

Luisa Mondo\*, Raffaella Rusciani\*, Manuela Del Savio°

\*Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3

° Assessorato alla Sanità Regione Piemonte

## Stranieri e Salute

*Scriviamo questo capitolo nel corso di un anno estremamente difficile e nel volume del prossimo anno saremo in grado di dire quanto la pandemia in corso abbia influito sullo stato di salute delle persone immigrate. Così iniziava il nostro contributo dello scorso anno. Proviamo quindi a descrivere com'è andata.*

I numeri della pandemia in Italia sono noti (dall'inizio dell'epidemia, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 4.645.894 casi confermati di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali e 129.909 decessi): quello che faremo in questo capitolo è analizzare e descrivere le differenze di impatto della pandemia da COVID-19 sui cittadini italiani e stranieri.

### 1. Analisi e commento dei dati disponibili

Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità ha valutato l'impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli stranieri diagnosticati in Italia (inclusi i migranti economici, i viaggiatori di breve durata e i rifugiati) che abbiano avuto una positività confermata in laboratorio, nei 5 mesi tra il 20 febbraio e il 19 luglio 2020. L'analisi di 213.180 casi di COVID-19 comprende 15.974 (7,5%) cittadini non italiani e mette in luce come i pazienti non italiani ricevano la diagnosi con circa due settimane di ritardo rispetto agli italiani. Questo ritardo raddoppia, arrivando a quattro settimane, per i migranti provenienti da Paesi con un basso Indice di Sviluppo Umano (*Human Development Index* - HDI). I dati suggeriscono che le infezioni, tra le persone non italiane, essendo diagnosticate in modo meno tempestivo, corrispondano anche ad una fase di malattia più avanzata e con sintomi più gravi. Sempre lo stesso studio, infatti, mostra come i pazienti non italiani abbiano maggiore probabilità di essere ricoverati in ospedale, sempre con differenze più pronunciate in coloro che provengono da Paesi con basso HDI i quali hanno anche fatto registrare un aumento del rischio di morte. In sostanza, il rischio di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e morte aumenta al diminuire dell'HDI del Paese di origine<sup>1</sup>.

Un'indagine della fondazione ISMU (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità) sul contagio da Covid-19 durante la prima ondata (marzo-maggio 2020), svolta su 1.415 cittadini stranieri, mette in luce che ad aver avuto esperienza personale di infezione da COVID-19 è stato il 4,6% degli immigrati coinvolti nel loro studio (considerando anche coloro che lo hanno saputo solo a posteriori), poi un ulteriore 7% di intervistati ritiene di aver superato l'infezione, ma pur avendo presentato sintomi, non ha avuto modo di sottoporsi al test. Prevalle la quota di coloro che hanno dichiarato di non sapere se hanno avuto il COVID-19 (durante i mesi in studio) non avendo avuto sintomi e non avendo avuto possibilità di fare il tampone (64%). Infine, un quarto del campione ha riferito invece di non aver contratto il virus, poiché è stato sottoposto a tampone e ha avuto esito negativo. Le categorie di lavoratori che hanno contratto maggiormente il virus sono state quelle dei socio-sanitari (11,1% con tampone positivo), degli impiegati (7,2%, di cui 2,9% con tampone positivo e 4,3% con test sierologico positivo) e degli addetti alle vendite (6,6% di cui il 6,1% lo ha saputo solo a seguito di test sierologico). Anche se la stragrande maggioranza degli stranieri che hanno partecipato all'indagine non ha avuto necessità di richiedere assistenza, il 17% ha chiesto aiuto al proprio medico di famiglia, mentre l'8% ha scelto di rivolgersi al numero di telefono istituzionale dedicato. Per cercare informazioni il 78% del campione ha consultato tv, giornali, radio e siti internet italiani (inclusi i social media) e il 60% mezzi di informazione stranieri; consistente anche lo scambio più informale di conoscenze tra familiari e amici (54%). Tra i lavoratori migranti che risultavano occupati prima della pandemia (82% delle persone coinvolte nell'indagine), il 26,6% ha dovuto sospendere completamente la propria attività, il

<sup>1</sup><https://academic.oup.com/eurpub/article/31/1/37/6070147?guestAccessKey=10f82ce4-429d-4351-a159-97f1e437931e>

7,5% l'ha dovuta ridurre. Come prevedibile, le categorie di lavoratori maggiormente penalizzate dal blocco delle attività sono state quelle connesse agli esercizi commerciali quali gli addetti alle vendite e ai servizi, che, nella maggioranza dei casi (53%), hanno dovuto sospendere l'attività, seguiti dagli addetti alla ristorazione/alberghi (49%) e dai lavoratori del settore artigiano (34%). L'impatto sul reddito è stato rilevante: oltre la metà ha dichiarato che il livello di reddito mensile è stato inferiore rispetto al periodo precedente alla pandemia, soprattutto tra gli addetti alle vendite e servizi e tra gli addetti alla ristorazione/alberghi (per il 44% invece è rimasto invariato). Un intervistato su quattro ha potuto utilizzare la cassa integrazione, in particolare si tratta di chi lavorava nel settore ristorazione e alberghi (37%), di lavoratrici nell'ambito dei servizi alle famiglie (32%) e dagli addetti alle pulizie (30%). Il bonus per i lavoratori autonomi ha aiutato l'8% del campione; un intervistato su tre (compresi i non attivi sul lavoro) ha chiesto aiuto a enti di volontariato e altri soggetti esterni alla famiglia. Purtroppo il 15% del campione ha dichiarato di aver ridotto o interrotto l'invio di denaro a familiari nel paese di origine<sup>2</sup>.

Da un'altra ricerca ISMU, analizzando la provenienza della popolazione non italiana che è stata contagiata nel corso della prima ondata, nel 5,1% dei casi positivi notificati sono state pesate le principali dieci nazionalità per numero di casi di Covid-19 in Italia, suddivise in tre sottogruppi per Indice di sviluppo umano del paese di provenienza. Tra i paesi con HDI alto, solo la Romania ha superato i 100 casi accertati trovandosi al primo posto con 1.046 diagnosi, coerentemente con il primo posto anche per numero di residenti in Italia, nel caso di HDI medio si sono registrati più contagi fra i cittadini di Perù, Albania, Ecuador, Marocco, Ucraina, Egitto, Moldova e Filippine; per HDI basso si sono registrati più casi in pazienti provenienti da India, Bangladesh, Nigeria e Pakistan. Per questi tredici Paesi con più di cento casi di Covid-19 notificati all'ISS è possibile calcolare i tassi di contagio rapportando i rispettivi numeri di contagiati ai più recenti dati Istat sulle popolazioni residenti in Italia: ecuadoriani e peruviani mostrano i valori più elevati di tassi di contagio da Covid-19, rispettivamente pari al 4,2 per mille e perfino all'8,1 per mille delle proprie popolazioni, mentre tutti gli altri gruppi nazionali oscillano in un *range* molto più limitato e più basso compreso tra l'1,8 per mille dell'Egitto e lo 0,7 per mille del Marocco. I cinesi sono invece risultati protetti, forse perché l'epidemia è partita dalla Cina e, proprio dai loro connazionali in patria, hanno avuto importanti e fondamentali indicazioni su dispositivi di protezione individuale, distanziamento e altri comportamenti da adottare<sup>3</sup>.

Sempre ISMU ha condotto un'inchiesta su cittadini maggiorenni stranieri o con origine straniera provenienti da Paesi a forte pressione migratoria e presenti nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona (quelle più colpite, dove l'epidemia ha fatto più vittime e più paura). Complessivamente sono state condotte 1.415 interviste – anonime – nell'arco di sei settimane, tra settembre e ottobre 2020. Dall'analisi delle risposte è emerso che il diffondersi della pandemia ha avuto un impatto importante sulla salute della popolazione straniera: il 43% ha dichiarato di aver presentato problemi di ansia e stress, attacchi di panico e disturbi del sonno; il 24% ha visto l'insorgere o l'acuirsi di depressione. Purtroppo il 9,4% rileva l'insorgenza o l'aumento di forti conflitti in famiglia o di relazioni difficili, il 7,3% dichiara di non essersi potuto curare adeguatamente a seguito di cancellazione di visite o interventi; un terzo riferisce di non aver notato cambiamenti in meglio o in peggio, il 6,3% coglie aspetti positivi quali la riduzione dello stress, il rallentamento dei ritmi e l'aver più tempo per sé. Il più forte motivo di preoccupazione, non è tanto quello di ammalarsi (70%) o di morire (51%) quanto quello che si ammalino i propri cari in Italia o all'estero (83%). Preoccupano molto anche l'incertezza economica (78%), lavorativa (61%), l'incertezza sul futuro (79%) e l'aumento di episodi di violenza domestica (20%)<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup><https://www.ismu.org/immigrati-e-pandemia-contagi-e-impatto-sul-lavoro-durante-il-primi-lockdown-comunicato-stampa-31-3-2021/>

<sup>3</sup><https://www.ismu.org/i-tassi-di-affezione-da-covid-19-tra-le-nazionalita-straniere-in-italia/>

<sup>4</sup><https://www.ismu.org/la-pandemia-covid-19-tra-la-popolazione-migrante-e-di-origine-straniera-nelle-province-di-mi-bg-bs-cr/>

Per quanto riguarda la violenza domestica, l'epidemia di COVID-19 e le misure di confinamento seguite hanno sollevato preoccupazioni tra gli specialisti di tutto il mondo: sono aumentati i casi di violenza domestica in ogni Paese poiché il confinamento domiciliare, la convivenza forzata e l'instabilità socio-economica hanno portato a un contatto costante tra autori e vittime, con conseguente aumento della violenza e diminuzione delle denunce<sup>5</sup>. In letteratura infatti era già noto che i momenti in cui si registra un aumento degli episodi di violenza sono le vacanze estive e le festività ossia i periodi in cui la convivenza si fa più stretta. Molti enti ed associazioni hanno predisposto materiale e video multilingue proprio per aiutare le vittime in questo difficile periodo<sup>6 7</sup>.

Un'indagine effettuata dal Tavolo Asilo e Immigrazione e Salute, pubblicata a giugno 2020, relativa a quasi 200 strutture di accoglienza ha rilevato che nel 60% dei casi si è cercata "una soluzione fai da te" in assenza di linee di indirizzo e gestione stabilite a livello istituzionale. In particolare nel 18% dei casi si sono registrate difficoltà nel reperire protocolli standardizzati e istituzionali per la gestione dei casi, nel 16% dei casi assenza di coordinamento con le istituzioni sanitarie, nel 2% difficoltà a identificare strutture per l'isolamento fiduciario, nel 16% difficoltà nell'organizzare gli spazi delle proprie strutture interne. Pur sapendo che i DPI erano strumento di prevenzione fondamentale, nel 12% dei casi si è riscontrato difficoltà nel reperire DPI e tamponi; il 30% dei centri di accoglienza dichiara di avere avuto difficoltà nella gestione delle problematiche relative alle paure, alle incertezze e alle differenze culturali. Solo il 28% del totale ha dichiarato di aver avuto a disposizione locali e strutture fornite dagli enti locali per l'isolamento dei soggetti positivi. Questo impellente stress al quale sono state esposte le strutture di accoglienza ha inevitabilmente ridotto il numero di nuovi ingressi<sup>8</sup>. La successiva indagine del Tavolo Asilo e Immigrazione e Salute (presentata il 25 febbraio 2021) riconferma l'incertezza da parte istituzionale, in ambito nazionale ed in particolare locale, nel dare indicazioni chiare ed univoche, dall'altra il rischio che ciò possa tradursi in ritardi e lacune di tutela anche nel Piano vaccini escludendo, di fatto, una parte fragile della popolazione. In particolare, relativamente alle persone positive al SARS-CoV-2 che non necessitano di ricovero in ospedale, le soluzioni più frequentemente adottate poggiano sulla disponibilità della struttura di riadattare spazi e luoghi per la gestione del caso. Il 45% dei rispondenti dichiara che la persona viene messa in isolamento in una stanza singola con bagno riservato (in un ulteriore 2% di casi in cui la persona rimane all'interno della struttura, non è invece possibile mettere a disposizione il bagno separato). Il 26% dei rispondenti afferma che la soluzione messa in atto dall'ente gestore è stata quella di dedicare alla gestione dei positivi un'altra struttura del proprio circuito. Nel complesso il reperimento di soluzioni da parte dell'ente gestore è dichiarato dal 73% dei rispondenti<sup>9</sup>.

Sempre nell'estate 2020, a fine luglio, sono state pubblicate le "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di Covid-19" redatte dall'INMP. Si tratta di linee guida che si riferiscono a due categorie di soggetti: i migranti inseriti nei sistemi di accoglienza e i soggetti senza fissa dimora o abitanti in insediamenti spontanei o edifici occupati. L'INMP delinea come sia essenziale identificare il profilo di rischio dei diversi contesti dove vengono accolte le persone al fine di mettere in campo strategie che permettano di individuare precocemente i casi sospetti e di prendersene carico.

Il rischio è definito sulla base dell'organizzazione della struttura che accoglie, sulla base della mobilità delle persone che ivi risiedono e sulla base del rischio di malattia complicata da Covid-19 per la popolazione ospitata<sup>10</sup>.

A luglio 2020 sono anche stati resi noti i risultati dell'indagine effettuata dall'INMP nei centri di accoglienza presenti sul territorio italiano, realizzata tra l'11 maggio 2020 e il 12 giugno 2020, sul 75% delle

---

<sup>5</sup>Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsolia M, Sergeantanis TN, Tsitsika A. Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2021 Aug 17:15248380211038690.

<sup>6</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=UC3SWorqRxc>

<sup>7</sup> "In farmacia chiedi la Mascherina 1522". [La frase in codice per denunciare violenza domestica | L'HuffPost \(huffingtonpost.it\)](https://www.huffpost.com/it)

<sup>8</sup> <https://www.simmweb.it/attachments/article/1020/2020.Primo%20dossier%20Covid%2019.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.simmweb.it/attachments/article/1020/2021.Secondo%20dossier%20Covid%2019.pdf>

<sup>10</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2942\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2942_allegato.pdf)

strutture di accoglienza (5.038 sulle 6.837 censite dal Ministero dell'Interno). La partecipazione delle strutture è stata maggiore al Nord rispetto al Centro e al Sud Italia; oltre la metà delle strutture di accoglienza partecipanti sono in Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte e Lazio: nel 74,4% si tratta di strutture CAS e per il 24% di centri SIPROIMI. Le cittadinanze più rappresentate sono state Nigeria, Pakistan, Gambia e Bangladesh. La quasi totalità delle strutture (98,2%) ha dichiarato di possedere un quantitativo sufficiente di dispositivi di protezione individuale. I casi sospetti sono stati 572 distribuiti in 169 strutture: quelle con almeno un caso sospetto erano concentrate per oltre l'80% al Nord. Nel complesso sono stati notificati all'ASL 512 casi; di questi 309 (oltre la metà) sono rimasti presso la struttura di accoglienza, i rimanenti 203 (39,6%) sono stati inviati in una struttura esterna.

I casi confermati sono stati 239 e, in linea con la distribuzione geografica dei rispondenti, quasi la metà delle strutture con almeno un caso confermato si trovava al Nord (in particolare in Lombardia e Piemonte). I soggetti confermati, nel 60% dei casi, avevano un'età inferiore ai 30 anni ed erano prevalentemente uomini; tutti sono stati notificati all'ASL e l'isolamento è avvenuto per il 54,1% in una stanza singola con servizi privati, mentre il 23% in una stanza con altri positivi e l'8,2% in una stanza singola ma con servizi condivisi. Hanno avuto bisogno di ricovero ospedaliero 62 soggetti risultati positivi di cui 2 in terapia intensiva. Il 56,5% presentava febbre superiore a 37,5°C, il 29% mal di testa, mialgia e artralgia, il 24,2% sintomi di affaticamento e dispnea, il 14,5% tosse secca. I sintomi erano meno frequentemente riportati, invece, dai casi non ricoverati. Non si sono registrati decessi nonostante il 6,3% dei casi confermati presentasse patologie croniche concomitanti. Il sovraffollamento si è confermato un importante fattore di rischio per la trasmissione dell'infezione<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda la scuola, al momento, le principali revisioni di letteratura, suggeriscono che la popolazione pediatrica sia meno colpita dall'infezione da SARS-CoV-2 ed abbia, in ogni caso, minor rischio di sviluppare una forma grave della malattia. Inoltre, dai tracciamenti appare più probabile che all'interno dei nuclei famigliari siano i genitori a infettare i figli.

L'osservazione di un'associazione tra apertura/chiusura delle scuole e aumento/riduzione dei contagi, infatti, non indica di per sé un rapporto di causalità tra i due fenomeni, che è molto complesso da dimostrare, giacché le decisioni sulle scuole sono state prese spesso in concomitanza con quelle di altri settori. La chiusura delle scuole e la didattica a distanza hanno avuto un impatto negativo sull'apprendimento, sulla socialità dei ragazzi e sul loro stato di salute psicofisica (ansia, stress, aumento degli episodi di autolesionismo, sedentarietà, alimentazione sregolata, disturbi del sonno).

Il rischio di positività al virus SARS-CoV-2 nei bambini è sostanzialmente più elevato nelle scuole con un numero maggiore di bambini provenienti da contesti socialmente più disagiati così come gli impatti negativi su apprendimento, salute mentale e fisica sono stati più intensi e frequenti tra i figli delle famiglie più svantaggiate a causa della minor disponibilità di risorse materiali, cognitive e di supporto per l'adempimento della didattica a distanza, per la maggior prevalenza di condizioni abitative disagiate (e la minor disponibilità di spazi per la pratica di attività fisica), per la maggior esposizione (e predisposizione) già prima della pandemia a stili di vita insalubri e per il maggior rischio genitoriale di sperimentare le condizioni di disoccupazione e povertà materiali innescate dalla chiusura delle attività produttive e commerciali. Pertanto l'Associazione Italiana di Epidemiologia ritiene che la promozione della scuola in presenza debba essere considerata una priorità assoluta per il benessere di bambini e adolescenti e della società italiana in generale; per facilitare il mantenimento della continuità scolastica è necessario che i tassi di infezione rimangano bassi nella comunità e che quindi la riapertura delle scuole sia il più sicura possibile; che sia fondamentale continuare a monitorare l'andamento dell'epidemia e che, per ridurre l'impatto, il ritorno a scuola significhi ripresa dell'attività didattica, ma anche la partecipazione a un modello educativo organico che promuova la salute e che le disuguaglianze debbano essere obiettivo prioritario della prevenzione, della promozione alla salute e delle policy scolastiche<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup>[https://www.inmp.it/pubblicazioni/Indagine\\_COVID-19\\_strutture\\_accoglienza.pdf](https://www.inmp.it/pubblicazioni/Indagine_COVID-19_strutture_accoglienza.pdf)

<sup>12</sup> <https://epiprev.it/attualita/limpatto-della-pandemia-di-covid-19-su-bambini-e-adolescenti?fbclid=IwAR3kDOM-AkNh-Brk5pNgcyoS65spAjMWMkERBEkaMEL-ESNmcl061zobqms>

## 2. La prevenzione

L'OMS ha prodotto un documento di sintesi delle buone norme da adottare per il contrasto dell'epidemia, con particolare attenzione ai rifugiati e ai migranti. Per redigerlo ha realizzato 28.853 interviste a migranti e rifugiati, sintetizzate all'interno di una *survey*. Il questionario è stato somministrato in 37 lingue diverse; le domande poste, oltre ad indagare a fini statistici le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti, si focalizzano sul livello di comprensione percepita da parte dei soggetti della pandemia, sulle misure da loro adottate, sull'impatto che queste hanno avuto nella loro vita quotidiana, con particolare riferimento all'accesso alle cure e allo stato psicologico. Il campione era rappresentato soprattutto da individui appartenenti alle fasce di età comprese tra i 25 e i 44 anni; la maggior parte degli intervistati vive in un paese ad alto sviluppo e proviene da paesi a basso/intermedio sviluppo. Nello studio i ricercatori sono riusciti a includere anche i soggetti senza documenti e i senza fissa dimora. Il 12% degli intervistati dichiara di aver sofferto di sintomi che potevano essere riconducibili all'infezione da Covid-19; allo stesso modo, però, il 34,6% dichiara di non aver richiesto assistenza sanitaria perché impossibilitato a pagare per la prestazione richiesta (mancanza di iscrizione al sistema sanitario e/o la disponibilità di un'assicurazione sanitaria) e il 21,9% per paura di essere segnalato all'autorità, barriera linguistica (malgrado oltre la metà degli intervistati abbia dichiarato di avere un alto livello di istruzione e solo il 4% risulti non scolarizzato), paura di essere infettati accedendo a strutture di assistenza sanitaria, mancata informazione sulla tipologia di strutture a cui rivolgersi. Le misure quali il lavaggio delle mani, l'utilizzo delle mascherine e il distanziamento fisico sono state ampiamente rispettate dagli intervistati, i quali hanno sottolineato criticità come l'impossibilità di non utilizzare i mezzi pubblici per i propri spostamenti e di restare a casa a causa delle loro condizioni abitative spesso precarie. Il 76% degli intervistati dichiara di essere venuto a conoscenza delle misure da adottare tramite le informazioni provenienti dal paese dove risiedevano e solo un 2% dichiara di non aver ricevuto alcuna informazione. Il 50% degli intervistati ha dichiarato di aver sofferto di depressione, ansia e sentimenti di solitudine durante soprattutto il periodo del *lockdown* più rigido. L'OMS raccomanda che l'informazione sia fornita avendo cura di utilizzare registri e mezzi comprensibili ai soggetti di nazionalità diversa: la comunicazione deve passare attraverso la rete, volantini, call center, specifiche figure professionali<sup>13</sup>.

È importante sottolineare che la pandemia di COVID-19 ha spinto alcuni paesi ad adottare misure per ridurre ulteriormente i movimenti di popolazione che interessano i corridoi umanitari in tutto il mondo. Allo stesso tempo, però, potrebbero esserci stati casi di respingimento con richiedenti asilo rimpatriati nei loro paesi di origine, dove sono a rischio di persecuzione e in apparente violazione del diritto internazionale. Al 29 marzo 2020, l'OMS ha segnalato 146 paesi e territori con casi di COVID-19 da trasmissione locale della sindrome respiratoria acuta grave coronavirus, molti dei quali hanno grandi popolazioni di rifugiati. Le poche operazioni di ricerca e soccorso condotte prima dei blocchi a livello nazionale per il COVID-19 hanno portato all'immediata quarantena dei migranti nei centri di accoglienza. Le misure di base per la salute pubblica, come il distanziamento sociale, un'adeguata igiene delle mani e l'autoisolamento, non sono possibili o estremamente difficili da attuare nei campi profughi: occorrono valutazioni del rischio epidemiologico specifiche per determinare l'entità del rischio di introduzione e trasmissione dell'infezione parallelamente a protocolli di gestione dei casi<sup>14</sup>.

Sempre in ambito di prevenzione, sul *Lancet Respiratory Medicine* è stato pubblicato uno studio, condotto alla University College London, che ha voluto valutare l'efficacia dei programmi adottati nel Regno Unito per proteggere i senzatetto durante la pandemia: alloggi con supporto medico e test per Covid-19, dimostrandosi efficaci nel contenimento dei contagi, dei ricoveri ospedalieri e decessi. Si stima che grazie a queste misure siano stati evitati 21.092 casi di infezione, 266 decessi, 1.164 ricoveri ospedalieri e 338 ricoveri in unità di terapia intensiva tra la popolazione senza fissa dimora fino alla fine di maggio 2020<sup>15 16</sup>.

<sup>13</sup>WHO. *ApartTogetherSurvey*.; 2020. <http://apps.who.int/bookorders>

<sup>14</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270965/>

<sup>15</sup>Lewer D, Braithwaite I, Bullock M, et al. [COVID-19 among people experiencing homelessness in England: a modelling study](#). *Lancet Respir Med*. 2020 Sep 23:S2213-2600(20)30396-9. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30396-9. Epub ahead of print. PMID: 32979308; PMCID: PMC7511167

<sup>16</sup>Flook M, Grohmann S, Stagg HR. [Hard to reach: COVID-19 responses and the complexities of homelessness](#). *Lancet Respir Med*. 2020 Sep 23:S2213-2600(20)30446-X. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30446-X. Epub ahead of print. PMID: 32979307; PMCID: PMC7511203

Infine è importante ricordare che fin dall'inizio della pandemia è stato predisposto materiale informativo multilingue, ad esempio i consigli per chi si prende cura degli anziani<sup>17</sup>, i suggerimenti per parlare della pandemia ai bambini<sup>18</sup>, i comportamenti da seguire<sup>19</sup>.

Per quanto riguarda la vaccinazione, la campagna vaccinale in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020. Al 22 settembre 2021, sono state somministrate 83.172.736 (41.658.806 prime dosi e 41.513.930 seconde/uniche dosi) delle 94.910.415 dosi di vaccino finora consegnate<sup>20</sup>. Al 22 settembre, in Italia, la copertura vaccinale per due dosi nella popolazione di età >12 anni è pari a 76,9%. Nelle fasce di età 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+, la percentuale di persone che hanno completato il ciclo vaccinale è superiore al 70% (rispettivamente il 72,3%, 79,1%, 85,3%, 89,5% e 92,5%). Superiore al 60% è invece la copertura vaccinale per le altre fasce di età (30-39: 68,4%; 20-29: 72,7%) ad esclusione della fascia 12-19 la cui copertura vaccinale con due dosi si attesta al 53,3%. In tutte le Regioni/PA la copertura vaccinale della popolazione con età compresa fra i 12 ed i 59 anni è maggiore del 60%, con una variabilità che va dal 63,7% in Sicilia al 75,9% nel Lazio. Fin dall'inizio della campagna vaccinale, molte associazioni e società scientifiche hanno invocato il diritto ad esser sottoposti a vaccino anche per le persone non regolarmente presenti e/o senza fissa dimora. Infatti, la Costituzione italiana riconosce la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e delle comunità pertanto anche lo sviluppo di raccomandazioni su gruppi target a cui offrire la vaccinazione era auspicabile fosse ispirato dai valori e principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione della salute e del benessere, su cui basare la strategia di vaccinazione.

Il sito AIFA dedicato ai vaccini, precisa infatti, alla voce "Chi ha diritto alla vaccinazione?": tutte le persone residenti o comunque presenti sul territorio italiano con o senza permesso di soggiorno o documenti di identità, inclusi i possessori del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europeo Non Iscritto), i detentori del Codice Fiscale numerico o quanti ne sono privi, i possessori di tessera sanitaria scaduta e che rientrano nelle categorie periodicamente aggiornate dal Piano Vaccinale<sup>21</sup>.

Recentemente il Commissario straordinario per l'emergenza Covid, Paolo Figliuolo, ha chiesto a Regioni e Province autonome di allargare l'accesso alla vaccinazione anti Covid-19 per migranti irregolari e altre categorie di persone non iscritte al Servizio Sanitario, nell'ottica di garantire ampio accesso alle somministrazioni del maggior numero di persone presenti sul territorio nazionale, in modo da favorire la vaccinazione anche delle categorie di persone che si trovano in particolari condizioni di disagio o che non risultano al momento censite da tessera sanitaria, anche attraverso un codice alternativo (STP, ENI, ecc.).

Nella lettera si sottolinea inoltre che *in tale ambito, analogamente a quanto già accaduto in alcune realtà, si potranno ricercare sinergie con associazioni e/o organizzazioni giuridicamente e istituzionalmente riconosciute, in grado di supportare proficuamente l'attività di vaccinazione delle persone in situazione di disagio sociale e sanitario.*

### **3 Le risposte**

#### **3.1 il volontariato**

Le associazioni del terzo settore hanno dato un contributo determinante durante la pandemia, anche sapendo rimodulare la loro offerta alla luce delle restrizioni. Se da un lato l'assistenza clinica è stata ridotta o sospesa, dall'altro si è provveduto a confezionare e consegnare pacchi alimentari, ad aiutare a comprendere l'importanza dei sintomi e le misure di cura e prevenzione grazie al prezioso contributo di volontari e di mediatori culturali (anche tramite triage telefonici e/o online per orientare verso visite urgenti o rassicurare a seconda dei casi). Le associazioni si sono attivate per garantire che tutti potessero esser sottoposti a tampone, laddove vi fossero sintomi o storia di contatti stretti con positivi, che vi fosse la segnalazione ai servizi di igiene e che fossero possibili, quarantena, isolamento e cure.

Particolare attenzione è stata posta alle persone senza fissa dimora particolarmente colpite dalle restrizioni dettate dalla pandemia (chiusura di mense, docce, centri di distribuzione abiti, grande senso di isolamento laddove è impossibile stare a casa se la casa non ce l'hai).

---

<sup>17</sup> [https://www.iss.it/documents/20126/0/Badanti\\_Decalogo\\_ITA.pdf/5dbe9e01-2a04-6770-8c3d-293d731d05c7?t=1588176775503](https://www.iss.it/documents/20126/0/Badanti_Decalogo_ITA.pdf/5dbe9e01-2a04-6770-8c3d-293d731d05c7?t=1588176775503)

<sup>18</sup> [Coronavirus: non solo in italiano, i nostri suggerimenti in diverse lingue | Save the Children Italia](#)

<sup>19</sup> [Nuovo Coronavirus: le 10 regole da seguire in tante lingue – Arci](#)

<sup>20</sup> <https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>

<sup>21</sup> <https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-covid-19>

### 3.2 Torino Street Care

Il progetto è scaturito dalla collaborazione di associazioni quali Rainbow for Africa, Camminare Insieme, Amref- CCM (Comitato Collaborazione Medica), World Friends e DanishRefugeeCouncil in collaborazione con l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri (Omceo) di Torino con l'intento di effettuare la sorveglianza epidemiologica dell'infezione da SARS-CoV-2 sulla popolazione più fragile di Torino e dell'area metropolitana. Presso alcuni luoghi individuati dai volontari o su richiesta degli stessi occupanti sono stati effettuati tamponi antigenici, e, in caso di positività, test molecolare, con regolare inserimento dei dati in piattaforma regionale. Sono stati assistiti migranti soli ed interi nuclei familiari, frequentatori di mense e dormitori, persone senza fissa dimora da migranti che tentano di attraversare il confine sui sentieri alpini della val Susa. Durante tale attività sono state eseguite anche prestazioni mediche vere e proprie (medicazioni, somministrazioni di farmaci) e fornite indicazioni per l'iscrizione ai centri ISI, per l'accesso ai consultori familiari o pediatrici, ai servizi di mediazione culturale e via dicendo<sup>22</sup>.

In caso di positività è stato effettuato isolamento fiduciario presso le strutture in cui abitavano alcuni assistiti quando queste venivano ritenute idonee e che potevano garantirlo o in centri messi a disposizione dall'ASL. I volontari hanno instaurato un rapporto di fiducia insistendo sempre sul segreto professionale e ricordando sempre e comunque che vige il divieto di segnalazione, che l'esser inseriti in piattaforma non significava nessun incrocio con i dati relativi alle norme di ingresso e soggiorno.

Dal momento di inizio della distribuzione dei vaccini, il progetto, in accordo con l'Ordine e le associazioni coinvolte, si è messo a disposizione anche come soggetto vaccinatore.

### 4. Conclusioni

Barriere linguistiche, amministrative, legali, culturali e sociali, possono ostacolare il rapido accesso ai servizi sanitari da parte di persone immigrate, specie se non regolarmente presenti, portando probabilmente a una diagnosi ritardata di infezione da SARS-CoV-2, ma anche altre patologie. In questo periodo ancor più che in precedenza, è necessaria una capacità del sistema di rendersi flessibile e accogliente, non giudicante, comunicativamente chiaro ed essenziale. Ricordiamo il ruolo cruciale dei mediatori culturali, presenza che permette al paziente di esprimersi più liberamente, ai sanitari di comprenderli e di riuscire, a loro volta, a spiegarsi.

Infine vorremmo accennare al fatto che da *pandemia* si è passati a parlare di *sindemia* ossia una situazione in cui i diversi esiti associati a diversi fattori sociali non farebbero che riflettere la loro maggior suscettibilità e vulnerabilità, dovuti a maggior prevalenza di malattie croniche e fattori di rischio noti per gli esiti più severi dell'infezione da covid 19. Il concetto di sindemia implica anche la necessità di migliorare la salute generale della popolazione e la cancellazione delle diseguaglianze. La visione sindemica della pandemia ci chiede di ragionare in termini di prevenzione e cura a livello globale, al di là dei confini geopolitici, mettendo in campo evidenze scientifiche, condividendo i risultati degli studi, impegnandosi in una solidarietà globale diffusa<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup><https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/il-progetto-torino-street-care/>

<sup>23</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)