiv asupra populației.

Încă din 1984, americanii au creat un sistem bazat pe sondaje, iar datele privind starea de sănătate a populației, practicile de prevenție și accesul la îngrijirea persoanelor cu boli cronice sunt colectate la sistemul de stat (Thomas *et al.*, 2013, p. 243). Acestea oferă informații despre „sănătatea comunităților” și reprezintă o

componentă importantă în managementul situațiilor de urgență. Vorbim în acest sens de *reziliența comunitară*.

Thomas *et al.* (2013, p. 408) identifică cinci elemente care pot influența reziliența comunitară: „**1.** Sănătatea fizică și psihologică; **2.** Bunăstarea economică și socială; **3.** Comunicarea riscurilor efective; **4.** Integrarea organizațiilor (guvernamentale și non-guvernamentale); **5.** Legăturile sociale. Dezvoltarea mecanismelor care duc la îmbunătățirea acestor componente reprezintă un pas înainte pentru prevenire și pentru gestionarea situațiilor de urgență”.

Disparitatea răspândirii COVID-19 este de asemenea și o reflectare a calității vieții, a condițiilor sociale în care își duc viața indivizii.

În comunitățile sărace, în gospodăriile fără alimentare cu apă, fără toaletă în locuință, unde condițiile de igienă sunt precare, riscul de infectare este mai mare. În România, la nivelul anului 2019, conform Eurostat, 24,2 % din populație nu aveau toaletă în interiorul locuinței, cea mai mare valoare din Uniunea Europeană, iar 22,8 % din totalul populației nu aveau baie și nici duș în locuință.

De asemenea, sunt și alte componente de care trebuie să se țină seama în cazul diagnozei comunitare, atât de importantă în luarea măsurilor contra infectării: accesul la servicii sanitare (cât de aproape e cel mai mare spital special amenajat pentru bolnavii de COVID-19, sistemul de transport, accesul la sursele de aprovizionare, calitatea mediului etc.).

Acestea dau naștere la disparități între medii de rezidență, la nivel local, regional și național. Detectarea, înțelegerea și reducerea disparităților duc la scăderea vulnerabilității comunităților și la creșterea rezilienței. Există o interrelaționare între factorii contextuali, de mediu, sociali, economici etc. și factorii individuali de care ar trebui să se țină seama, în special în cazul strategiilor privind sănătatea. Astfel, o persoană care este foarte vulnerabilă (bătrâni, oameni cu dizabilități, cei care au boli cronice etc.) ar putea fi afectată în mai mare sau în mai mică măsură, ținând cont de condițiile sociale, economice, de mediu, de infrastructură etc.

Manca *et al.* (2017) identifică câteva puncte importante privind colectarea datelor și măsurarea indicatorilor pentru detectarea stării de reziliență.

În primă fază, colectarea datelor relevante pentru a ajuta la posibilele intervenții și măsuri împotriva răspândirii coronavirusului este de o reală importanță. În a doua fază sunt necesare monitorizarea rezilienței (comunitare, societale) și identificarea principalelor puncte de intervenție. Apoi, dezvoltarea instrumentelor analitice și reliefarea unor politici de suport pentru reziliența societală vin în completarea celor două faze. Lecțiile de bune practici sunt necesare ca modele pentru a le adapta și pentru a ajuta sistemul.

Așa cum arată Manca *et al.* (2017), primul pas este obținerea „indicatorilor de reziliență”. Aceștia includ variabile de interes legate de capital social, variabile intermediare ca infrastructură, instituții, productivitate, determinante legate de bunăstarea individuală și societală (cum ar fi: starea de sănătate, loc de muncă,

încredere în ceilalți și în instituții, calitatea vieții etc.). Manca *et al.* (2017) arătau că, în cazul unor șocuri, putem determina gradul de reziliență al entităților. O bună evaluare ar putea consta printr-o măsurare a variabilelor înainte de apariția șocurilor, în timpul șocurilor și după acestea. În acest fel ar putea fi detectat gradul de reziliență societală.

După aceiași autori, un al doilea pas ar consta în determinarea unor trăsături ale acestor entități („caracteristici ale rezilienței”). De exemplu, nivelul de educație sau capital uman, gradul de interacțiune și relații sociale sau capitalul social, starea de sănătate și factori psihologici care pot contribui pozitiv la reziliența individuală. În opinia autorilor de mai sus, aceste caracteristici ar trebui monitorizate cu o frecvență anuală.

Monitorizarea indicatorilor de reziliență constituie una dintre premisele fundamentale pentru a putea determina vulnerabilitatea sistemului și pentru a putea interveni astfel încât să ajute la întărirea capacităților comunitare.

Resursele comunitare existente ar trebui gestionate astfel încât să ajute la o îmbunătățire a managementului. Acestea ar trebui suplimentate și ajutate de alte elemente pentru a îmbunătăți sistemul.

4. GESTIONAREA RESURSELOR EDUCAȚIONALE ȘI SANITARE ÎN PANDEMIE. LECȚII DE BUNE PRACTICI

O primă și cea mai importantă resursă, și anume cea umană, nu poate fi neglijată. Din contră, resursa umană, capitalul uman trebuie protejat și ajutat să se adapteze noilor provocări.

Pandemia a dus la mari schimbări în ceea ce privește educația. Multe școli s-au închis și s-a recurs la educația online, o formă de educație în pas cu tehnologia, dar care, pe termen lung, va avea consecințe în ceea ce privește performanța școlară. Școala presupune în primul rând interacțiunea între elevi / studenți și între elevi / studenți și profesor.

Pe de altă parte, educația online va duce la o creștere a discrepanțelor dintre mediul rural și urban, având în vedere că sunt copii în mediul rural care nu beneficiază de calculator, tabletă sau / și internet. O cercetare realizată în perioada mai–iunie 2020, prezentată de World Vision România² arată că „aproximativ 40 % dintre elevii din mediul rural nu au participat la ore online. Doar 64 % dintre cadrele didactice au organizat ore online. Restul au trimis teme și exerciții prin telefon, *Whatsapp*, *Messenger* ori teme printate copiilor, pentru că aceștia nu aveau mijloace de conectare online. Peste 55 % dintre părinți nu au un dispozitiv digital pentru fiecare elev din familie. 8 % dintre respondenți afirmă că nu dețin niciun

² World Vision Romania, „Bunăstarea copilului din mediul rural în perioada pandemiei”, https://worldvision.ro/wp-content/uploads/2020/08/Infografice_Raport_Covid_ref.pdf.

dispozitiv care să-i permită copilului să-și continue educația acasă” (World Vision Romania, 2020).

E clar că nu există încă dezvoltată infrastructura necesară, mai ales în mediul rural, pentru realizarea în bune condiții a școlii online. Dacă se va merge pe formula școlii online (parțial sau total) atât cât va ține pandemia, autoritățile vor fi nevoite să îmbunătățească din timp infrastructura digitală pentru a nu lăsa în afara sistemului elevi care nu pot beneficia de ce e necesar pentru a-și continua studiile. De asemenea, ar fi necesară o instruire a profesorilor și o adecvare a instrumentelor de învățare și predare. O altă componentă, la fel de importantă, este cea a interacțiunii sociale, chiar dacă se face și în forma online, realizarea unor joculețe, exerciții pentru a stimula interesul copiilor și pentru a asimila normele și valorile sociale.

Pe lângă faptul că nu toți copiii vor avea acces la tablete și internet în mediul rural, o astfel de formă de educație nu poate să dureze mult timp. Probabil că se va recurge și la o formă intermediară, unii copii să meargă la școală, alții să învețe online, sau prin rotație. Sunt mai multe țări care, după mai multe tentative, au redeschis școlile. În Coreea de Sud copiii s-au întors la cursuri în iunie cu măști, dezinfectante, verificarea temperaturii și distanță fizică. În unele școli, elevii vin în zile alternative, alte școli au adoptat o abordare hibridă, cursuri online și în clasă. În Danemarca, după o lună de închidere, copiii au revenit la școală în aprilie. Cei cu vârsta cuprinsă între 2 și 12 ani au fost împărțiți în grupuri de 12. Aceste grupuri au fost numite „bule de protecție”³. Acestea ajung la școală la ore eșalonate, mănâncă separat și au propriile locuri de joacă. Așa cum se precizează într-un articol din „Time”, toți elevii se spală la fiecare două ore, birourile sunt așezate la doi metri unul de altul și materialul educațional este curățat de două ori pe zi și, când se poate, orele se țin afară. După 18 mai, și elevii între 12 și 16 ani s-au reîntors la școală în aceeași formulă. Germania, Finlanda și Norvegia au preluat modelul (Godin, 2020). Sunt modele care pot fi preluate și trebuie căutate soluții, astfel încât niciun copil să nu rămână în afara sistemului.

O componentă importantă, vitală, este cea a sistemului medical. Pe lângă lipsa echipamentelor necesare și a personalului medical, o altă problemă cu care se confruntă în momentul de față sistemul medical este dotarea spitalelor cu echipamentele necesare, de cea mai mare necesitate fiind prezența ventilatoarelor. Cazul tinerei de 21 de ani din Rucăr⁴ care a murit, fiind plimbată prin mai multe spitale în căutarea unui ventilator, duce la reflectarea asupra unei probleme care trebuie gestionată la nivel județean, regional și național. Datele privind echipamentele de care dispune fiecare spital, paturi de spital ocupate și libere, locurile de la ATI, unde sunt ventilatoare, suport de respirație etc. trebuie colectate, centralizate și înregistrate cu cât mai multă strictețe astfel încât să se știe exact ce spitale sunt dotate, cu ce echipamente, să se știe exact unde să fie transportat bolnavul care are nevoie de anumite îngrijiri speciale. Germania are un sistem foarte bine pus la punct. Există un *site*⁵ care folosește indicatori grafici (buline

⁵ Intensive care register, <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>.

roșii, verzi și galbene) care indică disponibilitatea locurilor la terapie intensivă unde e ventilație non-invazivă („ICU low care = monitoring, non-invasive ventilation (NIV”), locuri cu opțiuni complete de terapie medicală intensivă cu ventilație invazivă („ICU high care = monitoring, invasive ventilation, organ replacement therapy. Complete intensive medical therapy options”) și „ECMO”, o procedură ce implică suport respirator pentru spitalele din fiecare district – cu locația lor și modalitatea de contactare. De asemenea, *site*-ul presupune o rubrică cu hărți cu proporția bolnavilor de Covid-19 raportată la numărul de paturi de spital la nivel de district, numărul de paturi de spital goale de la terapie intensivă etc.

Și alte țări dispun de asemenea registre de informații (de ex. Suedia⁶). Danemarca dispune de o bază de date privind unitățile de terapie intensivă ce include observarea, diagnosticarea, tratamentul și îngrijirea persoanelor cu o potențială cedare reversibilă a mai multor organe. Există trei niveluri de îngrijire: 1, 2 sau 3 în funcție de nivelul staff-ului, echipamentelor și specializărilor medicale⁷.

Este vital ca personalul medical de pe ambulanțe să poată urmări unde pot transporta pacienții care au anumite afecțiuni și au nevoie de proceduri ce implică ventilația sau suport respirator, cât și pentru populație și autorități. Cu alte cuvinte, ar ajuta sistemul, ar ușura foarte mult procedurile și ar duce la o informare cât mai bună în ceea ce privește dotarea spitalelor.

Akunarea informațiilor despre pacienții de la terapie intensivă, date despre tratamentul lor, numărul de echipamente nu sunt lucruri noi. Organizarea registrului de date a început în 1950, „din dorința de a comunica și de a schimba experiențe” (Norlander *et al.*, 1961 *apud* Sten, 2016). Realizarea acestui registru privind terapia intensivă reduce povara gestionării unităților spitalicești și este asociată cu o serie de avantaje: „identificarea țintelor pentru îmbunătățirea managementului, obținerea datelor necesare, analiza acestora” (Sten, 2016).

Realizarea unui astfel de registru și colectarea datelor la nivel național ar fi un instrument util atât pentru cetățeni, cât și pentru medici și autorități și ar ajuta sistemul să facă față solicitărilor.

Pe lângă bazele de date, resursa umană este componenta cea mai importantă. Dacă personalul medical este depășit numeric, sistemul se prăbușește din start. Plecarea multor medici din țară a dus la împușinarea cadrelor medicale și la curențe mari în mediul sanitar. Din datele de la INS din 2018 prelucrate de autor, cei mai puțini medici la mia de locuitori sunt în Ilfov, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Buzău, Suceava (sub un medic la mia de locuitori), județele unde sunt și probleme mari privind creșterea numărului de cazuri de COVID-19 (mai ales Ilfov, Suceava, Dâmbovița). Așa cum arăta un reportaj din februarie 2020, „peste 300 de comune din țară nu au niciun medic de familie și 1414 localități au un număr insuficient de medici de familie”⁸.

⁶ The Swedish Intensive Care Registry, <https://www.icuregswe.org/en/>.

De asemenea, personalul de pe ambulanțe, dispecerii de la 112, infirmiere, asistente medicale, tot ceea ce înseamnă personalul sanitar și nu numai, este insuficient, nemaipunând la socoteală că o parte din cei care sunt deja mobilizați se pot îmbolnăvi, sau sunt deja bolnavi, sunt epuizați sau pot renunța din cauza fricii de a contacta virusul.

Suprasolicitarea sistemului medical care este deja cu lipsuri mari în materie de resurse umane, echipamente, paturi de spital va duce la o colapsare a întregului sistem, fapt ce va duce la și mai multe decese, nu numai ale celor bolnavi de Covid, ci și ale celor cu boli cronice.

Dincolo de resursa umană, resursele societale și comunitare au o capacitate adaptativă și de transformare care pot ajuta sistemul să se reechilibreze și să se adapteze. Totul ține de modul în care omul gestionează aceste resurse pentru a ajuta la o adaptare a sistemului și de a le folosi pentru a servi nevoilor societății.

Toate aceste lucruri contează când ai de-a face cu un „inamic” despre care nu știi mare lucru, căruia nu poți să-i prevezi evoluția și gravitatea.

5. GRUPURILE VULNERABILE ȘI FACTORII DE RISC

O criză, indiferent cât de intensă ar fi și oricât de mult ar ține, poate fi gestionată ținând cont de resursele existente, dar și prin îmbunătățirea acestora pentru o adaptare la noile provocări. În primul rând, colectarea datelor privind persoanele vulnerabile care au nevoie de îngrijire și atenție reprezintă un deziderat pentru gestionarea situațiilor care ar putea surveni. Pe de altă parte, este nevoie ca sistemul să fie adaptat la noile situații prin îmbunătățirea managementului și preluarea unor modele care ar putea ajuta pe termen lung.

Persoanele vulnerabile cu un risc mai mare de infectare și cu o probabilitate mai mare de a deceda dacă iau virusul sunt, așa cum au fost desemnate de către Organizația Mondială a Sănătății, persoanele peste 60 de ani sau cele care au probleme de sănătate ca boli de inimă sau plămâni, diabet și alte boli care afectează sistemul imunitar⁹.

Așa cum s-a dovedit și în celelalte cazuri de îmbolnăvire cu SARS și MERS, vârstnicii sunt cei mai vulnerabili la focare de infecție, menționează OMS. Așa cum subliniază aceeași organizație, persoanele cu vârsta de peste 60 de ani ar putea avea o rată de deces mult mai mare decât media, în jur de 2,3 %, cu un studiu în China care a arătat o rată de deces până la 15 % la cei peste 80 de ani¹⁰.

Datele de la INS arată că ponderea persoanelor peste 60 de ani a crescut de la an la an. Potrivit INS, dacă în 2003 erau 4 193 521 persoane peste 60 de ani, în 2010 erau 4 513 753 persoane peste 60 de ani și în 2019 erau 4 936 655 persoane peste 60 de ani, cu 422 902 mai multe persoane ca în 2010. În mediul rural, în anul 2019, erau 2 370 521 persoane de peste 60 de ani în mediul rural, 12 % din total populație. Persoanele de peste 60 de ani cu diferite afecțiuni sunt cele mai

predispuse de a face forme mai grave dacă se infectează cu virusul COVID-19. Acestea sunt și mai expuse dacă stau în casă cu mai multe persoane din diferite generații. În acest sens, cultura fiecărui popor influențează și modul de expunere la riscul infectării cu COVID-19. Avem ca exemplu țările nordice. În cadrul acestor societăți descendenții nu rămân împreună în aceeași gospodărie. Când dețin capitalul necesar, de obicei după 18 ani, tinerii se grăbesc să părăsească locuința părinților și să se mute separat, astfel că nu întâlnim multe familii unde bătrânii să stea la un loc cu tinerii. Fiind și societăți segregate și densitatea fiind destul de mare (un factor destul de important în răspândirea coronavirusului), țările nordice pot gestiona mult mai bine aceste situații (Suedia nu a recurs la nici o politică de „lockdown”), deși au fost destul de multe persoane infectate (peste 100 000) și decedați (peste 5 000) până în luna octombrie 2020, conform Worldmeters info¹¹.

În România, mai ales în mediul rural sunt familii extinse – membrii familiei stau laolaltă, chiar mai mult de două generații, astfel că expunerea la risc e mai mare, mai ales pentru persoanele vârstnice, vulnerabile. Ar trebui să se ia în calcul și această componentă în gestionarea răspândirii coronavirusului.

Pericolul e și mai mare pentru căminele de bătrâni sau de copii unde, din cauza neglijenței personalului, pot apărea focare de infecție, lucru ce ar putea duce chiar la decesul celor expuși unui astfel de risc.

Un segment al populației vulnerabil este cel al persoanelor care au boli cronice. O statistică la nivel local, regional și național a persoanelor care suferă de boli cronice ar fi mai mult decât necesară pentru a avea o evidență și pentru a putea proteja acest segment de populație considerat a fi vulnerabil la infectarea cu virusul COVID-19. Date actualizate nu prea se găsesc. Pe Eurostat, indicatorul care face referire la raportarea indivizilor privind o boală cronică are date doar din 2008¹² și 2014¹³.

În „Raportul Național al Stării de Sănătate a Populației României” sunt evidențiate bolnavii cronici aflați în evidența medicilor de familie. Ultima evidență este din 2018. Pe primul loc la prevalența bolilor cronice apare boala hipertensivă cu 13 296,5 cazuri la sută de mii de locuitori, apoi cardiopatia ischemică cu 6 102,2 la 100 000 de locuitori și diabetul 4 252,5 la 100 000 de locuitori. Analizând profilul sănătății populației, comparativ cu estimările Anchetei de prevalență din 1997, se constată că numărul celor care sufereau de boala hipertensivă a mai scăzut în 2018 cu 438 902 cazuri, numărul celor care sufereau de cardiopatie ischemică a mai scăzut cu 1 639 780 cazuri, în schimb a crescut numărul celor care suferă de diabet, de la 575 000 la 828 051 cazuri¹⁴.

Grupurile vulnerabile sunt cel mai greu de protejat în astfel de situații. Pe perioada stării de urgență, mulți nu și-au putut vizita părinții sau bunicii de teamă să nu le transmită virusul, ceea ce a generat stări de anxietate și frustrări. În aceste situații, comunicarea clară, transparentă despre dinamica fenomenului, găsirea soluțiilor pentru protejarea persoanelor vulnerabile și întărirea încrederii populației

în cei care gestionează criza, în cei care comunică, autorități, inclusiv personalul medical sunt elementele fundamentale pentru a putea trece peste perioadele dificile.

6. COEZIUNEA SOCIALĂ – FACTOR FUNDAMENTAL AL REZILIENȚEI

În urma unui impact major, cum este cel produs de pandemia COVID-19, reziliența înseamnă mai mult decât recuperarea unor resurse economice și sociale, înseamnă o revenire care cuprinde mai multe spectre, de la cel politic, la cel cultural, religios, identitar.

Coeziunea socială, ca factor de întărire a rezilienței societale poate ajuta comunitățile să se refacă pe toate palierele în urma unor crize, indiferent de natura lor.

Jensen (1998 apud Manole, 2012, p.112) menționează că elementele principale ale coeziunii sociale sunt: „întărirea relațiilor sociale, împărtășirea valorilor și existența unui mod comun de interpretare, trăirea unei identități comune și a unui sens al comunității, cât și încredere între membrii comunității”.

Criza COVID-19 va genera transformări pe toate palierele vieții, iar reziliența societală va căpăta tot mai multă importanță, mai ales într-o societate din ce în ce mai fragmentată și polarizată.

Clivajele sociale sunt adâncite și de impactul pandemiei. Criza COVID-19 a dus la polarizarea unor întregi grupuri sociale. Măsurile luate de către autorități au dus la crearea unor disensiuni la nivel social, amplificate și de factorul politic.

Distanțarea fizică, pentru care a fost utilizat în mod eronat în spațiul public conceptul „distanță socială”, reprezintă o măsură implementată de țările afectate de pandemie care nu ar trebui să ducă și la o deteriorare sau chiar rupere a relațiilor sociale. Refacerea liantului comunitar reprezintă un deziderat în recuperarea unor deficiențe structurale și în capacitatea de refacere a comunităților. Abilitatea unui sistem de a se reface ține de coeziune internă, de încredere mutuală, de într-ajutorare și cooperare între membrii comunităților. Aceste valori ar trebui împărtășite și la nivel statal și internațional, mai ales acum, în lupta cu un inamic comun și imprevizibil.

Pentru o întărire a rezilienței societale, solidaritatea, vector de unitate și coeziune socială, se bazează în mare parte pe încredere.

Readaptarea sistemului, dincolo de capacitățile și capacitățile individuale, are în vedere și alte aspecte legate de importanța legăturilor sociale, legăturilor instituționale, norme, reguli reglate în interiorul comunităților, rolul diferitelor instituții și încrederea în instituțiile respective.

Criza COVID-19 arată importanța relației mutuale dintre indivizi și instituții. Încrederea indivizilor în instituții este un ingredient important în ceea ce privește conlucrarea dintre indivizi în vederea respectării măsurilor împotriva răspândirii COVID-19.

Analizând dinamica încrederii instituționale din România, datele din perioada 2010–2014 de pe site-ul World Values Survey⁷ indicau că cea mai mare încredere pe care o aveau românii era cea în Biserică (peste 70 %) și Armată (65,2 %), iar cea mai mică încredere o aveau în partidele politice (11,5 %), Parlament (14,9 %) și în guvern (18,3 %). Datele din Romanian Values Survey din 2018 arătau că încrederea în partidele politice scăzuse ușor, cu aproape două puncte procentuale față de perioada 2010–2014. Încrederea scăzută a românilor în autoritățile statului, în partide politice, Guvern și Parlament, a contribuit în mare parte la nerespectarea de către populație a regulilor impuse de către acestea (distanțarea socială, purtarea conformă a măștii etc.). În acest sens, ar trebui tot mai mult încurajată comunicarea dintre cetățean și instituții.

7. MANAGEMENTUL COMUNICĂRII ÎN GESTIONAREA PANDEMIEI

În orice criză, un element important pentru gestionarea acesteia este comunicarea. Gestionarea crizelor nu înseamnă doar reacție la efectele acestora, ci și prevenție. Populația are nevoie să știe care sunt riscurile în cazul unei crize, cum se poate feri și cum ar putea face față oricăror provocări, de orice natură ar fi. Mai ales în cazul de față, când avem de-a face cu o problemă sanitară, comunicarea pe înțelesul populației, cu termeni clari și cât mai pe înțelesul fiecăruia constituie o premisă importantă pentru gestionarea situației. Când informația este ambiguă, încrederea în cei care propagă mesajul este dificil de menținut.

Așa cum arătau Vaughan și Tinker (2009), „comunicarea trebuie să informeze, să instruiască și să motiveze un comportament de auto-protejare pentru toți cetățenii, să actualizeze informațiile despre risc, să creeze un climat de încredere și să risipească zvonurile”. Așa cum subliniau autorii de mai sus, „procesele de comunicare pot pregăti cetățenii să se adapteze schimbărilor și incertitudinilor din timpul unei pandemii, pot educa personalul din sănătatea publică despre vulnerabilitățile și resursele existente care afectează riscul infectării anumitor populații, creează dialog între persoanele potențial afectate și managerii de risc, încurajând un mediu de încredere reciprocă” (Vaughan și Tinker, 2009).

Pentru a reduce posibilele consecințe negative, un factor important este cooperarea între instituții, între autorități, dar și stabilirea unei punți de comunicare cu autoritățile locale pentru a avea cât mai multe informații la zi despre ceea ce se întâmplă la nivelul fiecărei localități. De asemenea, este nevoie de o comunicare cât mai bună între liderii politici și specialiștii din sănătate pentru a gestiona pandemia. Profesorul David Heymann de la London School of Hygiene and Tropical Medicine menționa că acolo unde “liderii de sănătate publică și liderii politici au avut dificultăți în a comunica, virusul s-a răspândit”¹⁸. El dădea

⁷ World Values Survey, Online Data Analysis, <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>.

exemplul Statelor Unite, unde președintele Trump nu ajunge la niciun consens cu doctorul Anthony Fauci și unde se înregistrează o creștere din ce în ce mai mare a cazurilor de infecție cu COVID-19, potrivit și John Hopkins Institute (până pe 10 august 2020 erau 5 094 565 cazuri de infectări cu COVID-19).

Dar și folosirea epidemiei ca „armă” electorală este o greșeală care poate duce la pierderea încrederii populației în instituții și în autorități. În momentul în care criza sanitară este „politizată”, combaterea pandemiei este compromisă. Cetățenii nu vor avea încredere în măsurile luate de autorități, ceea ce va duce la împiedicarea comunicării între autorități, specialiștii din sănătate și cetățeni.

Încrederea este factorul crucial pentru gestionarea unei epidemii, mai ales când vorbim de comunicarea informațiilor. Așa cum arătau Vaughan și Tinker (2009), încrederea se poate eroda. Mass media poate interveni, prezentând mesaje contradictorii de la diferiți experți. De asemenea, „agențiile guvernamentale nu vorbesc toate pe aceeași voce” (Vaughan și Tinker, 2009, p. 326). Autorii de mai sus dau anumite sfaturi în ceea ce privește comunicarea și menținerea încrederii populației în cazul unei pandemii care implică afecțiuni respiratorii. În cazul nostru e mai problematic, mai ales că este vorba de un virus necunoscut, de care experții nu știau mai nimic când a apărut. Vaughan și Tinker (2009) arată că, pentru a menține încrederea, oficialii din sănătatea publică vor trebui să justifice acțiunile prin mesaje clare, explicând eventualele erori din comunicările anterioare. Pentru anumite persoane vulnerabile, nesiguranța și incertitudinile din primele etape ale comunicării îi pot descuraja și îi pot face să nu se mai conformeze măsurilor luate, mai ales dacă vorbim de costuri legate de întreruperea activităților zilnice, riscuri financiare sau sociale. Ar fi necesară o flexibilitate în ceea ce privește comunicarea cu persoanele vulnerabile, de a recâștiga încrederea acestora. În planurile de pregătire pentru riscuri se anticipează o recâștigare a încrederii de către populație prin campanii și interacțiuni repetate cu populația, explicând posibilele riscuri în cazul unor dezastre, explozii, epidemii etc. Această încredere trebuie păstrată prin interacțiuni și comunicare cu populația, mai ales cu grupurile vulnerabile pe toată perioada pandemiei.

Răspunsul fiecărui cetățean ține de factori socioeconomi, culturali, psihologici, sociali, de aceea există și diferențe de înțelegere a riscurilor și de a răspunde la ele în mod adecvat chiar și de la o țară la alta. Mai ales factorii socioeconomi (gradul de sărăcie, nivelul de trai, suprapopularea, starea precară de sănătate etc.) pot afecta receptivitatea populației la mesaje și recomandări. Strategiile de comunicare ar trebui să ia în calcul aceste caracteristici când se adresează populației. Unele recomandări acționează ca bariere în calea acțiunii, exacerbând emoțiile negative, fricile. De aceea, cei care cred că traiul le-ar fi amenințat sau că nu ar deține controlul asupra situațiilor ar fi mai sceptici cu privire la recomandările date de oficialități. În acest scop, oficialitățile ar trebui să găsească soluții pentru a comunica oamenilor clar și concis, transparent care sunt

opțiunile, punând accentul pe emoțiile pozitive, pe încredere, înlăturând tensiunile și fricile.

Așa cum subliniază Vaughan și Tinker (2009), un consens în literatura de specialitate și printre practicienii cu experiență este că strategiile de comunicare sunt cele mai utile când sunt deschise și transparente în abordarea preocupărilor și priorităților vizate de populație. De aceea, strategii comunicării trebuie să înțeleagă nevoile și temerile populației, pentru a veni în întâmpinarea lor și a pentru a-și ajusta mesajele astfel încât să fie eficiente și să ajute la contracararea răspândirii virusului.

8. CONCLUZII

Articolul pune în evidență modalitatea de gestionare a resurselor comunitare și societale, necesitatea folosirii și colectării datelor statistice pentru detectarea stării de reziliență, accentuarea importanței coeziunii și solidarității sociale ca factori de întărire a rezilienței și îmbunătățirea strategiilor de comunicare.

Interconectarea instituțională, cooperarea între subsisteme și impactul deciziilor asupra comunității și individului sunt elementele-cheie în creionarea strategiilor privind managementul crizelor.

Șocul produs de pandemie va fi de durată și va afecta toate palierele societății, astfel încât este imposibil de abordat din perspectiva unei simple adaptări a sistemului.

Pentru a veni cu soluții posibile de intervenție la nivel comunitar și societal, ar fi nevoie de o gestionare cât mai bună a resurselor existente, fapt ce ar duce la o îmbunătățire a managementului, dar și la o întărire a încrederii interpersonale și interinstituționale, deziderate pentru o mai bună refacere a resorturilor comunitare. Acestea ar trebui suplimentate și ajutate și de alte elemente pentru a îmbunătăți sistemul. Lecțiile de bune practici, ca modele de urmat pentru o utilizare eficientă a resurselor și pentru o mai bună funcționare a sistemului, ar putea fi puse în practică, ținând cont de realitățile existente.

În cazul unei situații de urgență (un dezastru, o calamitate, în cazul nostru, o pandemie), pentru a face o diagnoză cât mai corectă a problemei, sunt necesare o serie de date socio-demografice, ocupaționale, de sănătate, distribuția populației pe vârste și pe sexe etc. Realizarea și gestionarea unor baze de date la nivel teritorial, regional, național ar duce la o îmbunătățire a strategiilor de răspuns în cazul unor situații de criză. Dezvoltarea unui sistem de baze de date la nivelul ministerelor, al guvernului și al instituțiilor de intervenție care să aibă în vedere indicatori la nivelul populației, al sistemului sanitar, educațional la nivel local, pe fiecare comunitate ar fi necesară în vederea creionării unor strategii pentru contracararea unor fenomene de mare amploare cu impact negativ asupra populației.

În orice situație de urgență, mai mult, în cazul în care există o amenințare imprevizibilă, comunicarea este un factor important în managementul riscului. Așa cum spuneau Vaughan și Tinker (2009), „procese de comunicare pot pregăti cetățenii să se adapteze schimbărilor și incertitudinilor din timpul unei pandemii, pot educa personalul din sănătatea publică despre vulnerabilitățile și resursele existente care afectează riscul infectării anumitor populații, creează dialog între persoanele potențial afectate și managerii de risc, încurajând un mediu de încredere reciprocă”. Comunicarea și menținerea încrederii populației în cazul crizei provocate de noul coronavirus sunt elemente importante care ajută sistemul să se refacă pe toate componentele.

BIBLIOGRAFIE

1. Boyd, E. Folke, C. (2011). *Adapting institutions: Governance, complexity and social- ecological resilience*, Cambridge University Press.
2. Buzan, B., Waeber, O., De Wilde, J. (2011). *Securitatea – un nou cadru de analiză*. Cluj- Napoca: CA Publishing.
3. Christiansen, C.F. et al. (2016). The Danish Intensive Care Database. *Clinical Epidemiology*. 2016;8:525–530. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094592/pdf/clep-8-525.pdf>.
4. Cimellaro, Gian Paolo, Reinhorn, Andrei M., Bruneau, Michael. (2006). Quantification of Seismic Resilience. In *Proceedings of the 8th US National Conference on Earthquake Engineering*, 18–22.
5. Cox, Andrew, Prager, Fynnwin, Rose, Adam. (2011). Transportation Security and the Role of Resilience: A Foundation for Operational Metrics. *Transport Policy*. 18 (2): 307– 317.
6. EUROSTAT. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_cd1e&lang=en.
7. EUROSTAT. People reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level (%). https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_st1&lang=en.
8. EUROSTAT, Share of total population having neither a bath, nor a shower in their dwelling- EU-SILC Survey, ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi294/default/table?lang=en
9. Gallagher, J. (2020, 10 August). Coronavirus: Is the world winning the pandemic. fight?. *BBC News*. Disponibil la: https://www.bbc.com/news/health-53694982?fbclid=IwAR33FchL3hbYCHI2cGhiyz-vcgCyJwJyaYk6_fdiDeJ7MC_y9vtaBGfGUtM.
10. Giovanni, E et al. (2020). Time for transformative resilience: the COVID-19 emergency. *JRC Science for Policy Report*. Disponibil la: https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC120489/resilience_coronavirus_final.pdf.
11. Ghiasim, A. (2020, 29 Iulie). Tânără de 21 de ani din Rucăr, răpusă de COVID-19 la o săptămână după ce și-a îngropat mama, și ea ucisă de boală, Publicat pe 29.07.2020. Disponibil la: <https://observatornews.ro/eveniment/tanara-21-de-ani-din-rucar-rapusa-de-covid19-380820.html>
12. Godin M., „What US can learn from other countries about reopening schools in a coronavirus pandemic”, TIME, July 20, 2020, <https://time.com/5868098/schools-reopening-coronavirus-denmark-south-korea-israel/>
13. INTENSIVE CARE REGISTER, <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>

14. INS, TEMPO online, POP107A – Populația după domiciliu la 1 ianuarie pe grupe de vârstă și vârste, sexe, medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe, <http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>.
15. Kwok, A. *et al.* (2016). What is 'social resilience'? Perspectives of disaster researchers, emergency management practitioners, and policymakers in New Zealand. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. Vol. 19: 197–211.
16. Manca *et. al* (2017). Building a Scientific Narrative Towards a More Resilient EU Society. JRC Science for Policy Report, European Commission. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
17. Manole, A.M. (2012). Coeziunea socială – o analiză post-criză. *Economie teoretică și aplicată*. Vol. XIX. No. 11(576).p. 111–118.
18. ROMANIAN VALUES SURVEY, <http://www.romanianvalues.ro/>.
19. Sten, W. (2016). Quality Management: The Role of Intensive Care Registries. *ICU Management & Practice*. Volume 16 – Issue 4. Disponibil la: <https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/quality-management-the-role-of-intensive-care-registries>.
20. Șerban, A. (2008). Securitatea societală. Fundamente teoretice. București: Editura Valahia.
21. Șomănescu, C. (2020). „Fața hidoasă a sistemului sanitar: peste 300 de comune nu au nici un medic de familie; alte 1.400 de localități au un număr insuficient”. *Economica. Net*. Disponibil la: https://www.economica.net/deficit-medici-de-familie-localitati-fara-medici-2020_179970.html.
22. THE SWEDISH INTENSIVE CARE REGISTRY, <https://www.icuregswe.org/en/>.
23. Thomas *et al.* (2013). *Social Vulnerability to Disasters*. CRC Press. Taylor and Francis Group.
24. Johnson, J.L., Wiechelt, S.A. (2004). „Introduction to the Special Issue on Resilience”. *Substance Use & Misuse* 39 (5).
25. Vaughan, E., Tinker, T. (2009). Effective Health Risk Communication About Pandemic Influenza for Vulnerable Populations. *Public Health*. 2009 October; 99(Suppl 2): S324–S332. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504362/>
26. WAEVER, O. *et al.* (1993). *Identity, Migration and the New Security Agenda in Europe*. New York: St. Martin's Press.
27. WORLD METER. Sweden coronavirus. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/sweden/>
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2020, 23 Martie). Guidance on COVID-19 for the care of older people and people living in long-term care facilities, other non-acute care facilities and home care. Disponibil la: <file:///C:/Users/Veronica/Downloads/COVID-19-emergency-guidance-ageing-eng.pdf>.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19: Vulnerable and High risk groups. Disponibil la: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/COVID-19/information/high-risk-groups>.
30. WORLD VISION ROMANIA, „Bunăstarea copilului din mediul rural în perioada pandemiei”, https://worldvision.ro/wp-content/uploads/2020/08/Infografice_Raport_Covid_ref.pdf.
31. WORLD VALUES SURVEY DATABASE. Online data analysis, <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSONline.jsp>.

