



N.2- Febbraio 2021

DOSSIER COVID 19

Procedure,
condizioni di sicurezza,
criticità nei sistemi di
accoglienza in Italia

**TAVOLO NAZIONALE ASILO
TAVOLO IMMIGRAZIONE E SALUTE**

Il Tavolo Nazionale Asilo è una rete costituitasi da oltre un decennio e composta da 28 da associazioni ed organizzazioni della società civile aventi rilevanza nazionale¹, con competenze ed esperienze specifiche in materia di diritto d'asilo che si impegnano attivamente nella promozione e nella tutela del diritto d'asilo in Italia e nell'Unione Europea.

In particolare il Tavolo Asilo opera al fine di:

- a) promuovere adeguate misure che garantiscano la tutela dei diritti fondamentali e percorsi di tutela, accoglienza ed inclusione sociale dei richiedenti e titolari di protezione;*
- b) promuovere un'evoluzione del diritto nazionale ed europeo in materia di asilo che permetta di rafforzare il livello di effettiva protezione giuridica e sociale garantita ai richiedenti asilo e ai titolari di protezione, dando piena attuazione alle norme costituzionali, alle norme di diritto interno, internazionale ed europeo;*
- c) favorire l'adozione di politiche nazionali, europee o internazionali, che consentano di trovare soluzioni efficaci e durevoli alle problematiche della protezione dei rifugiati.*

Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) si è costituito informalmente a partire dal febbraio 2019, come esigenza percepita da parte di alcune organizzazioni del Terzo Settore già collegate al Tavolo Asilo - che, a vario titolo, erano impegnate sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per migranti e richiedenti asilo - a seguito dell'emanazione dei 'Decreti Sicurezza'.

La nuova rete si è progressivamente allargata alle principali organizzazioni (ONG, Onlus, Associazioni medico-umanitarie etc.) attive a livello nazionale, dando vita ad iniziative di advocacy, con particolare riferimento a lettere/incontri/sollecitazioni indirizzate ai decisori a livello nazionale e regionale; in tali iniziative la dimensione di denuncia circostanziata è stata sempre accompagnata da proposte e da inviti alla collaborazione tra istituzioni e con le Istituzioni.

Nel febbraio 2020 le dieci diverse organizzazioni fondatrici (ASGI, Emergency, Centro Astalli, Intersos, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, MEDU, Medici Senza Frontiere, SIMM e Caritas italiana), hanno approvato una 'Carta d'Intenti' quale strumento condiviso di obiettivi e modalità operative. Al TIS si è poi aggiunta Sanità di Frontiera; sono inoltre presenti, in qualità di componenti esterni permanenti: l'UNHCR, l'OIM e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il TIS si riunisce di norma a cadenza mensile.

¹ Il Tavolo Nazionale Asilo è attualmente composto dalle seguenti organizzazioni: Arci, Caritas Italiana, Centro Astalli, Amnesty International, Save The Children, Oxfam, ActionAid, Acli, CNCA, A Buon Diritto, FCEI, Comunità di S. Egidio, Comunità Papa Giovanni XXIII, Legambiente, Europasilo, Intersos, Asgi, Focus - Casa dei diritti sociali, MSF Italia, MEDU, Emergency, SIMM- Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Senza Confine, CIR, Fondazione Migrantes, Médecins du Monde missione Italia, Avvocato di strada onlus, Refugees Welcome. L'UNHCR è componente esterno permanente del Tavolo Asilo e partecipa a tutte le sue attività senza diritto di voto.

PROCEDURE, CONDIZIONI DI SICUREZZA, CRITICITÀ NEI SISTEMI DI ACCOGLIENZA IN ITALIA

Le reti nazionali di accoglienza del Tavolo Asilo hanno promosso, assieme al Tavolo Immigrazione e Salute, un aggiornamento della rilevazione effettuata fra aprile e maggio 2020, confluita in un dossier presentato pubblicamente a giugno 2020.

L'aggiornamento, concluso nel mese di novembre 2020, con dati riferiti ad ottobre 2020, mira ad aggiornare i dati rilevati in precedenza, riferiti alle fasi iniziali della pandemia nel paese e del *lockdown* deciso per il contenimento della stessa, e a confrontarli con eventuali cambiamenti verificatisi dopo l'alleggerimento delle misure di contenimento dei mesi estivi.

1. Più sistemi di accoglienza rappresentati

Il questionario per il monitoraggio è stato somministrato anche stavolta ai referenti delle strutture di accoglienza afferenti a diversi sistemi: i rispondenti sono stati 179 (16 di meno rispetto alla rilevazione del periodo aprile-maggio 2020).

La ripartizione del campione di rispondenti (Figura 1) è la seguente:

- prevale, con il 60% dei rispondenti, il **sistema di accoglienza** di richiedenti/titolari di protezione internazionale, equamente suddiviso fra Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) (30%) e quelli SIPROIMI (ora SAI), che raggiungono la stessa percentuale incorporando nella categoria quella dei progetti già SIPROIMI esclusivamente riferiti all'accoglienza di minori non accompagnati (MNA);
- seconda categoria più corposa quella dei centri/strutture per **persone senza fissa dimora** (21%)

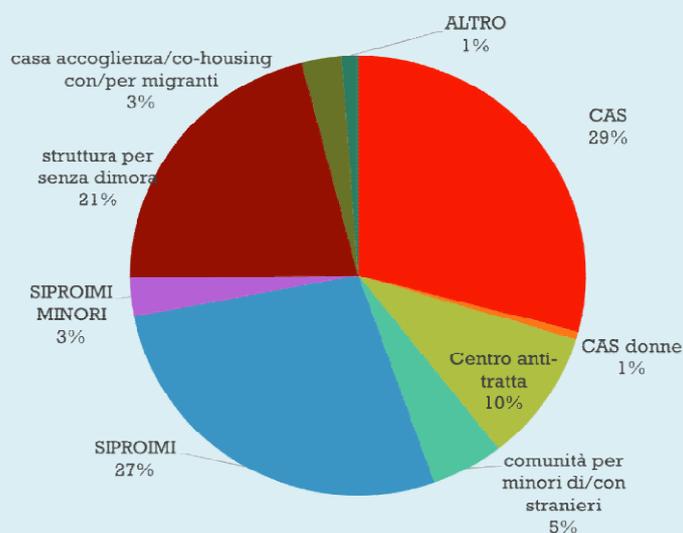
- seguono, nell'ordine: le strutture di accoglienza delle **donne vittime di tratta** (10% dei rispondenti); le comunità per **minori** (5%, che salirebbe all'8% considerando i MNA accolti in progetti SAI) e le case di accoglienza in *co-housing* (3%)

Rispetto alla precedente rilevazione si attesta una maggiore quota di rispondenti afferenti a sistemi altri rispetto a quello dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e dunque una maggiore varietà di sistemi di accoglienza rappresentati: in particolare è aumentata la partecipazione di referenti di strutture per vittime di tratta (dal 8% al 10%); ed è stata inserita ex novo quella degli ospiti di case di accoglienza in *co-housing* (3%). E' invece rimasta stabile la quota dei referenti delle strutture per persone senza fissa dimora, che continua a rappresentare 1/5 del campione.

Il coinvolgimento di tipologie differenti di strutture è avvenuto anche per l'azione di informazione e sensibilizzazione portate avanti dalle organizzazioni promotrici della rilevazione, che nel tempo, presentando in più sedi ed in più occasioni pubbliche gli esiti del primo monitoraggio, hanno potuto diffondere maggiore consapevolezza circa l'importanza di cogliere le criticità e le problematiche peculiari dei differenti sistemi di accoglienza, al fine di sottoporle alle Istituzioni.

Inoltre, non irrilevante è stato il ruolo attivo svolto all'interno del Tavolo tecnico istituito presso il Ministero della salute dalle scriventi organizzazioni, nell'ambito del quale è stato possibile discutere nel dettaglio le previsioni contenute nelle *Indicazioni operative ad interim per la gestione dell'epidemia Covid19 nei centri di accoglienza* (realizzate dall'INMP per conto e su incarico del Ministero stesso). In occasione di suddette riunioni, sono state evidenziate alcune lacune delle *Indicazioni operative*, ovvero la mancanza di previsioni più specifiche che tenessero conto della specificità di alcune categorie di beneficiari in condizione di maggiore vulnerabilità di altri e per sostenere e comprovare i suddetti rilievi si è reso necessario riavviare il monitoraggio tenendo conto di un maggior livello di differenziazione fra i vari sistemi di accoglienza.

Figura 1. Tipologie delle strutture d'accoglienza che hanno risposto al monitoraggio



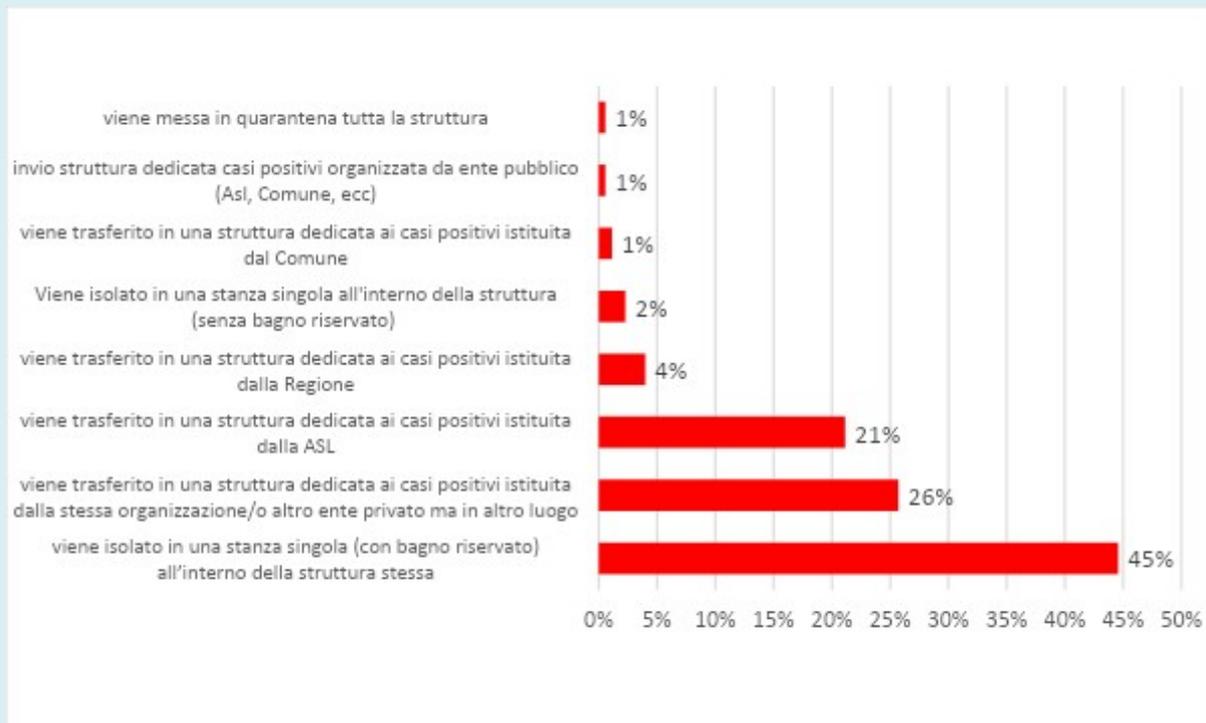
2. Come si gestisce la presenza di persone infette (e quelle sospette tali) nelle strutture di accoglienza

Le risposte fornite evidenziano una maggiore consapevolezza, da parte degli enti gestori, sulle procedure messe in atto dalle istituzioni coinvolte. I mesi trascorsi dalla precedente rilevazione e le iniziative a tal riguardo intraprese anche dalle organizzazioni del terzo settore hanno stimolato le Istituzioni circa la necessità di farsi carico delle problematiche relative alla diffusione del virus nelle strutture di accoglienza; inoltre, alcune delle misure di screening o di prevenzione sono diventate, col passare dei mesi, più accessibili e diffuse, nonché maggiormente coordinate con le autorità sanitarie.

Quello che è emerso dall'aggiornamento della rilevazione è dunque un quadro composito, che tiene conto di molteplici situazioni.

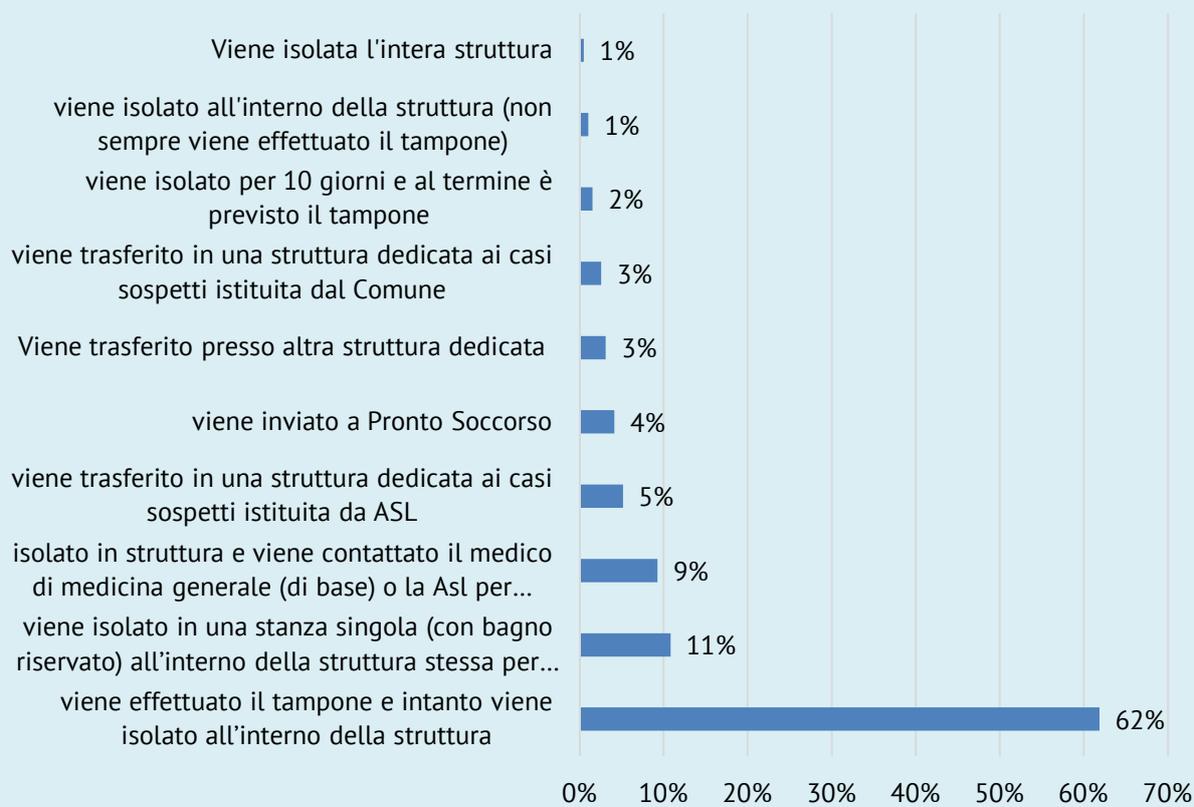
- In particolare, relativamente alle **persone positive al SARS-CoV-2 che non necessitano di ricovero in ospedale (Figura 2)**:
 - le soluzioni più frequentemente adottate poggiano (o meglio, continuano a poggiare) sulla disponibilità della struttura di riadattare spazi e luoghi per la gestione del caso. 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); un significativo 26% dei rispondenti afferma invece che la soluzione messa in atto dall'ente gestore sia stata quella di dedicare alla gestione dei casi positivi un'altra struttura del proprio circuito; in totale, quindi, il reperimento di soluzioni da parte dell'ente gestore è dichiarato dal 73% dei rispondenti;
 - il trasferimento in strutture per positivi allestite dalle autorità sanitarie o dalle Istituzioni pubbliche rimane residuale (27% delle risposte), va comunque registrato che la maggioranza delle suddette strutture per positivi risulta istituita per iniziativa delle autorità sanitarie (21% - mentre era il 9% nella precedente rilevazione), anche se non mancano risposte in cui si evidenzia che la struttura per positivi è istituita dalla Regione (4%), ovvero dal Comune (1%) o da altre - non specificate - istituzioni pubbliche (1%);
 - interessante, anche se davvero marginale, la soluzione riferita dall'1% dei rispondenti in base alla quale, pur con 1 solo caso positivo accertato fra gli ospiti, l'intera struttura viene messa in quarantena.

Figura 2. Procedura prevista nei casi di positività che non necessitano di ricovero in ospedale



- Relativamente alle **persone che abbiano avuto un contatto stretto con una persona positiva o presentino sintomi potenzialmente riconducibili al Covid 19** (Figura 3), emerge che:
 - la prassi prevalente (62% delle risposte) è che alla persona viene effettuato un tampone e viene isolata all'interno della struttura di accoglienza, con la messa a disposizione di un bagno esclusivo; da questa procedura si discostano di poco le risposte che prevedono che comunque la persona viene isolata in una stanza singola in struttura (11%); che viene isolata e si provvede contestualmente ad avvisare il MMG o il Dipartimento di prevenzione (9%); che viene isolata per 10 giorni al termine dei quali viene effettuato il tampone (2%); ovvero che viene isolata anche senza l'effettuazione del tampone (1%);
 - esigue rimangono le risposte che prevedono il trasferimento dei casi sospetti, raggiungendo il 15% del totale, così suddivise: nel 5% dei casi la persona viene trasferita in una struttura per casi sospetti istituita dalla ASL; nel 4% viene direttamente inviata al PS; nel 3% il trasferimento viene effettuato in una struttura per casi sospetti istituita dal Comune e, sempre nel 3% dei casi, la persona viene comunque trasferita in una struttura "altra" dedicata a questa tipologia di casi;
 - rimane, anche in tal caso, presente l'opzione molto residuale (1%) in cui l'intera struttura viene messa in isolamento.

Figura 3. Procedura nei casi in cui un ospite presenti sintomi da COVID-19 o sia stata a contatto stretto con una persona positiva al COVID-19



3. Le tante e diverse procedure per i nuovi ingressi (e i trasferimenti) nelle strutture

Quanto ai nuovi inserimenti (Figura 4), la netta maggioranza delle risposte (59%) prevede che vengano inserite le persone che siano risultate negative al tampone; nell'1% di casi questa procedura prevede una variante "rafforzata" consistente nella doppia esecuzione al tampone: uno ai fini dell'ammissione all'accoglienza e il secondo al termine del periodo di isolamento in struttura apposita finalizzato all'ingresso nella struttura di accoglienza definitiva. Nei casi in cui, evidentemente, l'effettuazione del tampone non è così semplice, si richiede, in alternativa, il referto negativo di un test sierologico (1%), che pare comunque un esame ormai in disuso quasi ovunque.

Ai fini dell'inserimento in struttura, l'alternativa vera all'esito negativo di un tampone risulta l'isolamento preventivo (prima era di 14 gg poi il termine è stato ridotto a 10) della persona asintomatica (16% delle risposte), finalizzato ad autorizzare il suo ingresso nella struttura collettiva. Tale isolamento è solitamente svolto in una struttura/appartamento ponte a ciò dedicato.

Un'altra modalità prevede che la persona asintomatica venga inserita in struttura, ma immediatamente posta in isolamento per 14/10 gg e monitorata quotidianamente nei sintomi (8% delle risposte).

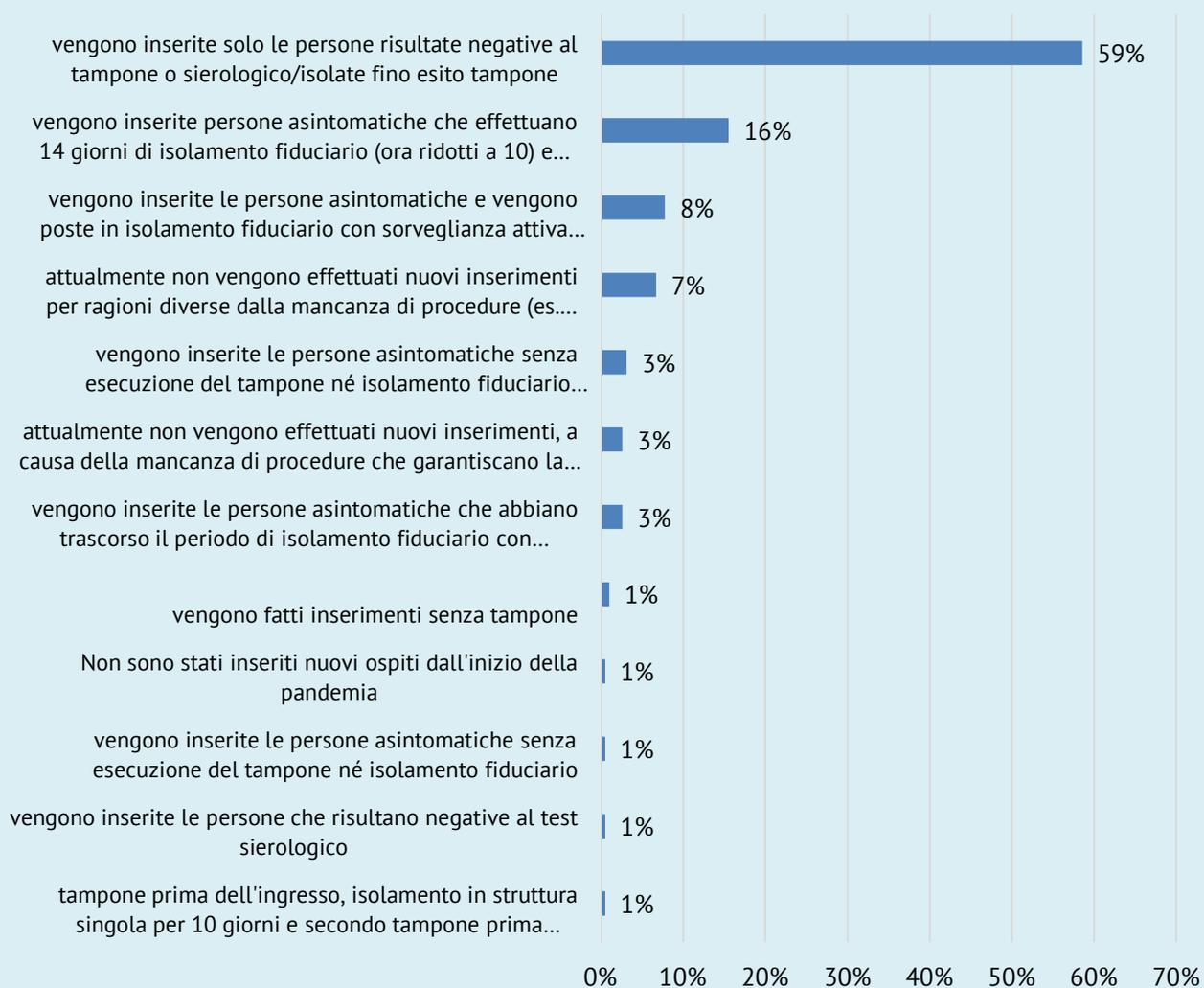
Non mancano situazioni (anche se rappresentano l'1% dei casi) in cui la persona viene comunque inserita senza tampone/test sierologico o isolamento preventivo, sempre che sia asintomatica, ovvero a seguito di una visita medica (viene riferito di un check up ad opera della CRI).

Una risposta ogni 10 attesta come **gli ingressi in accoglienza continuino a rimanere bloccati** (10%), in parte (3%) a causa della mancanza di procedure che garantiscano la sicurezza degli attuali ospiti e degli operatori; ma anche a causa – nel 7% dei casi - dell'assenza di richiesta di inserimento di potenziali ospiti da parte delle relative Istituzioni (SPRAR/SAI/Prefettura/Comune/Numero Verde Antitratta).

Analizzando i nuovi ingressi in relazione alle differenti tipologie di accoglienza le risposte evidenziano una maggiore consapevolezza dei referenti delle strutture SIPROIMI (ora SAI) circa il fatto che i nuovi inserimenti non siano stati sospesi (67%), seguita dai referenti delle strutture per senza dimora che nel 49% dei casi ritengono che i nuovi inserimenti continuino; mentre relativamente ai CAS la continuità degli ingressi è riportata dal 47% dei rispondenti e scende ancora in relazione ad altri sistemi di accoglienza: nelle comunità per minori il 38% dei referenti ritiene che i nuovi inserimenti non siano sospesi e in relazione alle strutture di accoglienza per vittime di tratta la suddetta percentuale scende al 34%.

Questa diversa consapevolezza dei referenti dei sistemi di accoglienza dipende per lo più dalla circostanza che il sistema SIPROIMI ha una struttura di coordinamento, il Servizio Centrale, deputata ad informare, dare indicazioni ai propri progetti territoriali in modo sistematico. Di fatto, a parte i progetti Antitratta, coordinati dal Numero Verde Antitratta e dal Dipartimento per le Pari Opportunità, né per i MNA né per i Centri di accoglienza straordinaria, vi sono analoghe “cabine di regia”, in grado di svolgere una funzione di raccordo costante con i territori e questo si riflette sulla consapevolezza o meno dei referenti dei progetti circa l'adozione di determinate scelte/procedure a livello territoriale. Inoltre si tratta di un sistema basato sul forte coinvolgimento delle istituzioni locali e sulla collaborazione fra questi ed enti gestori nella implementazione dei progetti. Il sistema antitratta, come si diceva, ha organismi di raccordo, ma il ruolo di strategia decisionale e operativa sulle attività dei singoli progetti è meno strutturato e si può supporre che questo influenzi la bassa consapevolezza sui nuovi ingressi da parte dei referenti delle strutture.

Figura 4. Procedure per i nuovi ingressi

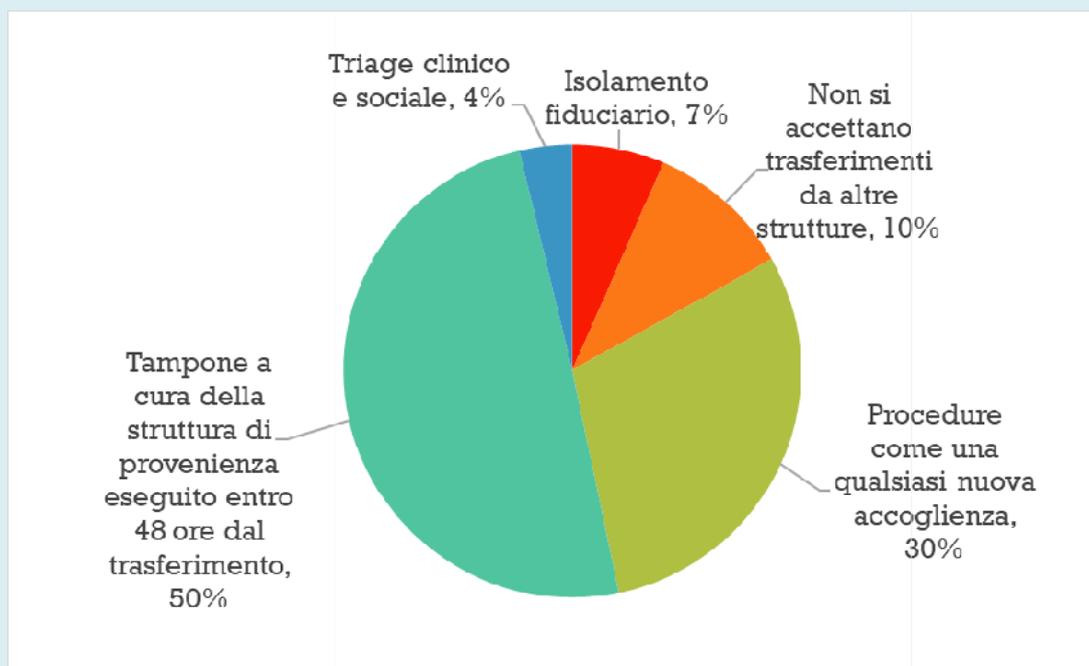


Per quanto riguarda i **trasferimenti da altre strutture (Figura 5)**, la procedura che viene maggiormente seguita (50% delle risposte) prevede che a questi si dia seguito quando vi sia l'esito negativo di un tampone effettuato entro le 48 ore precedenti al trasferimento. Anche in tale batteria di risposte si fa riferimento alle modalità alternative al tampone, consistenti nell'isolamento fiduciario della persona (7%) ovvero nell'effettuazione di un triage clinico-sociale della persona (3%).

Un terzo delle risposte riporta che si osserva semplicemente quanto previsto per ogni nuova accoglienza (vedi punto precedente).

Infine, viene riportato nel 10% delle risposte che non sono previsti trasferimenti, al pari dei nuovi inserimenti ed essenzialmente per le medesime ragioni.

Figura 5. Procedure per i trasferimenti in altre strutture



4. Procedure specifiche per i minorenni

Dalle strutture che hanno risposto alla seconda rilevazione sono emerse indicazioni specifiche sulle procedure adottate nei confronti dei minorenni. Si è trattato di 22 strutture eterogenee fra loro (corrispondenti al 12% del campione), prevalentemente rappresentate da comunità per minori (41%), ma anche da SIPROIMI (27%), CAS (23%), strutture per senza dimora (5%) e per vittime di tratta (5%).

Le domande poste miravano soprattutto a verificare se, ad esempio nel caso dei minori non accompagnati che risultassero positivi o mostrassero dei sintomi, venisse allertato il tutore e richiesto il suo consenso per gli interventi medici da effettuare. Dalle risposte date, nel 15% dei casi questa procedura di legge non risulta seguita.

Il 15% dei referenti ha riportato che in caso di positività o di sintomi il minore viene trasferito in un centro dedicato all'isolamento fiduciario solo per minori.

Estrapolando solo le risposte relative alle strutture istituzionalmente preposte all'accoglienza di minori stranieri non accompagnati (14 sulle 22 totali), emerge che su 536 accoglienze effettuate dall'inizio dell'epidemia, solo 6 minorenni sono risultati positivi al COVID: in 5 casi il minore è stato trasferito in una struttura ad hoc, mentre in 1 caso si è proceduto all'isolamento in una stanza singola del centro di accoglienza. Anche in caso di sospetto contagio, la quasi totalità delle strutture procede all'isolamento del minorenne in attesa dell'esito del tampone. In caso di positività poi, tutti i referenti delle strutture che hanno partecipato al questionario, dichiarano di aver allertato il tutore e richiesto il suo consenso per gli interventi medici da effettuare.

La procedura riguardo ai primi ingressi risulta abbastanza eterogenea: in 5 strutture vengono inseriti solo i minorenni risultati negativi al tampone, in 5 strutture vengono inseriti solo i minorenni che effettuano 14 (ora 10) giorni di isolamento fiduciario, con tampone prima o dopo l'isolamento, in 3 casi vengono inseriti minorenni asintomatici che effettuano un isolamento fiduciario di 14 giorni con sorveglianza attiva all'interno della struttura stessa o in una struttura ponte, in 1 caso vengono inseriti minorenni senza tampone e senza isolamento fiduciario. A Bergamo, Udine e Cividale del Friuli risultano istituite delle strutture ponte dedicate ai minorenni (a Bergamo istituita dal Comune, negli altri casi da privati).

Alla domanda sulla conoscenza di protocolli o linee guida attive nel territorio per la gestione dell'emergenza, in tre casi la risposta è negativa e in altrettanti casi i referenti delle strutture non sapevano dare una risposta. In merito alle criticità rilevate, oltre alla preoccupazione rispetto agli ospiti e agli operatori sociali, emerge l'assenza o la rilevante difficoltà di coordinamento con le istituzioni sanitarie, così come l'assenza di protocolli per la gestione dell'emergenza, denunciate da 7 strutture. Ben 7 strutture su 14 non erano a conoscenza del documento "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19" redatto dall'INMP su mandato del Ministero della Salute e 5 ne erano a conoscenza solo per informazione personale.

5. Le principali criticità riscontrate nelle strutture d'accoglienza: persiste il "fai da te"

A distanza di circa 6 mesi dallo scoppio della pandemia, le criticità, rispetto alla precedente rilevazione, sembrano mutate davvero in minima parte.

Su tutte permangono due rilevanti difficoltà: la prima, in ordine di importanza, rimane quella dei **rapporti con gli operatori e gli ospiti delle strutture**, in termini di difficoltà di gestione delle loro preoccupazioni, delle paure, dei comportamenti da tenere. Si tratta di una criticità riportata dal 26% dei rispondenti, mentre raggiungeva il 30% nella precedente rilevazione.

La seconda principale criticità è quella del **coordinamento con le autorità sanitarie** (20%), che era già emersa durante la prima rilevazione, con una percentuale leggermente inferiore (16%); inoltre, a differenza di quanto riscontrato in occasione del primo monitoraggio, in cui i referenti delle strutture lamentavano la stessa problematicità anche nei confronti di diversi interlocutori istituzionali chiamati a gestire l'emergenza (comuni, regioni, ecc.), in questo secondo monitoraggio è rimarcata specificatamente la difficoltà di raccordo con le istituzioni sanitarie. Se a questa problematica si aggiunge quella dell'**assenza di protocolli, indicazioni, direttive per la gestione di possibili casi** (evidenziata dal

14% del campione), il rapporto con le istituzioni sanitarie si rivela ancora più faticoso, divenendo il tema più critico fra quelli riscontrati nell'implementazione delle misure di prevenzione del Covid 19 nelle strutture di accoglienza.

Le difficoltà di gestione dei casi, in termini di organizzazione di spazi adeguati nelle proprie strutture per la gestione dei casi sospetti o positivi rimane anch'essa non irrilevante, anche se lievemente diminuita (dal 14% al 10%). Molto più sentita, rispetto ai mesi primaverili, è invece **l'assenza di strutture ponte per l'isolamento fiduciario** (lamentata dal 15% dei rispondenti), che allora, anche in considerazione dei pochi casi sospetti o di malattia verificatisi, sembrava un tema critico più in teoria che in concreto (ed era stato evidenziato infatti solo dal 2% del campione).

Non è trascurabile neppure la circostanza che continuano a rimanere sostanzialmente immutate le **difficoltà nel reperimento dei tamponi**, lamentate ancora nel 10% delle risposte. Probabilmente a tale riguardo vi sono delle differenze regionali importanti, tale per cui la criticità potrebbe essere più avvertita laddove vi sia una minore disponibilità e organizzazione per l'effettuazione dei suddetti test. La risposta si può leggere in combinazione con quelle sulle procedure dei casi sospetti/conclamati che evidenziavano che non sempre si ricorre al tampone in queste situazioni e in assenza si procede all'isolamento preventivo/quarantena, ovvero ad effettuare altri tipi di test (come il sierologico).

In conclusione, si può argomentare che alcuni importanti nodi problematici sono rimasti aperti da marzo-aprile, né era scontato pensare che potessero arrivare a uno scioglimento in tempi rapidi, coinvolgendo, quelli più spinosi, delle dinamiche di interazione con soggetti istituzionali spesso imbrigliati in modalità operative poco cooperative o in procedure complesse (si pensi al tema della difficoltà di reperire – sui territori - strutture ponte per la gestione delle quarantene), che finiscono per lasciare agli enti gestori le problematiche relative alla prevenzione, gestione e contenimento del contagio. Questo ha anche comportato in 18 casi, data l'impossibilità di isolare i positivi o di trasferirli altrove (in due casi anche per la difficoltà di far rispettare la quarantena ai positivi), che le **strutture stesse sono state dichiarate "zona rossa"**.

Tale dato sembra confermato anche dalle risposte alle domande relative alla sorveglianza sanitaria: appena poco più della metà del campione (55%) dichiara che la sorveglianza sanitaria è effettuata; mentre il 33% delle risposte riporta che la sorveglianza è effettuata solo in caso di positività degli ospiti e il 10% asserisce invece che non è mai svolta.

Alla richiesta di chi effettui la sorveglianza sanitaria, il 66% dei rispondenti dichiara che la funzione è svolta direttamente dall'ente gestore, il 32%

dall'azienda sanitaria e solo il 2% parla di attività svolta in collaborazione fra ente gestore e azienda sanitaria/medici di base.

6. Le difficoltà strutturali e organizzative nel garantire l'isolamento fiduciario

Rispetto alla precedente rilevazione, le strutture di accoglienza sembrano aver messo in atto delle misure migliorative per rispondere al meglio all'esigenza di garantire l'isolamento fiduciario.

In particolare per i referenti, il distanziamento risulta maggiormente garantito durante i pasti (81%) e negli spazi comuni (79%), mentre risulta un po' più problematico – come già evidenziato in precedenza- nelle stanze in cui gli ospiti dormono (69%) e nell'uso di servizi igienici (65%).

Confrontando l'esito di questa rilevazione con quella precedente, le misure di distanziamento risultano migliorate soprattutto durante i pasti (era il 72%), mentre negli altri ambiti (soprattutto nella condivisione delle stanze e dei bagni) il miglioramento è meno marcato.

Tuttavia, entrando nel dettaglio delle misure adottate, quella che era una delle maggiori criticità nella precedente rilevazione, ovvero il “disporre di spazi adeguati per poter ospitare la persona in una stanza singola con bagno riservato”, verso cui il 47% dei referenti delle strutture dichiarava di non essere attrezzato, è stata solo in parte superata, scendendo al 35%.

Anche la dotazione di DPI in quantità sufficiente, che era garantita dal 72% dei rispondenti ad aprile-maggio, è notevolmente migliorata, attestandosi sul 94%.

Sotto un profilo più organizzativo/funzionale, nei 6 mesi fra la prima e la seconda rilevazione, è aumentata la disponibilità di personale che porta il cibo alle persone isolate (passata dal 69% all'83%). Più critica, ma anch'essa migliorata dalla precedente rilevazione, la disponibilità di adeguati servizi di raccolta dei rifiuti e di servizi per la gestione della biancheria (dal 49% al 65%).

7. L'incidenza dell'infezione nelle strutture

Attraverso questa rilevazione è stato possibile acquisire alcuni dati sui casi di contagio verificatisi nelle strutture di accoglienza (afferenti ai diversi sistemi più volte citati) da marzo al 30 ottobre 2020.

A tal riguardo sono stati riportati 409 casi di positività su 9.754 beneficiari accolti all'interno delle strutture che hanno risposto al questionario, con un'incidenza dunque del 4,2%.

Sui 1.845 operatori delle stesse strutture, l'incidenza dei malati è stata del 5,6% (essendosi registrati 103 casi di Covid 19).

Tabella 1. Casi di positività al Covid nelle strutture di accoglienza (dati al 31.10.2020)

	v.a	Casi Covid+	Incidenza % casi Covid
Persone accolte	9.754	409	4,2%
Operatori	1.845	103	5,6%

Pur nella parzialità del dato (il dato fotografa solo le strutture che hanno aderito alla *survey*), non sembra delinearci una situazione emergenziale ma certamente si tratta di una popolazione da monitorare e da tutelare, in quanto c'è una evidente maggiore difficoltà nella gestione dei casi riportata dalle strutture nei paragrafi precedenti, sia con riguardo agli operatori che agli ospiti.

Gli operatori si sentono, e i dati lo confermano, più esposti al rischio del contagio, dovendo espletare le proprie mansioni per lo più attraverso un'attività sul campo, a contatto con altre persone verso le quali sono chiamati a compiere servizi ed azioni di prossimità. I beneficiari, dal canto loro, sono presi fra la necessità di portare avanti le loro attività, in alcuni casi studio, inserimento professionale o lavoro, e contemporaneamente di tenere dei comportamenti massimamente rispettosi della salute delle altre persone con cui condividano l'ospitalità nella struttura di accoglienza.

Questa era e rimane dunque una sfida da giocare con grande scrupolo e senso di corresponsabilità, verso cui i referenti delle strutture sono chiamati a confrontarsi quotidianamente. In tutto ciò permane preoccupante la solitudine in cui si sono trovate le strutture di accoglienza nella gestione della pandemia per lo scarso coordinamento con le istituzioni di riferimento.

8. Le indicazioni operative: commenti, critiche e suggerimenti

A fine luglio 2020 sono state approvate le “*Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia Covid 19*”, un documento redatto dall'INMP su mandato del Ministero della Salute, di seguito trasmesse, per il tramite del Ministero dell'Interno e dell'Anci, alle Prefetture e ai progetti territoriali di accoglienza.

Alle scriventi organizzazioni è parso subito chiaro che le suddette indicazioni presentassero delle criticità attuative e per tale motivo, all'interno della presente rilevazione, sono state inserite domande che miravano a verificare, attraverso i referenti delle strutture d'accoglienza, il grado di conoscenza ed attuazione delle suddette *Indicazioni operative* e le eventuali criticità.

Interessante notare, a tal riguardo, la “spaccatura” del campione: poco più della metà dei rispondenti afferma di conoscere il documento in quanto trasmesso ufficialmente (27% dei casi) o per informazione personale (26%); il restante 47% è suddiviso a metà fra chi dichiara di non conoscerlo affatto e chi, pur affermando di non conoscere il documento, dichiara di avere comunque ricevuto delle puntuali indicazioni operative. A chi ha affermato di conoscere le *Indicazioni operative* è stato chiesto se queste fossero state applicate ed in tal caso, il 37% ha risposto di sì, il 51% di averlo fatto solo parzialmente; il restante 12% ha dichiarato invece di non averle applicate.

Alla richiesta di commento sulle criticità incontrate nell'applicazione delle Indicazioni operative, i referenti hanno sottolineato:

- le **difficoltà di garantire l'isolamento**, in particolare nella gestione di piccole strutture nelle quali vengono accolti principalmente nuclei familiari o comunque nelle situazioni di convivenza in cui la condivisione degli spazi ridotti rende estremamente difficile applicare, ad es., e misure relative all'uso personale di oggetti;
- l'**assenza di indicazioni specifiche per alcune tipologie di accoglienza** come quella delle vittime di tratta (in tal caso soprattutto per quanto attiene alle strutture di pronto intervento sociale), ovvero per i beneficiari dei corridoi umanitari; e più in generale viene riportato come criticità del documento “l'aver affrontato in modo congiunto situazioni e contesti estremamente diversi”;
- la **mancaza di indicazioni relative ai ruoli, alle responsabilità e alle tempistiche** rispetto alle misure indicate: le procedure dovrebbero costruire reti, protocolli, sistemi integrati di intervento che prevedano la messa a punto di prassi coordinate fra i diversi enti; si sottolinea anche che questo percorso è di difficile implementazione durante un periodo di pandemia ma proprio per questo sarebbe opportuno lavorare sempre in anticipo, prevedendo ipotetiche situazioni di crisi e coinvolgendo in anticipo il privato sociale o comunque le organizzazioni competenti nell'ambito;
- la **difficoltà organizzativa e di raccordo** con altri sistemi delle aziende sanitarie;
- la complicata, se non l'impossibile **attuazione, in contesti sociali spesso privi di servizi** di base e di coordinamento;
- la circostanza che le *Indicazioni operative* siano “interessanti, ma **poco propositive** nei contenuti”, soprattutto in riferimento ai casi in cui non ci siano condizioni oggettive che consentano un intervento migliorativo della situazione dei **senza dimora che vivono in insediamenti informali** (come ad es., la mancanza di strutture per la quarantena dei positivi asintomatici o la scarsa tempestività nell'effettuazione dei tamponi per le persone risultate contatti stretti).

Oltre alle specifiche considerazioni sulle *Indicazioni operative*, rimane piuttosto chiaro, dalle risposte dei referenti, che nel territorio di riferimento **non siano stati attivati luoghi o modalità di concertazione** con gli enti gestori dell'accoglienza per l'adozione di misure di prevenzione/contrasto del contagio (26%), oppure che i referenti non ne siano a conoscenza (19%), il che indica comunque che il coordinamento non è stata una pratica diffusa (le due risposte di segno negativo rappresentano il 45% dei rispondenti).

La modalità prevalente di gestione è consistita nell'adozione/comunicazione di linee guida da parte delle competenti autorità (35%). Solo in casi molto residuali risultano essere stati sottoscritti Protocolli (9%) o, ancor meno, attivati Tavoli di coordinamento (8%).

In sintesi e in conclusione, per quanto il documento diffuso dall'INMP rappresenti un primo passo apprezzabile nella volontà di delineare delle procedure omogenee nella gestione dell'epidemia da COVID-19 nelle strutture di accoglienza, le risposte emerse da questo secondo monitoraggio evidenziano la permanenza di diverse criticità nella gestione dei casi e la difficoltà piuttosto diffusa nell'applicazione delle indicazioni.

A partire da questa rilevazione, *si auspica* che vengano presto affrontati i seguenti nodi rimasti irrisolti:

- prevedere l'**istituzione di tavoli di coordinamento e/o commissioni funzionali temporanei** che possano governare il processo di adozione di quanto stabilito dal punto di vista tecnico e che facilitino la costruzione di reti, lo sviluppo di prassi coordinate tra gli enti coinvolti così come la sottoscrizione di protocolli; la mera trasmissione di linee di indirizzo continua a "lasciare soli" gli enti gestori dei centri e non contribuisce, nella pratica, ad abbattere le difficoltà di coordinamento riscontrate, in particolare, con le istituzioni sanitarie;
- **differenziare le indicazioni tenendo conto dei contesti estremamente diversi** che caratterizzano le varie tipologie di accoglienza, includendo indicazioni specifiche per le diverse strutture che non sono al momento contemplate dalle linee di indirizzo, quali i centri per vittime di tratta o le strutture per persone senza fissa dimora; per le strutture che accolgono minori non accompagnati prevedere delle indicazioni che tengano conto delle previsioni della L. 47/2017 in materia di accoglienza, nomina del tutore e protezione del minore;
- **uniformare le procedure previste per i nuovi ingressi**, a partire dalla circostanza che il ricorso al solo *triage* di valutazione del rischio, non è

da ritenersi idoneo a garantire al meglio la tutela della salute di ospiti e operatori.

9. *Ulteriori raccomandazioni*

Alla luce di quanto evidenziato dal presente dossier, ed in considerazione della attuale fase epidemica e dell'avvio, pur nelle note difficoltà, della campagna vaccinale, ci sembra utile fornire alcune ulteriori raccomandazioni.

- **Identificare**, anche con il supporto delle associazioni ed enti del terzo settore operanti nelle strutture d'accoglienza e/o in insediamenti formali ed informali, **quei soggetti che, per età e condizioni di salute, possano presentare un maggior rischio** di evoluzione verso la forma severa in caso di infezione da SARS-CoV-2, per garantire loro la possibilità di soggiornare in strutture meno affollate e che presentino condizioni abitative in grado di proteggere la loro salute.
- Promuovere **il potenziamento e la creazione di strutture dedicate all'isolamento fiduciario di casi sospetti e di strutture "ponte"** per garantire l'isolamento prudenziale delle persone candidate all'accoglienza. Le prime strutture citate, presenti sul territorio nazionale ma insufficienti, sono essenziali per la corretta gestione dei casi positivi individuati all'interno di quei centri che non hanno le caratteristiche strutturali per garantire l'isolamento al proprio interno; le seconde, praticamente assenti, consentono di facilitare i nuovi inserimenti in strutture d'accoglienza garantendo procedure sicure e uniformi.
- **Valorizzare maggiormente il ricorso al tampone antigenico** alla luce del perdurare, anche in questa seconda rilevazione, della sostanziale difformità nella definizione e applicazione di procedure per la identificazione e gestione di casi e di focolai di infezione. Il tampone antigenico è già stato introdotto da alcuni mesi nell'uso clinico come strumento di supporto alla gestione di contatti di caso e focolai e le recenti indicazioni ministeriali¹ ne formalizzano e validano l'utilizzo ai fini della sorveglianza e della gestione di focolai in contesti chiusi o semichiusi. Rendere questa tipologia di test diffusamente e capillarmente disponibile nelle strutture di accoglienza, supportandone l'utilizzo con chiari protocolli d'uso, adeguate attività di formazione del personale sanitario incaricato e di informazione/educazione sanitaria a beneficio della popolazione ospitata, consentirebbe di superare le attuali difficoltà diagnostiche, di semplificare la gestione dei focolai e di razionalizzare i percorsi di tutela (isolamento, quarantena dei contatti, nuovi ingressi in struttura) ottimizzando le risorse.
-

¹<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78155&parte=1%20&serie=null>

- Includere esplicitamente nel **piano strategico per la vaccinazione anti-Sars-CoV-2** elaborato dal Ministero della Salute, **le persone socialmente fragili** presenti nelle strutture d'accoglienza, in insediamenti formali ed informali, persone senza dimora. Il Piano strategico prevede quattro fasi attraverso le quali si sta sviluppando la campagna vaccinale. La Fase T2 così come attualmente definita include, fra gli altri, *“Persone con comorbilità severa, immunodeficienza e/o fragilità di ogni età; Gruppi sociodemografici a rischio significativamente più elevato di malattia grave”* e la Fase T3 *“carceri e luoghi comunità”*. Alla luce delle difficoltà organizzative già evidenziate nelle strutture di accoglienza, per evitare che difficoltà e disorganizzazione si replichino immutate anche in questo momento cruciale della gestione dell'epidemia, riteniamo necessario:
 - rendere disponibili quanto prima precise **indicazioni sulla modalità di identificazione e inclusione nella fase T2 della campagna delle persone fragili** eventualmente ospiti delle strutture di accoglienza;
 - pianificare **modalità organizzative e procedure di esecuzione della vaccinazione** (ivi inclusa la tipologia di vaccino che verrà utilizzata) a beneficio degli ospiti delle strutture di accoglienza, e degli operatori, quando la Fase T3 prenderà avvio.

Riteniamo infine cruciale che tali indicazioni prevedano **un attivo coinvolgimento delle popolazioni beneficiarie** (sia degli operatori, enti gestori e organizzazioni coinvolte nella gestione delle strutture di accoglienza, che degli utenti stessi e le loro comunità di riferimento) in attività di informazione ed educazione sanitaria, allo scopo di evitare la circolazione di *fake news*, disinformazione e pregiudizi nei confronti delle misure di prevenzione e del vaccino.