

# Impatto del COVID-19 sulle persone immigrate assistite nei servizi territoriali di accoglienza

Impact of COVID-19 on immigrant people assisted in local reception services

Silvia Pilutti<sup>1</sup>, Raffaella Rusciani<sup>2</sup>, Delia Da Mosto<sup>3</sup>, Enea Delfino<sup>1</sup>, Leonardo Mammana<sup>3,4</sup>, Silvia Giaimo<sup>3</sup>, Achille Cernigliaro<sup>5,6</sup>, Teresa Spadea<sup>2</sup> per il GdL "WP4: impatto nei servizi di accoglienza"

<sup>1</sup> Prospettive ricerca socio economica SAS, Torino

<sup>2</sup> Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

<sup>3</sup> Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Bologna

<sup>4</sup> DIBINEM, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, Bologna

<sup>5</sup> Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo

<sup>6</sup> Unità Operativa Complessa di Patologia Clinica, Dipartimento dei Servizi e delle Scienze Radiologiche, Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate, Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, Trapani

**Corrispondenza:** Silvia Pilutti; [silvia.pilutti@prospettivericerca.it](mailto:silvia.pilutti@prospettivericerca.it)

## Riassunto

**Introduzione:** la pandemia di COVID-19 ha avuto effetti importanti sulla salute e sulle condizioni socioeconomiche delle persone. I sistemi di sorveglianza istituzionali non riescono a fornire un'adeguata rappresentazione epidemiologica della pandemia negli stranieri di più recente immigrazione. In Piemonte ed Emilia-Romagna è stato condotto un approfondimento nelle strutture pubbliche e private dedicate all'accoglienza dei migranti.

**Obiettivi:** valutare l'impatto dell'epidemia nella popolazione migrante assistita nei centri territoriali di accoglienza.

**Disegno:** analisi quantitativa basata sui dati raccolti nei centri di accoglienza e analisi di tipo qualitativo che, attraverso 10 *focus group* e 35 interviste a operatori e migranti, ha indagato ricadute della pandemia, meccanismi e spiegazioni.

**Setting e partecipanti:** utenti e operatori dei servizi di accoglienza per migranti nelle città di Torino e Bologna.

**Principali misure di outcome:** analisi quantitativa: accesso ai servizi, prevalenza di patologie, prevalenza di positività al test; analisi qualitativa: diffusione del virus, organizzazione dei servizi, criticità e bisogni percepiti, soluzioni adottate, informazioni ricevute, impatto percepito sulla salute, impatto percepito sui determinanti sociali.

**Risultati:** emerge un quadro variegato. I pochi dati disponibili non mettono in evidenza incidenza e gravità del virus maggiori rispetto alla popolazione italiana, nonostante siano riportati forti elementi di rischio legati alle precarie condizioni abitative e di lavoro. I servizi di accoglienza hanno attuato modalità organizzative più flessibili, con misure di prevenzione efficaci. L'interruzione dei percorsi di cura ha portato al riacutizzarsi di patologie pregresse, ma l'avvicinamento ai servizi per il controllo della pandemia ha anche permesso diagnosi e presa in carico di patologie misconosciute. Incertezza, paura, ritiro sociale e crisi del progetto migratorio hanno aumentato i disturbi mentali.

**Conclusioni:** in questo scenario, è risultata fondamentale e va potenziata la stretta collaborazione tra strutture pubbliche e del terzo settore per superare le barriere d'accesso e rendere i servizi più inclusivi ed equi. È necessario anche sviluppare flussi informativi capaci di monitorare i bisogni di salute di questa popolazione "invisibile".

**Parole chiave:** COVID-19, impatto, migranti, servizi di accoglienza, analisi qualitativa

## Cosa si sapeva già

- Le persone migranti, in particolare se prive di regolari documenti di soggiorno, affrontano maggiori ostacoli all'accesso ai servizi sanitari e possono aver subito maggiori ritardi alla diagnosi e al trattamento del COVID-19.
- Le misure di contenimento della pandemia hanno peggiorato le condizioni socioeconomiche delle persone più fragili e questo può aver reso ancora più vulnerabili gli immigrati di recente arrivo, in condizioni abitative e di lavoro più precarie.

## Cosa si aggiunge di nuovo

- Le persone migranti assistite nei centri di accoglienza non manifestano incidenza e gravità del virus maggiori rispetto alla popolazione italiana, anche grazie a nuove modalità organizzative dei servizi, più flessibili e di stretta collaborazione tra servizi pubblici e del terzo settore, mostratesi efficaci nella gestione della pandemia.
- Si è rilevato un netto peggioramento della salute mentale dei migranti con possibili effetti di lungo periodo sia a causa di condizioni materiali, quali la perdita del lavoro o dei documenti, sia a causa di paura, ritiro sociale e crisi del progetto migratorio.
- Al diffondersi del senso di sfiducia verso le misure preventive ha contribuito una comunicazione poco attenta alla popolazione migrante, cosa che conferma l'importanza di potenziare la mediazione linguistico-culturale per favorire l'accesso a cure e servizi.

## Abstract

**Background:** the COVID-19 pandemic had important effects on people's health and socioeconomic conditions. Health surveillance systems fail to provide an adequate epidemiological profile of the pandemic in the recently immigrated population. In Piedmont and Emilia-Romagna Region (Northern Italy), a study was conducted in the public and private structures dedicated to the reception of migrants,

**Objectives:** to evaluate the impact of the epidemic on the migrant population assisted in local reception centres.

**Design:** quantitative analysis based on data collected in re-

ception centres; qualitative analysis which, through 10 focus groups and 35 interviews with operators and migrants, investigated the consequences of the pandemic, their mechanisms, and their explanations.

**Setting and participants:** users and operators of reception services for migrants in the cities of Turin (Piedmont) and Bologna (Emilia-Romagna).

**Main outcomes measures:** quantitative analysis: access to services, prevalence of diseases, prevalence of test positivity; qualitative analysis: spread of the virus, organization of services, perceived critical issues and needs, solutions adopted, information received, perceived impact on health, perceived impact on social determinants.

**Results:** a varied picture emerges. The few data available do not show a greater incidence and severity of the virus compared to the Italian population, despite strong elements of risk linked to precarious living and working

conditions being reported. Reception services have implemented more flexible organizational methods, with effective prevention measures. The interruption of care pathways has led to the flare-up of previous pathologies, but getting in touch with services for the pandemic control has also allowed diagnosis and management of unknown diseases. Uncertainty, fear, social withdrawal, and crisis of the migratory project have increased mental disorders.

**Conclusions:** in this scenario, close collaboration between public and third sector structures has proved fundamental and must be strengthened to overcome access barriers and make services more inclusive and equitable. It is also necessary to develop information systems capable of monitoring the health needs of this 'invisible' population.

**Keywords:** COVID-19, impact, migrants, reception services, qualitative analysis

## Introduzione

È noto che la migrazione agisce da determinante della salute, generando profili di salute peggiori nelle persone migranti rispetto al resto della popolazione, attraverso molteplici fattori, quali lo svantaggio socio-economico, l'esposizione a violenze, e la presenza di barriere di accesso ai servizi.<sup>1</sup> Tutti questi fenomeni sono stati esacerbati durante l'epidemia di SARS-CoV-2; infatti, molte evidenze dimostrano come la sindemia abbia agito più gravemente in popolazioni marginalizzate, come quelle migranti.<sup>2</sup>

Inoltre, la popolazione straniera di più recente migrazione o in transito è solitamente molto mobile e sfugge ai sistemi informativi sanitari correnti, che, pertanto, non riescono a fornire un'adeguata rappresentazione dell'impatto dell'epidemia su questa popolazione. Ciò riguarda in particolare le persone immigrate senza permesso regolare o persone senza dimora, presenti soprattutto nei contesti metropolitani, dove esiste anche una fitta rete di servizi pubblici e del terzo settore che si dedica in vario modo alla loro accoglienza.

A seguito della prima ondata pandemica, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle Popolazioni migranti e per il contrasto delle Malattie della povertà (INMP) aveva condotto un'indagine conoscitiva all'interno delle strutture di accoglienza presenti sul territorio italiano,<sup>3</sup> raccogliendo dati sull'effettuazione del test in 5.038 centri sparsi in tutta Italia e stimando una percentuale di positività su più di 85.000 utenti pari allo 0,4%.

Gli obiettivi di questo contributo sono stati di stimare la percentuale di positività al test tra gli ospiti dei centri di accoglienza anche nelle ondate pandemiche successive al *lockdown*, descrivere i bisogni di salute

rilevati nei centri in tutto il periodo e, soprattutto, capire le dinamiche della pandemia e il suo impatto sul benessere complessivo degli utenti.

## Metodi

Lo studio multicentrico si è concentrato sui due contesti metropolitani di Bologna e Torino e si è sviluppato in due filoni: un'analisi quantitativa volta a valutare l'impatto dell'epidemia sui migranti nei centri di accoglienza e un approfondimento di tipo qualitativo, che, attraverso la ricostruzione delle ricadute della pandemia e dei bisogni di questa popolazione, ha indagato meccanismi e spiegazioni non rilevabili dalle fonti ufficiali.

## Analisi quantitativa

In assenza di flussi informativi centralizzati relativi all'assistenza erogata all'interno dei centri di accoglienza, sono state contattate direttamente le associazioni del terzo settore con le quali era prevista l'effettuazione dell'indagine qualitativa. Poiché le associazioni bolognesi non disponevano di banche dati informatizzate utili all'obiettivo, ci si è concentrati sulle associazioni che operano in Piemonte e che rappresentano il maggiore riferimento sanitario a cui hanno accesso i migranti non regolari. L'ente Amref-Comitato Collaborazione Medica (Amref-CCM) e il progetto Torino Street Care hanno aderito al progetto e condiviso i dati raccolti nelle loro attività di assistenza agli immigrati. Il periodo di raccolta dati, differente tra i vari centri, è compreso tra gennaio 2019 e febbraio 2022. L'eterogeneità dei dati raccolti, purtroppo, non ha consentito la definizione di un protocollo standard di raccolta delle informazioni. Un maggior

dettaglio sui centri partecipanti e sulla tipologia di dati raccolti è riportato nel materiale supplementare 1 (disponibile online).

Compatibilmente con i dati disponibili, spesso incompleti rispetto alle informazioni considerate più rilevanti, sono stati calcolati indicatori di accesso nelle diverse strutture coinvolte e di positività al test per COVID-19. Limitatamente ai dati di Amref-CCM, invece, è stato possibile effettuare un'analisi descrittiva dell'utenza e dell'attività assistenziale, confrontando gli accessi tra italiani e stranieri con il dettaglio dei Paesi di origine maggiormente rappresentati. Inoltre, è stato possibile rilevare le eventuali modifiche intervenute tra il periodo precedente e quello durante la pandemia di COVID-19 (2019 vs 2020-21).

## Analisi qualitativa

L'analisi qualitativa pluridisciplinare è stata condotta con *focus group* e interviste individuali semistrutturate. Nel complesso, nelle due aree considerate, sono stati realizzati 10 *focus group* e 10 interviste a singoli operatori, in cui hanno preso la parola 60 persone tra volontari, assistenti sociali, educatori, medici, psicologi, antropologi, linguisti, cooperanti e operatori dell'accoglienza. Inoltre, sono state realizzate 25 interviste a persone migranti, mediatori culturali, persone attualmente irregolari o che hanno un trascorso migratorio e di presenza irregolare in Italia.

I criteri di inclusione sono stati diversi nei due contesti, in funzione delle peculiarità del territorio e del potenziale informativo di gruppi o ambienti specifici. In particolare, nel contesto metropolitano di Bologna gli/le interlocutori/trici migranti sono stati/e individuati/e principalmente con un criterio di tipo lavorativo. Dall'analisi della letteratura emerge, infatti, che la posizione dei/le lavoratori/trici essenziali ha rappresentato uno dei principali *driver* di infezione, contagio e vulnerabilità.<sup>4</sup> In questo senso, l'approfondimento si è concentrato su lavoratori e lavoratrici dei settori che non hanno interrotto la loro attività durante il periodo pandemico e ad alta prevalenza di personale immigrato (regolarmente assunto e non), quali la logistica (che a Bologna ha uno dei più importanti snodi del Centro-Nord Italia), le cure domiciliari e le consegne a domicilio. Nel contesto metropolitano di Torino, invece, sono state intervistate donne immigrate in convivenza presso le persone di cui si prendono cura, *sex worker* e persone migranti che hanno un ruolo (formale o informale) di riferimento per le diverse comunità culturali e religiose. In Piemonte, inoltre, uno sguardo molto particolare ha riguardato le persone migranti

transitate alla frontiera tra Italia e Francia nella Val di Susa e i migranti nel saluzzese, area caratterizzata da un fenomeno migratorio di lavoratori stagionali numericamente importante, tradizionalmente legato alla raccolta della frutta, concentrata nei mesi estivi e autunnali. Si è voluto, infatti, indagare come le misure di contenimento e gestione della pandemia abbiano condizionato la gestione di questo fenomeno, per il quale esistevano buone pratiche e politiche locali di accoglienza in interazione con il tessuto produttivo territoriale. Infine, in entrambi i contesti territoriali sono state intervistate persone che operano in strutture che ospitano stranieri senza dimora.

I temi indagati sono stati: **1.** la riorganizzazione e la risposta dei servizi di fronte all'emergenza; **2.** le percezioni delle persone immigrate rispetto alla pandemia; **3.** l'impatto diretto del COVID-19 sulla salute e quello indiretto sui percorsi assistenziali di altre patologie; **4.** l'impatto della pandemia e delle conseguenti misure di contenimento sui determinanti sociali di salute. Maggior dettaglio sulle tracce utilizzate è riportato nel materiale supplementare 2.

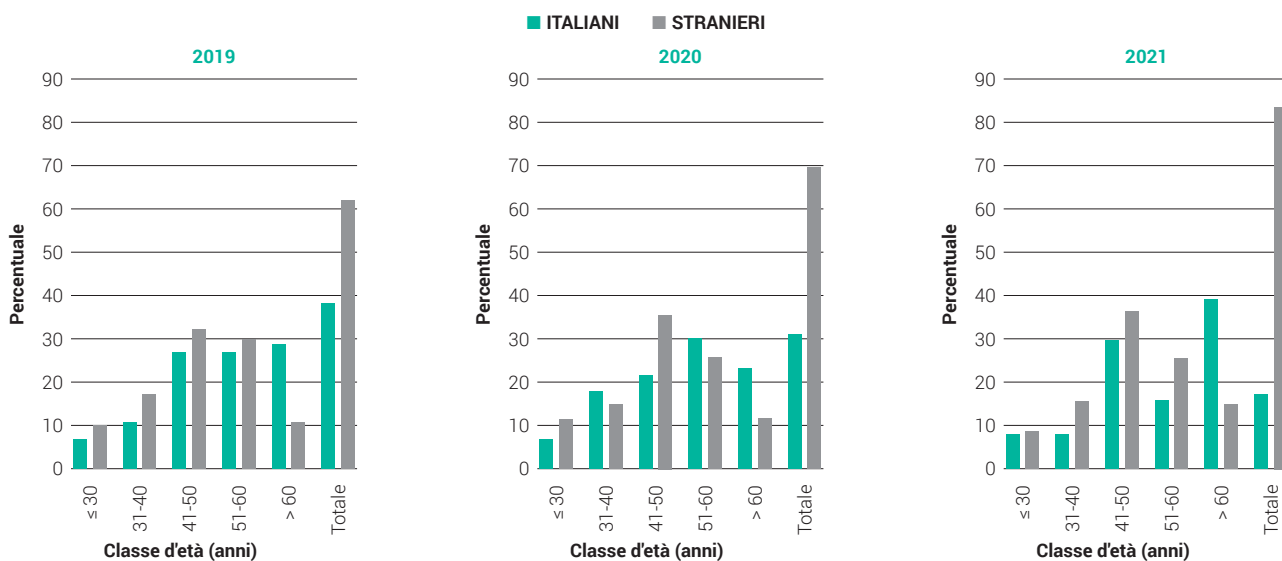
## Risultati Analisi quantitativa

Per quanto riguarda l'accesso agli ambulatori Amref-CCM, si osserva un netto calo tra il 2019 e il 2020 (-60%) – principalmente dovuto alla chiusura totale degli ambulatori durante il *lockdown* – e una ripresa dell'assistenza nel 2021, che però non torna ai volumi pre-pandemia. Si modifica anche la composizione dell'utenza: sul totale degli accessi effettuati, infatti, risulta a carico degli stranieri il 62% nel 2019, il 69% nel 2020 e l'83% nel 2021 (figura 1).

Gli utenti stranieri che accedono agli ambulatori provengono principalmente dal Marocco e dalla Romania; in particolare, si osserva un forte aumento degli utenti di origine marocchina, che passano dal 20% nel 2019 al 43% nel 2021, mentre l'accesso dei romeni sembra abbastanza stabile con una proporzione di poco superiore al 20% (tabella 1). Osservando il dato per sesso (dati non mostrati), l'aumento tra gli stranieri risulta soprattutto a carico degli uomini, che nel 2021 rappresentano il 90% degli utenti stranieri; viceversa, tra gli italiani aumenta nei 3 anni la quota di utenza femminile (20%, 22%, 27%, rispettivamente).

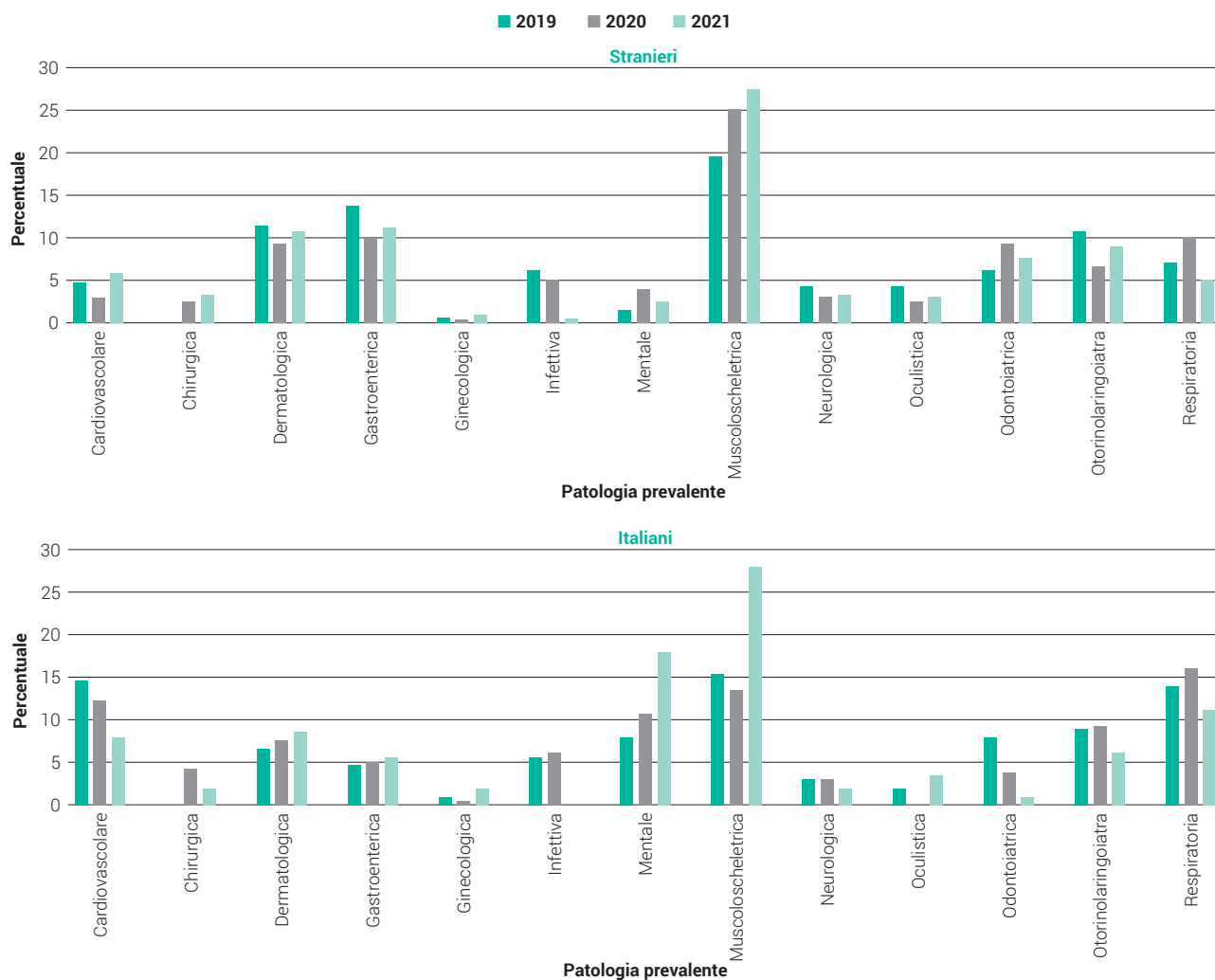
Rispetto all'età (figura 1), in entrambe le popolazioni nell'ultimo anno aumentano di più gli accessi di persone con età superiore ai 60 anni (che tra gli italiani raggiunge il 40% del totale), sebbene tra gli stranieri siano sempre maggiormente rappresentate le classi di età tra i 40 e i 60 anni.

Analizzando l'informazione sulla causa principale



**Figura 1.** Distribuzione percentuale degli accessi per anno, classi di età e nazionalità degli utenti. Ambulatori Amref-CCM, Torino. Anni 2019-2021.

**Figure 1.** Percent distribution of accesses by year, age group, and nationality of the users. Amref-CCM clinics, Turin. Years 2019-2021.



**Figura 2.** Distribuzione percentuale degli accessi per anno, patologia prevalente e nazionalità degli utenti. Ambulatori Amref-CCM, Torino. Anni 2019-2021.

**Figure 2.** Percent distribution of accesses by year, prevailing pathology, and nationality of the users. Amref-CCM clinics, Turin. Years 2019-2021.

Paese di provenienza	Anno di rilevazione			
	2019	2020	2021	Totale 2019 - 2021
Italia	33,3	22,0	15,6	25,3
Romania	21,3	25,6	21,5	22,4
Marocco	19,6	30,0	42,5	29,0
Altri	25,8	22,4	20,3	23,4

**Tabella 1.** Distribuzione percentuale degli accessi per anno e paese di provenienza degli utenti.

Ambulatori Amref-CCM, Torino. Anni 2019-2021.

**Table 1.** Percent distribution of accesses by year and country of origin of the users. Amref-CCM clinics, Turin. Years 2019-2021.

dell'accesso (figura 2), emergono soprattutto le patologie muscoloscheletriche, che nel 2021 rappresentano circa il 28% degli accessi sia tra gli italiani sia tra gli stranieri. Il forte aumento osservato per gli italiani (la percentuale quasi raddoppia dal 2019 al 2021) sembra suggerire una funzione di sostituzione del servizio sanitario pubblico con ambulatori a più bassa soglia, soprattutto per disturbi probabilmente percepiti come meno urgenti e che trovano in questi anni meno spazio nel servizio pubblico. Altro dato molto interessante è l'aumento per entrambi i gruppi di nazionalità degli accessi per patologie mentali, che compaiono nel 2020 e nel 2021 tra le prime 10 cause di accesso (all'8° e 7° posto, rispettivamente): seppure con una percentuale ancora bassa (4%), la quota di malattia mentale negli stranieri risulta più che raddoppiata nel 2020 rispetto all'anno precedente, mentre negli italiani passa dall'8% nel 2019 al 18% nel 2021. Sono, invece, in calo le patologie più classicamente a carico degli stranieri, quali per esempio le malattie infettive, odontoiatriche e respiratorie.

Infine, l'analisi della frequenza di visite effettuate dalla stessa persona (dati non mostrati) mette in evidenza che più del 50% degli utenti, sia tra gli italiani sia tra gli stranieri, accede agli ambulatori una sola volta all'anno. Nel 2020, per via delle restrizioni, questa quota aumenta in particolare tra gli stranieri dove raggiunge circa il 65%, a discapito del numero di accessi pro-capite e della conseguente fidelizzazione degli utenti: le persone che accedono più di 4 volte, infatti, passano dal 12,5% nel 2019 al 4,7% nel 2020; la situazione torna poi a stabilizzarsi nel 2021.

I dati raccolti all'interno del progetto Torino Street Care da dicembre 2020 a febbraio 2022 (dati non mostrati) mostrano il picco di attività nel periodo marzo-aprile 2021, con circa 500 contatti mensili. A questo fa seguito un andamento decrescente dell'attività fino alla stabilizzazione tra 100 e 200 contatti mensili nella terza fase della pandemia, a

partire dall'estate 2021. Pur con tutti i limiti sulla mancanza di rappresentatività, i dati hanno permesso di rilevare un'assenza di sintomi pari al 97% e stimare una prevalenza di positività pari all'1,7% sui 3.037 tamponi effettuati. L'88% di chi accede riferisce di non aver avuto contatti con persone positive.

## Analisi qualitativa

Le evidenze sono state raggruppate secondo i quattro ambiti tematici indagati.

### Riorganizzazione dei servizi

In entrambi i contesti in esame, nelle prime fasi della pandemia e nel conseguente periodo di *lockdown* si è verificata una paralisi parziale dei servizi a cui le persone migranti potevano rivolgersi: chiusura dei servizi sanitari e sociali pubblici e privati, sospensione delle reti di volontariato, difficile gestione dell'ospitalità, impossibilità di adattare le misure logistico-sanitarie alla presenza di positività, blocco delle procedure per il riconoscimento del permesso di soggiorno o del diritto d'asilo. Successivamente, molte attività sono state riprese, anche se in misura inferiore e con accesso libero ridotto, in favore di quello programmato. Superato il primo momento, sia l'assistenza pubblica sia la macchina del privato sociale e l'impegno solidaristico di associazioni e di privati cittadini hanno ripreso a funzionare, ma con modalità inedite per l'assistenza e la cura: triage telefonici, allestimento di strutture temporanee e unità itineranti per le visite, sedute di psicoterapia online, telemedicina eccetera. Nel contesto piemontese, le persone migranti intervistate riferiscono come l'accesso ai servizi di accoglienza e agli ambulatori gestiti da soggetti del terzo settore sia stato più semplice che l'accesso ai servizi pubblici. Tuttavia, in entrambi i contesti, il personale dei servizi sociosanitari ha riportato una forte spinta collaborativa e di maggiore integrazione tra i diversi attori dell'assistenza, che si è rivelata particolarmente efficace. Nell'ambito bolognese questo si è tradotto anche nella creazione di nuovi organismi organizzativi, quali la "Task force COVID vulnerabili", composta da rappresentanti dell'AUSL e dell'ASP (azienda pubblica di servizi alla persona) del Comune di Bologna, con il mandato di gestire i casi e la profilassi interna alle strutture complesse, di comunità e per le persone senza dimora.

### Percezioni e vissuti relativi al COVID-19 e alla pandemia

La percezione del COVID-19 e l'adesione alle misure di contrasto alla diffusione hanno avuto un andamento eterogeneo nelle diverse fasi della pandemia e sono state fortemente influenzate da diversi fattori. Tra questi, la mancanza di un permesso di soggiorno

regolare disincentivava il ricorso ai servizi sanitari per paura di essere segnalati alle autorità e subire un rimpatrio forzato, come pure di non ricevere le cure adeguate proprio perché stranieri. Con l'inasprirsi delle misure di contenimento e la crescita dei contagi, il timore si è concentrato maggiormente sulla possibilità di contagio e sulle conseguenze sociali connesse, come la perdita del lavoro e dei documenti di soggiorno, l'interruzione del proprio percorso di integrazione e l'impossibilità di spostarsi sia sul territorio sia verso i luoghi di origine.

Gli operatori dei centri di accoglienza hanno messo in evidenza la difficoltà di comunicare in modo efficace la necessità delle misure di contenimento alla luce di una malattia spesso asintomatica, nonché la complessità nella gestione delle misure preventive di distanziamento fisico e di isolamento dei casi positivi per chi era in situazioni di convivenza in spazi ristretti e sovraffollati. Emerge anche una generale diffidenza iniziale rispetto alle istituzioni, che si esplicitava in riluttanze nei confronti dei tamponi e del vaccino. Nel primo caso, la resistenza era soprattutto legata al timore delle potenziali conseguenze associate all'adesione alle misure di isolamento in caso di esito positivo, come la perdita del lavoro e quindi del permesso di soggiorno. L'esitanza vaccinale, invece, era associata allo sviluppo nei Paesi di origine di percezioni negative e dubbi sul contenuto del vaccino, spesso a causa di motivazioni storico-politiche.

Molte delle criticità sono emerse come parzialmente legate alla difficoltà di accesso a informazioni chiare, multilingue e culturalmente sensibili/competenti e alla continua contraddittorietà delle notizie diffuse. Il dialogo e l'accesso a informazioni ufficiali attraverso le reti informali di supporto e le figure di riferimento (leader spirituali, mediatori, rappresentanti di associazioni culturali) hanno avuto un ruolo centrale nel favorire l'adesione al vaccino. Il *green pass* è risultato, invece, uno strumento ambivalente, in quanto, da una parte, ha spinto molte persone a vaccinarsi per il ritorno alla vita sociale e al lavoro, dall'altra, questo era difficilmente accessibile a causa di barriere burocratiche e tecnologiche, che hanno incrementato il clima di diffidenza nei confronti delle istituzioni.

### **Impatto diretto e indiretto sulla salute**

In merito alla diffusione del virus, sono state riferite immagini molto differenziate e in parziale contrasto con quanto riportato nei dati quantitativi del nostro lavoro. Infatti, se da un lato si descrive una situazione di sostanziale uguaglianza dell'impatto tra popolazione italiana e immigrata, le condizioni di sovraffollamento in alcuni centri di accoglienza sembrano aver favorito la diffusione dell'infezione e lo sviluppo di casi più

gravi. In generale, solo alcune persone migranti hanno riferito di aver contratto il COVID-19 nella prima fase della pandemia, mentre la maggior parte è risultata positiva nelle fasi successive, anche dopo aver fatto la vaccinazione, ma con sintomatologie lievi.

Diverso è il quadro relativo all'impatto della pandemia sui percorsi di cura di altre patologie preesistenti o sull'insorgenza di nuovi disturbi. Con la chiusura dei servizi sanitari, molti percorsi terapeutici sono stati interrotti determinando l'aggravamento di patologie pregresse (odontoiatriche, muscolo-scheletriche, neoplasie, diabete eccetera). Una specifica condizione di vulnerabilità sanitaria emersa dalle testimonianze piemontesi ha riguardato le *sex worker* inserite in contesti di violenza e precarietà: il rischio di contagio derivante dal contatto con i clienti si è sommato alla chiusura e alla riduzione delle visite presso il SSN, aspetto che ha inciso negativamente sul loro accesso alle cure e sulla loro situazione di salute.

Insieme a questi fenomeni, è stata rilevata anche l'insorgenza di nuove patologie (come fibromialgia, depressione, stati d'ansia e dipendenze da sostanze) indotte dalla condizione pandemica e connesse alle situazioni di perdita delle attività sociali (per esempio, sedentarietà, isolamento sociale). In particolare, in entrambi i contesti la pandemia ha avuto un duro impatto sulla salute mentale, psicologica, relazionale ed educativa delle persone, bambini compresi, generando problematicità che potrebbero esprimersi anche sul lungo termine. Le ragioni chiamate in causa per spiegare questo peggioramento sono diverse: la sospensione del progetto migratorio (mancato rinnovo dei permessi di soggiorno, sospensione delle domande di asilo), l'introduzione di importanti limitazioni alla mobilità sul territorio, convivenze forzate e prolungate; peggioramento delle condizioni economiche, sfruttamento lavorativo, timore del contagio, incertezza per ciò che avveniva nei Paesi di origine. Nel contesto piemontese, è stato segnalato anche un aumento del pensiero persecutorio e paranoico, forse motivato dalla presenza di processi di discriminazione verso gli stranieri (tra cui spiccano le narrazioni in cui veniva attribuito loro il ruolo di "untori").

Le condizioni di *lockdown* forzato hanno anche portato all'aggravarsi di episodi di violenza domestica, soprattutto a carico delle donne. Similmente, sono state riportate diverse tensioni nel rapporto tra genitori e figli: alle complessità presenti nelle esperienze di genitorialità e di ricongiungimento di molte famiglie migranti<sup>5</sup> e alla conflittualità intergenerazionale, si sono aggiunte manifestazioni di ritiro sociale ed espressivo da parte dei giovani, con importanti strascichi sul presente. Per contro, l'obbligatorietà dei tamponi per l'accesso alle strutture, ai mezzi di trasporto o al lavoro, così

come in alcuni casi il ricovero per COVID-19, hanno rappresentato per alcune persone il primo accesso ai servizi sanitari, portando in evidenza patologie pregresse mai tracciate e creando le condizioni per la presa in carico da parte dei servizi sanitari e l'inizio di un più efficace percorso sanitario.

Inoltre, a Torino, all'interno delle strutture per persone senza dimora, conseguentemente all'interruzione del *turn over* di ospiti e all'accesso condizionato all'esito negativo di un tampone, sono stati riportati anche alcuni miglioramenti nella condizione di salute e nella quotidianità degli ospiti ed è stata riferita una situazione senza presenza di casi positivi in cui è cresciuto il livello di tutela degli ospiti stessi. Uno dei centri ha persino registrato una diminuzione delle patologie che affliggono l'apparato respiratorio, in conseguenza del fatto che molte persone senza dimora hanno trovato ospitalità stabile nei dormitori, in particolare nei mesi freddi.

### **Impatto sui determinanti sociali di salute**

Sebbene nella prima fase epidemica si fosse parlato di una sostanziale equità dell'impatto del virus, in realtà la pandemia ha fatto emergere le sue oggettive ricadute su tutti i determinanti sociali di salute e ha esacerbato le disuguaglianze socioeconomiche preesistenti.

Le misure per il contenimento della pandemia hanno, infatti, ulteriormente inasprito le condizioni lavorative: le persone che lavoravano senza contratto e relativo permesso di soggiorno hanno più facilmente perso il lavoro, così come quelle con il permesso di soggiorno per lavoro si sono trovate d'improvviso prive di documenti in seguito alla perdita del lavoro. È emerso anche un aumento delle barriere di accesso all'occupazione, per l'interruzione dei percorsi formativi o l'impossibilità di accedere al *green pass* o alla vaccinazione. In entrambi i contesti, è stato riportato come la pandemia abbia gravato particolarmente sulla condizione delle persone impiegate in lavori di cura come badanti o colf (soprattutto se residenti con l'assistito/a), su cui hanno agito diversi meccanismi: perdita del lavoro per decesso per COVID-19 dell'assistito/a o per allontanamento dalla residenza abituale per timore di contagio, impossibilità a rientrare se momentaneamente nei Paesi di origine allo scoppio della pandemia, costrizione all'interno del nucleo abitativo dell'assistito/a e ulteriore lontananza dalle proprie famiglie. Al contrario, nel contesto bolognese è stato riportato, nei mesi di *lockdown*, un incremento del lavoro e del reclutamento in alcuni settori, come quello della logistica, che ha determinato sia un aumento del carico di lavoro sia un sovraffollamento nei luoghi di lavoro, con una maggiore difficol-

tà di adesione alle misure di contenimento e un aumento del rischio di contagio. Inoltre, l'applicazione delle politiche in ambito di accoglienza ha determinato la paradossale perdita del diritto di ospitalità nelle strutture per le persone che, lavorando di più, avevano superato la soglia massima di guadagno (6.500 euro lordi annui).

Moltissime persone migranti hanno vissuto momenti di vera indigenza, con difficoltà a disporre di beni di sussistenza e a procurarsi il cibo, peggiorati dall'iniziale chiusura totale dei servizi di accoglienza. Con il *lockdown*, le situazioni di coabitazione sono state esasperate da condizioni di sovraffollamento, impossibilità di gestire il distanziamento, assenza di servizi igienici adeguati, accesso limitato all'acqua potabile, assenza di sistemi efficaci di smaltimento dei rifiuti e anche lontananza dai centri abitati e dai servizi. Queste condizioni non solo hanno rappresentato un fattore di rischio per le patologie di natura infettiva, ma sono anche state causa di sofferenza emotiva e psicologica. In fasi successive al primo *lockdown*, è emerso il problema della perdita della casa come conseguenza della perdita del reddito e, quindi, dell'aumento delle persone che vivono in strada.

Le norme di isolamento, paradossalmente, sono state spesso vissute in contesti di sovraffollamento, specie nei centri di accoglienza e in case di ridotte dimensioni e di totale assenza di spazi di privacy, con chiare conseguenze sulla salute mentale, emotiva e relazionale. Inoltre, alla preoccupazione per la situazione in Italia si è sommata per molti quella per le proprie famiglie nei Paesi d'origine: a riguardo, è esemplificativa l'espressione "doppia angoscia" con riferimento al concetto di "doppia assenza"<sup>6</sup>.

A tutto ciò, in molti casi ha fatto da contraltare un rafforzamento delle proprie reti sociali locali e transnazionali di sostegno reciproco, attraverso il recupero di contatti precedentemente persi e la costruzione di relazioni significative con coinquilini/e e operatori/trici per chi era ospitato in strutture di accoglienza, in seguito alla condivisione di tempo e spazi e all'esperienza forte dell'isolamento.

## **Conclusioni e indicazioni per le politiche**

Di seguito, si pone l'accento su alcuni fattori che esprimono la resilienza dimostrata di fronte al dilagare della pandemia e si cerca di tradurli in riflessioni da offrire alle politiche per orientare azioni e interventi attenti ai bisogni della popolazione oggetto di questo studio.

Gli elementi che sembrano aver determinato maggiore preoccupazione nelle persone rispetto alla malattia e condizionato le scelte di adesione alle disposizioni

di contrasto alla diffusione del virus sono state le condizioni materiali: la perdita del lavoro, il mancato ottenimento dei documenti, il rischio di possibili denunce, le cattive condizioni abitative, la difficoltà linguistica e la mancanza di azioni di protezione e di contrasto allo sfruttamento da parte dei servizi e delle istituzioni. Nell'ambito dei servizi di accoglienza, tuttavia, ci sono state realtà organizzative più flessibili, nelle quali le misure di prevenzione sono state molto elevate ed efficaci. Al diffondersi del senso di sfiducia ha contribuito una comunicazione poco attenta alla popolazione migrante, sicuramente in parte dovuta all'incertezza generale sul fenomeno. Ciò induce una riflessione sulle modalità attraverso cui comunicare l'incertezza: ridimensionare l'assertività e dare spazio al carattere processuale della scienza potrebbe dare maggiore trasparenza alla comunicazione e limitare la percezione di contraddittorietà. Inoltre, è da sottolineare l'importanza di potenziare la mediazione linguistico-culturale quale strumento essenziale per favorire e sostenere l'accesso a cure e servizi<sup>7</sup> e il suo ripensamento come parte integrante dell'organico degli enti, strategia che si è rivelata un elemento di sostegno efficace per orientare i comportamenti delle persone. Sono state sottolineate difficoltà di accesso ai servizi che hanno generato un senso di sfiducia verso le istituzioni e i soggetti erogatori e una presa di distanza dalle informazioni ufficiali, alimentando dubbi rispetto alla pericolosità e all'origine del virus e paura di discriminazione in caso di positività. Tuttavia, alle difficoltà iniziali sono state date risposte flessibili, calibrate sull'utenza e a favore di una personalizzazione del supporto, con unità mobili e hub diffusi sul territorio e una più attenta comunicazione da parte del personale volontario. L'attività di *outreach* si è dimostrata molto efficace, nonché l'unica che ha potuto intercettare persone senza dimora.

Nel complesso, non si riscontra un'incidenza del COVID-19 né un ricorso al ricovero maggiore nella popolazione afferente ai centri di accoglienza rispetto a quella italiana residente. Ciò contrasta con quanto rilevato in riferimento alla popolazione straniera residente,<sup>8</sup> per la quale, invece, si osservano esiti più gravi del COVID-19. Questi risultati sembrano confermare l'ipotesi che nei centri di accoglienza i migranti, solitamente di più recente arrivo, siano mediamente più sani e meno suscettibili alle patologie infettive della popolazione italiana e di quella immigrata da più lungo tempo. Quest'ultima, al contrario, sembra aver acquisito tutti i fattori di rischio e suscettibilità propri delle fasce più svantaggiate del resto della popolazione, incluso un possibile ritardo alla diagnosi, quindi una maggiore gravità della malattia. Inoltre, è anche plausibile che la maggiore flessibilità messa in atto nei

centri di accoglienza abbia consentito ai loro ospiti un accesso più rapido ed efficace ai test diagnostici, alle cure e alle misure di contrasto alla diffusione del virus. Tuttavia, considerate le specificità locali delle modalità di assistenza e l'adesione volontaria allo studio, non si deve trascurare il fatto che questo quadro potrebbe non rappresentare la totalità della popolazione assistita nei centri di accoglienza nelle due regioni, né tantomeno in Italia.

Più complesso, invece, il quadro dei migranti con patologie pregresse per i quali l'interruzione dei percorsi di cura e delle terapie ha aggravato la situazione, con la riacutizzazione di condizioni croniche precedenti. Allo stesso tempo, però, l'obbligatorietà del tampone spesso ha avvicinato alcuni migranti per la prima volta alle visite ambulatoriali dalle quali sono emerse situazioni patologiche preesistenti, ma misconosciute. Parallelamente, sono insorte nuove patologie (come fibromialgia, depressione, stati d'ansia e dipendenze da sostanze) indotte dalla condizione pandemica, connesse, da un lato, alla sedentarietà o alla perdita di relazioni sociali, dall'altro, all'influenza della pandemia sugli altri determinanti sociali di salute. In particolare, la pandemia ha avuto un duro impatto sulla salute mentale, psicologica, emotiva e relazionale delle persone, bambini compresi, con il rischio di manifestare le ripercussioni anche a lungo termine.

In generale, l'impatto maggiore della pandemia sulle persone con *background* migratorio è stato in gran parte determinato dall'effetto della cosiddetta "sindemia"<sup>9,10</sup> ovvero l'effetto moltiplicatore dell'intersezione di diversi assi di svantaggio, i cui effetti sono più gravosi e più complessi rispetto a tante persone di origine italiana. Nel contesto pandemico, sono stati suggeriti sei diversi meccanismi di rischi differenziali, maggiori per le popolazioni migranti, che interagiscono a determinare gli esiti di salute<sup>11</sup> e che sono anche emersi nel presente lavoro:

1. esposizione al virus;
2. vulnerabilità alla malattia;
3. percorso clinico ed esiti della malattia;
4. adesione alle misure di controllo;
5. conseguenze sociali della malattia;
6. impatto delle misure di contenimento.

In contesti dove l'accesso a elementi determinanti per la salute è vincolato a cittadinanza e status socio-economico e il sistema d'accoglienza presenta importanti fragilità in termini di risorse ed elementi di grave complessità, questa pluralità di problematiche tra pandemia, salute e determinanti sociali richiama nuovamente l'esigenza di riprogettare in modo multidisciplinare servizi fortemente interconnessi e flessibili sotto il profilo organizzativo e operativo, che favoriscano continuità e interventi mirati intorno ai bisogni



della persona, per porre termine e soluzione all'effetto concatenato dei diversi fattori di discriminazione, fragilità e di rischio che le persone subiscono.<sup>12</sup>

Un elemento di discontinuità tra il contesto piemontese e quello bolognese è caratterizzato dai ruoli che hanno assunto il settore pubblico e quello privato nella gestione pandemica: se l'indagine svolta nel contesto piemontese rileva la centralità assunta dalle realtà del terzo settore, a Bologna emerge come determinante il ruolo assunto dalle istituzioni pubbliche (AUSL e ASP-Comune) che hanno dato via al dispositivo della Task force COVID vulnerabili, volto a gestire casi e contatti, in collaborazione e a supporto del terzo settore e delle realtà di volontariato cittadine.

Il ruolo determinante che gli enti del terzo settore hanno dimostrato di avere quotidianamente e ancora di più nell'eccezionalità del contesto pandemico impone di riaffermare la necessità di una relazione tra pubblico e privato sociale che faccia perno sul concetto di sussidiarietà circolare.<sup>13</sup> In esso si esprimono al contempo diversi principi: il principio di decentramento dell'ente pubblico verso organizzazioni più vicine ai cittadini, quello secondo cui l'ente pubblico si impegna a favorire l'aggregazione libera di soggetti della società civile nel fornire servizi e, in una condizione sempre più cogente di riduzione delle risorse pubbliche, la valorizzazione del contributo del terzo settore in rapporto con il pubblico e il mondo delle imprese. In questo scenario, si dimostra ancor più fondamentale un profondo potenziamento delle risorse pubbliche per tutti i servizi alla persona e la loro allocazione per la generazione di servizi a bassa soglia e di prossimità, come lo sviluppo di dispositivi di governance pubblici intersettoriali e interdisciplinari per la tutela della salute delle popolazioni esposte a marginalizzazione sociale, che si fondino sulla collaborazione con

le comunità e con le realtà del terzo settore, al fine di superare in modo collaborativo le barriere d'accesso e di trasformare i servizi pubblici in chiave di inclusività ed equità, garantendo interventi pianificati, continuativi, ampi e di lunga durata. Il concetto di prossimità può essere particolarmente utile, a differenti livelli e su differenti piani. Potenziare iniziative e momenti che, in spazi e luoghi strategici (siano essi spazi pubblici o sede di altri enti) e di facile accesso, favoriscano socialità (per adulti, giovani e bambini), incontro, scambio tra persone, tra culture e con le istituzioni, convivialità informale, coprogettazione di eventi, nonché la possibilità di beneficiare di supporto, informazioni e servizi può costituire un importante elemento per la ripresa. In ultimo, al fine di poter monitorare i bisogni di salute e gli accessi ai servizi delle persone più esposte a marginalizzazione sociale,<sup>2</sup> si auspica che a livello nazionale possano essere sviluppati flussi informativi capaci di registrare gli accessi e le prestazioni rivolte alle persone prive di permesso di soggiorno e che accedono, quindi, con tessera STP, i cui dati tuttora non rientrano nei flussi correnti e non vengono analizzati e per le quali rimane complesso costruire il profilo di salute.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Ringraziamenti** il presente contributo è frutto di un'attività realizzata all'interno di un progetto sostenuto dal Ministero della Salute italiano nell'ambito del Programma CCM 2020. Si ringraziano la dott.ssa Stefania D'amato e il dott. Salvatore Scondotto per il supporto fattivo alla realizzazione delle attività progettuali.

**Il gruppo di lavoro "WP4: impatto nei servizi di accoglienza" è costituito da: Prospettive ricerca socioeconomica SAS:** Silvia Pilutti, Enea Delfino; **Servizio Sovrazonale di Epidemiologia:** Teresa Spadea, Raffaella Rusciari, Luisa Mondo; **CSI:** Delia Da Mosto, Leonardo Mammana, Silvia Giaimo, Marianna Parisotto, Giulietta Luul Balestra, Francesca Cacciatore, Elisa Adami, Francesca Girardi, Marianna Bettinzoli.

## Bibliografia

- World Health Organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311347>
- Kumar BN, Hargreaves S, Agyemang C, James RA, Blanchet K, Gruer L. Reducing the impact of the coronavirus on disadvantaged migrants and ethnic minorities. *Eur J Public Health* 2021;31(Supplement\_4):iv9-13. doi: 10.1093/eurpub/ckab151
- Sisti LG, Di Napoli A, Petrelli A et al. COVID-19 Impact in the Italian reception system for migrants during the nationwide lockdown: a national observational study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(23):12380. doi: 10.3390/ijerph182312380
- Mediterranean City-To-City Migration. Going The (Social) Distance. How migrant and refugee-sensitive urban COVID-19 responses contribute to the realization of the Global Compacts for Migration and Refugees. MC2CM 2021. Disponibile all'indirizzo: [https://migrationnetwork.un.org/sites/default/files/docs/going\\_the\\_social\\_distance\\_mc2cm.pdf](https://migrationnetwork.un.org/sites/default/files/docs/going_the_social_distance_mc2cm.pdf)
- Moro MR. Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Sayad A. La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- Di Napoli A, Ventura M, Spadea T et al. Barriers to accessing primary care and appropriateness of healthcare among immigrants in Italy. *Front Public Health* 2022;10:817696. doi: 10.3389/fpubh.2022.817696
- Caranci N, Adorno V, Bartolini L et al. Impatto dell'epidemia da SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata per grado urbanizzazione in Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia. *Epidemiol Prev* 2024;48(4-5) Suppl 1:49-59.
- Singer M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inq Creat Sociol* 1996;24:99-110.
- Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020;74(11):964-68. doi: 10.1136/jech-2020-214401
- Katikireddi SV, Lal S, Carrol ED et al. Unequal impact of the COVID-19 crisis on minority ethnic groups: a framework for understanding and addressing inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2021;75(10):970-74. doi: 10.1136/jech-2020-216061
- The Care Collective. Il manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza. Roma, Alegre, 2021.
- Zamagni S. Dell'origine e del fondamento del principio di sussidiarietà circolare. Bologna, Aiccon, 2022; Short Paper 23. Disponibile all'indirizzo: <https://www.aiccon.it/publicazione/origine-fondamento-principio-di-sussidiarieta-circolare/>