



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



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

VERSIONE DEL: **30 LUGLIO 2020**

"Una catena è forte quanto il suo anello più debole"
Christiaan Barnard 1922-2001

A CURA DI:

Concetta Mirisola

GRUPPO EDITORIALE INMP:

Gianfranco Costanzo - *coordinatore*

Rosario Asciutto, Giulia Barbarossa, Angelo Barbato, Andrea Cavani, Filippo Curtale, Anteo Di Napoli, Alessandra Diodati, Cecilia Fazioli, Maria Chiara Pajno, Alessio Petrelli, Silvia Pierconti, Davide Servetti

ESPERTI ISTITUZIONALI:

ANCI: Camilla Orlandi; Samantha Palombo; Giorgio Giulio Santonocito

Istituto Superiore di Sanità: Silvia Declich; Maria Elena Tosti

Ministero dell'Interno: Carmen Cosentino

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga: Andrea Zapparoli

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile: Alessia Clemente

Progetto grafico e impaginazione:

Stefano Schiaroli, INMP

Citare questo documento come segue:

Gruppo editoriale INMP. 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. Versione del 30 luglio 2020. Roma: Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà; 2020.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà
Via di San Gallicano 25/a - 00153 Roma



SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| 1. Scopo del documento | 5 |
| 2. Introduzione | 7 |
| 3. Definizione dei <i>setting</i> di intervento | 8 |
| 4. Situazione epidemiologica | 19 |
| 5. Attività preparatorie nei <i>setting</i> | 21 |
| 6. Personalizzazione degli interventi nei diversi <i>setting</i> | 28 |
| 7. Ricerca dei documenti bibliografici rilevanti | 36 |
| 8. Documenti consultati | 37 |

APPENDICE

Box 1 - Definizione di caso, di contatto, di quarantena e di isolamento

Box 2 - Esecuzione delle operazioni di intercettazione precoce di possibili casi sospetti

Box 3 - Trasmissione dell'infezione

Box 4 - Gestione dell'isolamento

Box 5 - Guida al calcolo del fabbisogno trimestrale di DM/DPI nei centri di accoglienza

Box 6 - Contenuti consigliati per la stesura del Protocollo di collaborazione con gli enti del Terzo Settore per la gestione degli interventi di prossimità nei *setting* ad organizzazione scarsa o nulla

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1: Luoghi classificati in base alla dimensione "organizzazione"

Figura 2: Luoghi classificati in base alla dimensione "mobilità"

Figura 3: Luoghi classificati in base alla dimensione "prognosi"

Figura 4: Piramide del rischio

Figura 5: Gestione degli accessi nelle strutture residenziali, semiresidenziali e diurne

Figura 6: Check-list per la gestione dei *setting* a organizzazione scarsa o nulla

Elenco degli acronimi

| | |
|----------|--|
| CAS | Centro di Accoglienza Straordinaria |
| CPA | Centro di Prima Accoglienza |
| CU | Conferenza Unificata |
| CPR | Centro di Permanenza per il Rimpatrio |
| DM | Dispositivi Medici |
| DPI | Dispositivo di Protezione Individuale |
| FAMI | Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione |
| INMP | Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà |
| ISS | Istituto Superiore di Sanità |
| MMG | Medico di Medicina Generale |
| MSNA | Minore Straniero Non Accompagnato |
| ONG | Organizzazione Non Governativa |
| RSC | Rom, Sinti e Caminanti |
| SFD | Senza Fissa Dimora |
| SIPROIMI | Sistema di PROtezione per titolari di protezione Internazionale e per Minori stranieri non accompagnati |
| SSN | Servizio Sanitario Nazionale |
| USMAF | Ufficio Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera |

1. SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento tecnico procedurale è stato richiesto all'INMP dal Ministero della salute in forza del mandato istituzionale dell'ente, avente ad oggetto la tutela della salute delle popolazioni particolarmente svantaggiate. In tale ambito, l'INMP, ente pubblico del SSN vigilato dal Ministero della salute, provvede a "promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrasto delle malattie della povertà¹". Esso "assume iniziative volte al contrasto delle malattie derivanti dal disagio sociale e dalla povertà, ivi comprese, in accordo con le Regioni interessate, attività di prevenzione e di cura di tipo interdisciplinare [...] garantisce uno stretto rapporto tra l'assistenza e la ricerca clinica, sperimentale e gestionale [...] adotta, promuove e realizza idonee iniziative di prevenzione primaria e secondaria [...] sperimenta e monitora forme innovative di gestione e organizzazione nel campo sanitario e della ricerca biomedica"². È Centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

Lo scopo del documento è quello di fornire, ai soggetti destinatari di responsabilità a vario titolo nella gestione di alcuni gruppi di persone ad elevata fragilità e marginalità sociale, italiane e straniere, procedure chiare e facilmente applicabili, coerenti con il complesso normativo prodotto in Italia nel periodo dell'emergenza per COVID-19 e che si basino sull'evidenza e sulle buone prassi al fine di ridurre il rischio di infezione o contenerne la diffusione nelle fasce più vulnerabili della popolazione. In tal modo, il documento intende contribuire alla standardizzazione dei comportamenti nella gestione dell'epidemia in *setting* particolarmente difficili che non abbiano ancora ricevuto apposite indicazioni tecniche e procedurali finalizzate alla prevenzione dell'infezione e al contenimento del contagio. Ciascuno dei luoghi considerati, ferma l'applicabilità della normativa di ordine generale³, è soggetto a un proprio quadro normativo di riferimento e, come si preciserà oltre, i principali complessi normativi rilevanti a questo proposito sono rappresentati, principalmente,

¹ Art. 14, d.l. 158/2012, conv. L. 189/2012.

² Art. 2, d.m. 22 febbraio 2013, n. 56.

³ I luoghi che saranno definiti nel presente documento sono soggetti ad un quadro normativo articolato. In via generale, a tutti si applicano, oltre che gli ordinari complessi normativi di settore (come ad esempio la legislazione sulla tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro di cui al d.lgs. 81/2008), le disposizioni emanate in conseguenza dello stato di emergenza sanitaria, le quali prevedono regole generali per il contenimento del contagio da COVID-19 che si applicano a tutta la popolazione (ad oggi facenti capo, prevalentemente, al d.l. 33/2020 (conv. l. 74/2020) e al d.p.c.m. 11 giugno 2020 come prorogato e integrato dal d.p.c.m. 14 luglio 2020).

da quelli validi in materia di flussi migratori e accoglienza e servizi socio-assistenziali (i quali, come noto, si presentano differenziati sotto il profilo del riparto di potestà legislativa tra lo Stato e le Regioni ad essi applicabili). Inoltre, la coesistenza di numerose disposizioni legislative e regolamentari, generali e settoriali, ha spesso determinato la necessità di istruzioni o circolari interpretative utili alle soluzioni di singoli problemi e alla disciplina di situazioni specifiche. Al contempo, tuttavia, i luoghi e le strutture considerati presentano caratteri del tutto peculiari riferibili proprio alle condizioni di elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nelle quali versano le persone destinatarie dei loro servizi. Per questa ragione, l'efficace applicazione delle disposizioni, generali e settoriali, cui sono soggetti richiede *l'adozione di soluzioni organizzative e gestionali, di metodi di lavoro, di standard di comportamento, piuttosto che di strategie di collaborazione specificamente disegnate in base alle esigenze di tutela della salute sia individuale sia collettiva*. Tali esigenze, in assenza di procedure tecniche e raccomandazioni specifiche, rischiano di restare largamente insoddisfatte, con grave pregiudizio per l'azione di contrasto all'epidemia di COVID-19. In tal senso, le indicazioni operative che seguiranno sono volte a:

- supportare, mediante una metodologia fondata sull'evidenza, una corretta lettura del rischio in base alle condizioni dei luoghi dove si concentra la presenza delle persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria;
- supportare la corretta applicazione delle prescrizioni già esistenti che riguardano l'impiego di dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale così come di altre semplici misure precauzionali da parte di operatori, professionali e volontari, che entrano a contatto con la persona fragile;
- favorire l'adozione, da parte della persona fragile, di comportamenti adeguati a tutelare la propria salute e quella collettiva negli ambienti comunitari nei quali si trova;
- supportare l'intercettazione precoce di possibili casi sospetti di infezione, facilitando l'intervento tempestivo delle autorità sanitarie deputate agli accertamenti previsti dalla normativa vigente;
- favorire la cooperazione tra i diversi soggetti, pubblici e privati, coinvolti nella gestione dei gruppi di persone fragili, attraverso strumenti pratici che, pur tenendo conto della eterogeneità dei diversi contesti istituzionali e organizzativi, possano agevolare una individuazione chiara dei compiti e delle responsabilità nel rispetto delle rispettive competenze.

I destinatari del presente documento sono, potenzialmente, tutti i soggetti che partecipano, con ruoli di responsabilità o di supporto, alla gestione di luoghi nei quali trovino assistenza e ospitalità diverse categorie di persone fragili e marginali. Sono da considerarsi tali, anzitutto, i soggetti pubblici cui sono attribuite funzioni amministrative e gestionali in questi ambiti, come le Aziende sanitarie, le Prefetture-uffici territoriali del Governo, i Comuni. Analogamente, le indicazioni si rivolgono agli enti gestori dei centri di accoglienza, delle residenze, delle comunità o dei centri diurni che ospitano immigrati o le persone senza fissa dimora, così come gli enti del terzo settore chiamati a tutelare, a diversi livelli, la salute delle persone che vivono in strada, all'interno di baracche e di insediamenti spontanei, così come delle persone che alloggiano, temporaneamente o per lungo periodo, all'interno di palazzi occupati e altri insediamenti abusivi.

2. INTRODUZIONE

I problemi di salute delle persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria rappresentano la sfida principale dei moderni sistemi di *welfare*. Tali persone frequentemente sfuggono alle politiche di prevenzione, in quanto la loro condizione giuridico-amministrativa può essere indefinita o semplicemente sono difficilmente raggiungibili, come difficile ne è la presa in carico da parte dei servizi pubblici. In aggiunta, solo poche Regioni hanno provveduto a definire modalità di identificazione delle vulnerabilità sulla base della stratificazione, alla stregua dei flussi informativi correnti, della popolazione per livelli di rischio e, laddove questo è stato fatto, tali strumenti non hanno incluso coloro che, per l'appunto, sfuggono a tali flussi.

Pertanto, alla luce della epidemia di COVID-19, gli interventi (i) di prevenzione a favore delle persone appartenenti alle fasce più vulnerabili della popolazione, (ii) di individuazione precoce dei casi sospetti di infezione e (iii) di conseguente presa in carico presentano specifiche problematiche in linea generale attribuibili all'appartenenza di tali persone a diverse classi di rischio relative ai *setting* in cui vivono. Nel presente documento, il rischio sarà definito, in tali fattispecie, sulla base della valutazione del grado di organizzazione dei luoghi abitati, sulla base della mobilità delle persone tra la struttura in cui vivono e l'ambiente esterno e sulla base del rischio di COVID-19 complicata per la popolazione ospitata.

3. DEFINIZIONE DEL SETTING DI INTERVENTO

Dimensione dell'organizzazione

L'organizzazione delle strutture o dei luoghi abitativi rappresenta sicuramente un elemento importante nell'identificazione di strategie volte al contenimento dell'epidemia di COVID-19. I luoghi di vita sono divenuti, specie nei periodi di *lockdown*, i luoghi essenziali in cui isolarsi dalla collettività e all'interno dei quali gestire un periodo di distanziamento nei confronti degli altri componenti della famiglia. La struttura delle abitazioni influisce molto sulla efficacia dell'isolamento e delle norme di igiene e prevenzione, permettendo o meno un reale distanziamento tra i membri della famiglia con una maggiore o minore probabilità di circoscrivere l'infezione. Appare chiaro che, per le popolazioni fragili oggetto del presente documento, disporre di abitazioni strutturalmente adeguate, così come di una organizzazione all'interno delle stesse, sia pertanto di fondamentale importanza. Tali luoghi rispondono pienamente al requisito massimo di organizzazione e sono spesso gestiti da personale dedicato che segue procedure interne attraverso una catena identificata di comando-controllo e di comunicazione. Altri luoghi abitativi, di contro, non possono contare su una strutturalità apprezzabile e non posseggono un'organizzazione interna. Sono normalmente abitati da persone *hard-to-reach* e *hard-to-treat*⁴, che risultano di difficile gestione anche a causa di barriere di tipo linguistico-culturale. Inoltre, la scarsa consapevolezza delle modalità di trasmissione dell'infezione e della sua sintomatologia, in assenza di una facilitazione *in loco* assicurata da operatori e/o mediatori adeguatamente formati e dedicati, gioca un ruolo rilevante nello scarso rispetto delle disposizioni eventualmente impartite per il contenimento dell'infezione. Infine, i rischi connessi al mancato distanziamento interpersonale in tali luoghi e le frequenti situazioni di mancanza di ambienti idonei a svolgere un isolamento o una quarantena complicano certamente il quadro gestionale.

⁴ Come lo sono, in particolare, le persone senza fissa dimora e le persone in insediamenti spontanei

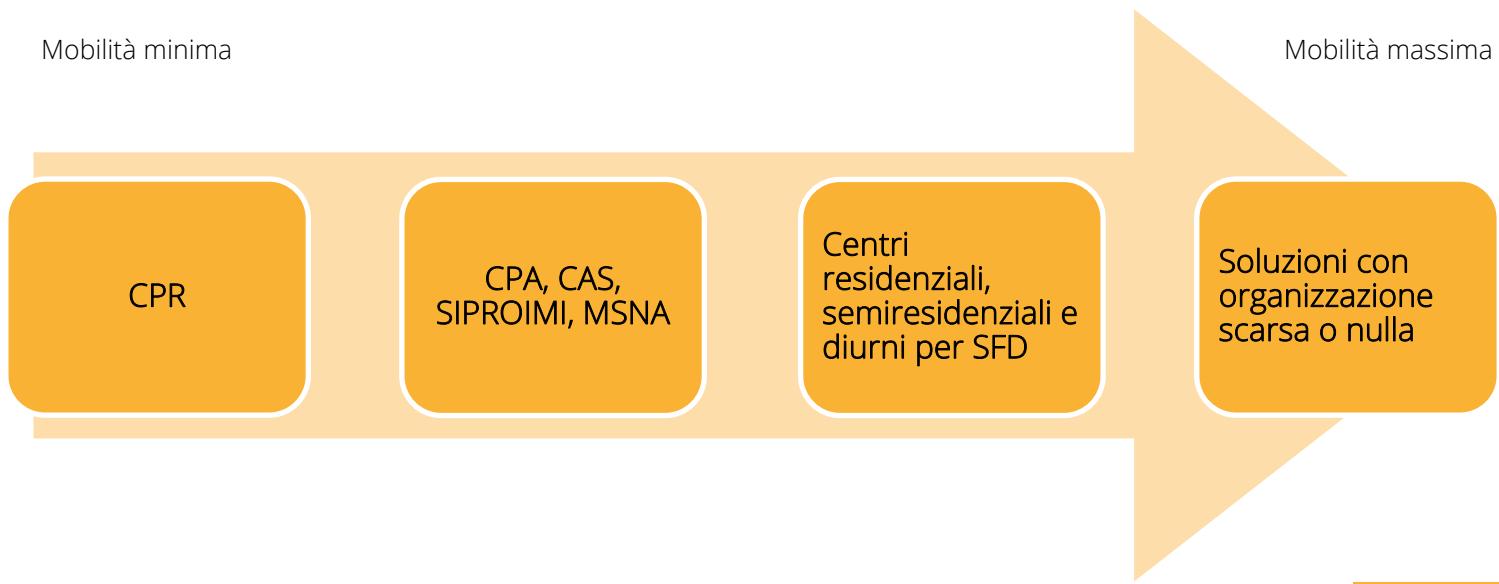
Figura 1 - Luoghi classificati in base alla dimensione organizzazione

| Accoglienza organizzata | Soluzioni con organizzazione scarsa o nulla |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Sistema di accoglienza dei migranti• Accoglienza per Persone SFD e con fragilità sociale | <ul style="list-style-type: none">• Campi RSC riconosciuti• Insediamenti spontanei e strada• Baracche• Palazzi occupati |

Dimensione della mobilità

La mobilità con l'esterno è un'ulteriore dimensione rilevante per la determinazione del rischio attribuibile a un determinato *setting*. In relazione alla tipologia delle strutture e delle soluzioni abitative essa si esprime a vari livelli: dalla completa assenza di mobilità tipica del CPR, alla massima espressione riscontrabile nelle soluzioni con organizzazione scarsa o nulla, passando per soluzioni intermedie, quali i centri di accoglienza aperti (CPA, CAS, SIPROIMI, Centri per MSNA) fino alle strutture residenziali, semiresidenziali e diurne per le persone SFD.

Figura 2 - Luoghi classificati in base alla dimensione "mobilità"



Dimensione della prognosi

Il rischio di COVID-19 complicata appare correlato anche alla condizione di salute preesistente così come alla fascia d'età di appartenenza del soggetto⁵. Nelle diverse soluzioni abitative si riscontrano profili di salute e demografici delle persone che le abitano molto differenti. In particolare, nei CPR, CPA, nei CAS, nei centri del SIPROIMI, nei centri per MSNA risiedono persone tendenzialmente in buono stato di salute e appartenenti alle fasce d'età giovanili-adulte (età media al 15 luglio 2020 nei CAS pari a 27,19 anni e nei CPR pari a 28,5 anni⁶). Di contro, nei centri residenziali, semiresidenziali e diurni per persone SFD così come, nelle soluzioni abitative spontanee, nelle occupazioni di edifici e nei campi e rifugi di fortuna lo stato di salute delle persone è mediamente compromesso, con presenza di cronicità anche polimorbose e disabilità che si combinano ad un'età media della popolazione più alta, con persone che appartengono anche a fasce d'età superiori ai 65 anni.

Figura 3 - Luoghi classificati in base alla dimensione “prognosi”

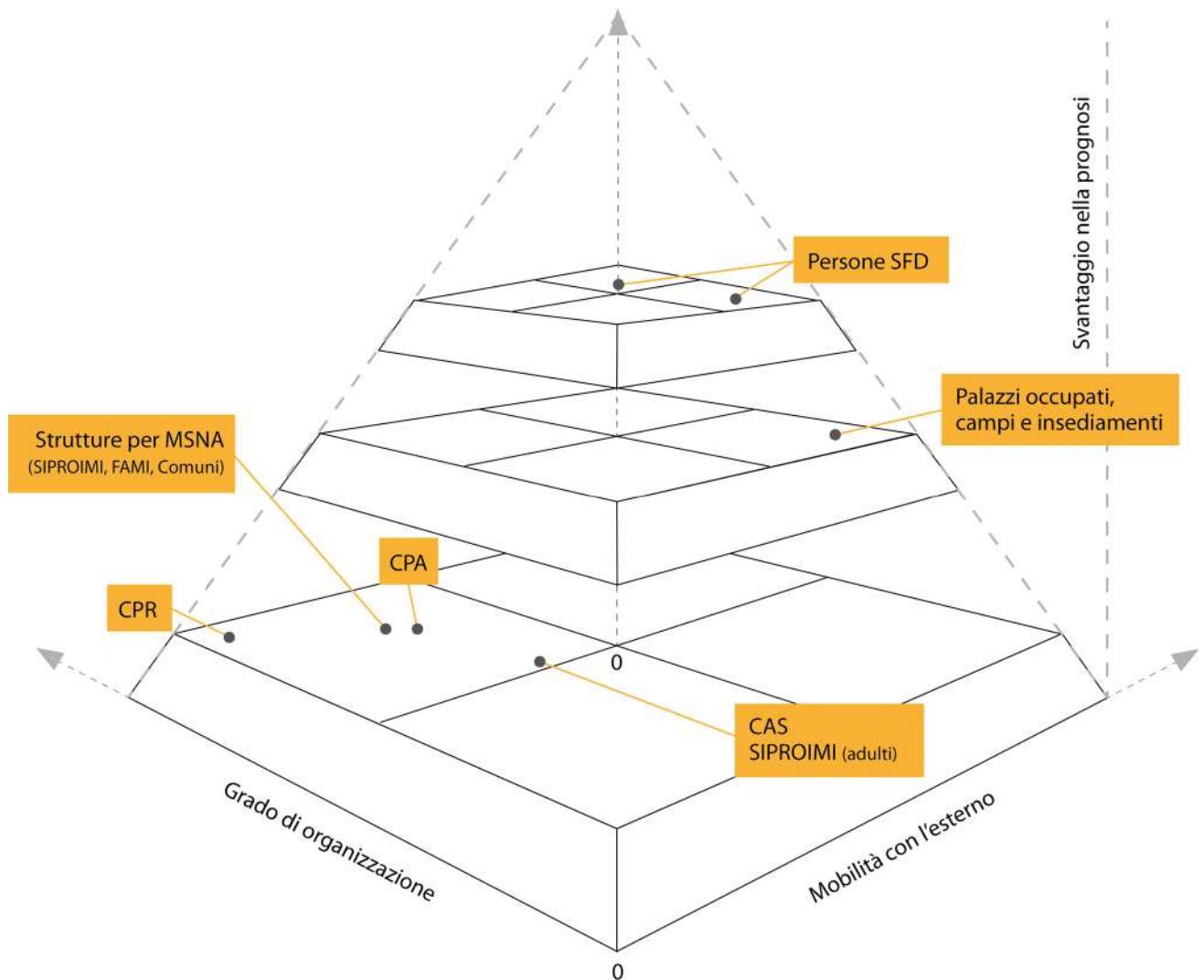


La suddetta concettualizzazione del contesto determina quindi la base teorica su cui collocare i *setting* in aree spaziali di rischio determinato dalle predette dimensioni, destinatari di indicazioni operative volte a gestirlo e mitigarlo (Fig. 4).

⁵ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>

⁶ Fonte Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione

Figura 4 - Piramide del rischio



a) Accoglienza organizzata

Si tratta di luoghi con funzioni specifiche organizzate, destinati a un'utenza residenziale e che prevede lo svolgimento di attività in strutture dedicate. La responsabilità di tale tipo di accoglienza è in capo alle istituzioni (enti locali, regioni, prefetture, ecc.) in funzione delle competenze ordinamentali esercitate. Vi sono attori chiaramente identificabili e responsabili nei confronti dell'autorità preposta, una catena funzionalmente efficiente delle decisioni e delle informazioni, una struttura abitativa e una disponibilità di strumenti e mezzi di norma adeguata alla situazione.

Le persone accolte in tali luoghi e gli operatori che vi lavorano costituiscono collettività suscettibili di esposizione e contagio. I vari *setting*, per le caratteristiche dell'utenza, per la struttura degli edifici e per la mobilità verso l'esterno delle persone che vi risiedono possono esprimere diversi livelli di rischio di cui tener conto nel delineare le necessarie misure di prevenzione dell'infezione e contenimento del contagio, così come nella modalità di identificazione dei nuovi casi e nella gestione degli eventuali contatti.

1. Sistema di accoglienza dei migranti

Nell'ambito dell'accoglienza organizzata assume importanza rilevante quella assicurata dal sistema di accoglienza dei migranti, destinata ai richiedenti protezione internazionale, ai rifugiati, ai titolari di protezione internazionale e sussidiaria, ai minori stranieri non accompagnati e ai titolari di specifici permessi di soggiorno, che, complessivamente, al 15 luglio 2020 ha accolto 85.498 persone (fonte sito ministero interno-cruscotto giornaliero). Nel caso in cui gli stranieri irregolari giungano in Italia condotti da imbarcazioni o attraversando la frontiera terrestre, vengono fotosegnalati e valutati all'arrivo da parte dell'USMAF e/o della Azienda sanitaria competente, per identificare eventuali urgenze di tipo sanitario, le vulnerabilità che richiedono specifici percorsi protetti così come l'eventuale presenza di infezione da Sars-Cov-2. A seguito di ciò, vengono accolti in una struttura per la quarantena, in attuazione delle norme in vigore in materia di controlli di persone che giungono in Italia da aree extra-Schengen. La quarantena avviene sia in strutture dedicate⁷, sia all'interno di spazi identificati nei Centri più grandi della prima accoglienza. I migranti che giungono sul territorio italiano in modo diretto e spontaneo, laddove intercettati, vengono sottoposti ai primi controlli dell'autorità sanitaria e ricondotti all'interno del flusso della prima accoglienza.

Successivamente alle misure di quarantena o di isolamento, tutti i migranti, se richiedono la protezione internazionale, vengono accolti nei CPA o nei CAS e, ai sensi dell'art. 86 bis del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, nel SIPROIMI, per l'espletamento delle procedure di accertamento dei requisiti per la protezione. Nei confronti dei non richiedenti asilo può essere avviato il percorso per l'espulsione, sia facendoli transitare nei CPR sia in esecuzione di

⁷ Tali strutture, ove non già disponibili, possono essere reperite ai sensi dell'art. 6, comma 7, del D.L. 17 marzo, 2020, n. 18 (conv. L. 27/2020) e, con riferimento ai migranti giunti in Italia a seguito di sbarchi, anche secondo le modalità di cui al DCDPC n. 1287 del 12 aprile 2020. Al loro interno deve essere garantita la netta separazione tra l'area dedicata all'isolamento dei soggetti positivi e le aree dedicate alla quarantena.

una procedura amministrativa. I MSNA, nei confronti dei quali vige, in linea generale, il divieto di espulsione, sono accolti in strutture a loro dedicate. Dal punto di vista temporale, l'accoglienza è articolata su due livelli:

- la *prima accoglienza* assicurata immediatamente dopo lo sbarco e per il tempo strettamente necessario a effettuare i primissimi interventi di assistenza materiale e sanitaria, unitamente alle procedure di identificazione e foto segnalamento – presso strutture attivate dalle Prefetture sull'intero territorio nazionale, dove vengono erogati tutti i servizi essenziali in attesa della definizione della domanda di protezione internazionale;
- la *seconda accoglienza* presso i centri appartenenti al sistema SIPROIMI che prevede sia percorsi duraturi di integrazione gestiti dagli enti locali sia accoglienza per i richiedenti asilo nel periodo dell'emergenza COVID-19.

Nella *prima accoglienza* vi sono le strutture di primo soccorso e accoglienza, i cosiddetti *hotspot*, definiti punti di crisi dall'art. 10 ter del D. Lgs. n. 286/98 (introdotto dal D.L. n. 13/2017 convertito in Legge n. 46/17). Si tratta di aree designate, normalmente in prossimità di un luogo di sbarco, nelle quali, nel più breve tempo possibile e compatibilmente con il quadro normativo italiano, le persone in ingresso sono sottoposte ad accertamenti medici, ricevono una prima assistenza, con l'individuazione delle eventuali vulnerabilità, inclusa la minore età, e l'informazione sulla normativa in materia di immigrazione e asilo, vengono controllate, pre-identificate e, dopo essere state informate sulla loro attuale condizione di persone irregolari e sulla possibilità di richiedere la protezione internazionale, foto-segnalate. Gli *hotspot* attualmente attivi sono a: Lampedusa (AG); Pozzallo (RG); Messina e Taranto.Terminate le procedure di identificazione e foto-segnalamento, i migranti che hanno manifestato la volontà di chiedere protezione internazionale in Italia vengono trasferiti presso le strutture di accoglienza di primo livello, dislocate sull'intero territorio nazionale, ove permangono in attesa della definizione della domanda di protezione internazionale. Essi si differenziano in: CPA ex art.9 D. Lgs. n. 142/2015 [localizzati a: Bari; Brindisi; Isola di Capo Rizzuto (KR); Gradisca d'Isonzo (GO); Udine; Manfredonia (FG); Caltanissetta; Messina; Treviso] e CAS, strutture reperite dai Prefetti a seguito di appositi bandi di gara (ex art. 11 D. Lgs. n. 142/15). Attualmente le strutture attive sul territorio nazionale sono circa 5.000, con una capacità di poco meno di 80.000 posti. Nell'ambito della prima accoglienza sono, inoltre, ancora

attivi 8 progetti FAMI in scadenza al 31 dicembre 2020 dedicati ai minori stranieri non accompagnati, per un totale di 350 posti.

Nei CPR, ex art.14 D. Lgs. 286/1998, istituiti per consentire l'esecuzione del provvedimento di espulsione da parte delle forze dell'ordine, sono trattenuti gli stranieri irregolarmente soggiornanti in Italia che non presentano richiesta di protezione internazionale o non ne hanno i requisiti, nei cui confronti sono state avviate le procedure di identificazione per l'espulsione e il rimpatrio. Il tempo di permanenza è funzionale alle procedure di identificazione e a quelle successive di espulsione e rimpatrio.

La *seconda accoglienza* è invece assicurata mediante progetti di assistenza alla persona e di integrazione nel territorio che vengono attivati dagli enti locali aderenti al Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati (SIPROIMI). Sono attivi alla data del 15 luglio 809 progetti di accoglienza in oltre 1800 comuni per una capienza di 31.314 posti disponibili, di cui 22.955 occupati al 30 giugno 2020 (fonte ministero interno e sito SIPROIMI).

Dal punto di vista della mobilità verso l'esterno, il sistema di accoglienza per i migranti è costituito sia da comunità residenziali aperte, in cui gli ospiti – al termine delle operazioni di identificazione e determinazione dello status giuridico - sono registrati all'ingresso ma possono uscire liberamente (CPA, CPA con funzione di *hotspot*, CAS e SIPROIMI) sia da centri chiusi (CPR), nei quali il migrante è ristretto sia verso l'esterno che in alcuni spazi interni. Tutte queste strutture presentano aree comuni, di servizio e di socialità, e soluzioni di pernotto diversificate, variando da camere singole a camerate con decine di letti. Nei centri con tali soluzioni condivise, il maggior rischio di esposizione e di contagio della popolazione ospitata è relativo principalmente ai nuovi arrivi, ma è anche relativo ai contatti tra gli ospiti e con il personale dei servizi. Caratteristica del SIPROIMI è l'accoglienza diffusa e per piccoli numeri, in larga parte attraverso appartamenti di civile abitazione.

Benché rispetto al passato, all'interno di tali centri non si registrino particolari situazioni di sovraffollamento, l'elemento della saturazione (numero di ospiti sul numero dei posti letto) potrebbe giocare tuttavia un fattore di incremento di rischio di infezione: dai dati preliminari dell'indagine nazionale dell'INMP sui centri di accoglienza e COVID-19 si osserva infatti che, mentre la media regionale dell'indice di saturazione calcolato

tra i centri sui quali non è stato osservato alcun caso positivo è pari al 78,6%, lo stesso indice calcolato sui centri nei quali è stato osservato almeno un caso positivo è pari all'87,7% (dati INMP non pubblicati). Per i Centri in cui vi è libertà di movimento, la mobilità con l'esterno rappresenta l'elemento principale di rischio per l'esposizione e il contagio mentre le attività routinarie collettive (utilizzo dei servizi igienici, consumazione dei pasti nelle sale comuni, attività ricreative, ecc.) possono rappresentare l'elemento di rischio principale per la diffusione.

2. Accoglienza delle persone SFD e a marginalità socio-sanitaria

Un quadro chiaro dei servizi di tipo sociale a popolazioni prive di uno spazio abitativo è fornito dalle linee di Indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia, del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali (adottate con l'accordo concluso in Conferenza unificata il 5 novembre 2015). La gestione ed erogazione dei servizi e degli interventi sociali rientrano principalmente nelle funzioni amministrative dei Comuni, che le esercitano in forma singola o associata, in base alla legge dell'8 novembre 2000, n. 328 e alla legislazione regionale (con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 di cui alla Legge Costituzionale n. 3/2001, le politiche sociali sono ricomprese nella competenza residuale delle Regioni), nonché in base alla programmazione regionale e locale. Inoltre, in ragione dei reciproci condizionamenti tra marginalità sociale e bisogno sanitario, gli interventi e i servizi sociali presentano una forte continuità con quelli socio-sanitari, secondo il quadro giuridico e istituzionale basato sull'art. 3-septies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., sull'art. 22 della legge n. 328/2000 e sugli artt. 21 ss. del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, nonché sulla legislazione regionale di settore.

Tenuto conto che l'erogazione dei servizi avviene grazie ad una diffusa ed estesa partecipazione del terzo settore, anche attraverso forme di accreditamento e convenzione, si riscontrano:

1. Accoglienza notturna a bassa soglia, con aumento della disponibilità di accessi nei periodi definiti di emergenza (climatica o sanitaria, come nel COVID-19);
2. Accoglienze diurne che ospitano le persone senza dimora durante il giorno e forniscono risposte ai bisogni primari, relazionali e sociali.

3. Servizi di Bassa Soglia per la risoluzione dei bisogni primari (mense, servizi di distribuzione di beni di prima necessità, servizi per la cura dell'igiene);
4. Servizi di presa in carico (ambulatori del SSN o del terzo settore e comunità terapeutiche⁸).

Le strutture di accoglienza richiamate al punto 1 sono strutture abitative di tipo civile e quindi dotate di camere e servizi igienici spesso condivisi e di alcuni spazi comuni.

Le strutture di cui ai punti 2 e 3 presentano, quali caratteristiche principali, la condivisione di spazi e attività con altri utenti e con gli operatori. Tutte sono caratterizzate da un alto turnover e da una elevata mobilità con l'esterno, il cui rischio relativo all'esposizione e al contagio si somma a quello derivante dal contatto con il personale dei servizi.

Durante la pandemia, in ragione della particolare condizione di fragilità socio-sanitaria e abitativa e la promiscuità a cui le persone SFD sono state esposte, per via della fruizione di servizi dedicati ad alta frequentazione che li rendono maggiormente esposti al contagio e moltiplicatori dello stesso, i Comuni si sono adoperati per:

- la riconversione in h24 dei servizi notturni, in modo da contenere le uscite delle persone;
- l'individuazione di ulteriori centri di accoglienza, anche di piccole dimensioni, mutuando l'esperienza del SIPROIMI (basata principalmente su piccoli centri di accoglienza in appartamento);
- la riorganizzazione dei servizi mensa (riduzione accessi e distribuzione pasti da asporto);
- la predisposizione di protocolli e strutture per la gestione della quarantena.

b) Soluzioni con organizzazione scarsa o nulla

Per soluzioni con organizzazione scarsa o nulla si intende una pluralità di situazioni con caratteristiche disomogenee tra loro accomunate però dal carattere di informalità e di generale mancanza di servizi essenziali. Esse includono: 1) insediamenti spontanei di piccoli gruppi isolati, che vivono in ripari di fortuna in condizioni di estrema emarginazione sociale; 2) singoli individui che vivono in strada, anch'essi in condizioni di estremo isolamento.

⁸Tali comunità terapeutiche annoverano anche le strutture residenziali e/o semiresidenziali con compiti terapeutico riabilitativi, nei confronti di persone dipendenti da sostanze stupefacenti, finalizzati al reinserimento della persona nella società.

mento sociale, che talvolta fruiscono dei servizi sul territorio, anche di tipo alloggiativo; 3) comunità, anche numerose, che condividono occupazioni abusive, come edifici abbandonati o campi o ripari di fortuna, in cui possono essere disponibili, a volte e in modo non regolare, servizi essenziali quali i servizi igienici, la corrente elettrica, l'acqua corrente o la raccolta dei rifiuti. Tali ultimi luoghi possono essere occupati temporaneamente, come nel caso delle persone cosiddette "transitanti" oppure per medio-lungo periodo, come nel caso dei Rom, Sinti e Caminanti, o nel caso dei palazzi occupati abusivamente o degli insediamenti per la raccolta stagionale dei prodotti agricoli.

Tali contesti non rappresentano certamente ambienti di vita coerenti con una adeguata tutela della salute delle persone che vi abitano e, pertanto, andrebbero superati in radice. Tuttavia, nell'ottica del presente documento, che ritiene comunque prioritario contenere il rischio di esposizione a e contagio da CoV-Sars-2, tali luoghi entrano a far parte dei *setting* destinatari delle indicazioni operative di gestione.

Le persone che vivono in questi *setting* dipendono, per la loro sussistenza, seppure in misura diversificata, dal supporto delle reti locali di assistenza (servizi sociali e terzo settore), da opportunità di sostentamento informali di tipo occasionale (privati cittadini e benefattori) nonché da iniziative di assistenza umanitaria. Pertanto, qualsiasi piano o misura relativa alla gestione dell'epidemia di COVID-19 in tali specifici *setting* deve tener conto della interdipendenza tra il bisogno espresso, implicito ed esplicito, di queste persone e l'offerta di servizi sociali e sanitari pubblici e privati. Tale relazione può giocare, nel contesto dell'epidemia, un ruolo di snodo virtuoso a favore di soggetti altrimenti difficilmente raggiungibili e ingaggiabili. In questi *setting* il sistema pubblico deve necessariamente misurarsi con la concreta attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale e mediante una organizzazione più efficace di reti di assistenza di prossimità, intervenendo direttamente nei luoghi ove si manifesta il bisogno e affrontandolo con strumenti culturalmente orientati e con risposte proporzionate e appropriate. Il rapporto sussidiario tra enti pubblici ed enti privati e del terzo settore, che già esiste in questi contesti e che le presenti indicazioni operative intendono favorire nella prospettiva specifica della prevenzione dei contagi da COVID-19, va inteso in ottica non sostitutiva, restando ferme le responsabilità normativamente previste (in particolare con riferimento all'accertamento dei casi sospetti, che rimane di spettanza dell'autorità sanitaria), bensì collaborativa, anche attraverso la valorizzazione degli ordinari momenti di contatto con la persona fragile quali momenti sia

di *empowerment* della medesima (educazione sanitaria di base alle regole di igiene personale, all'uso della mascherina, al mantenimento del distanziamento fisico; sensibilizzazione al controllo orizzontale all'interno delle piccole comunità) sia di segnalazione precoce all'autorità sanitaria di possibili casi sospetti.

In alcuni insediamenti (campi RSC, campi per lavoratori stagionali e insediamenti nei palazzi occupati) la popolazione vi risiede per periodi medio-lunghi e, spesso, è stata già oggetto di interventi di prossimità con garanzia di alcuni servizi essenziali, quali acqua corrente, elettricità e smaltimento dei rifiuti, rapportati quantitativamente alla popolazione che stabilmente occupa l'insediamento. All'interno di queste comunità spesso si riscontrano delle strutture gerarchiche dove è possibile individuare interlocutori con i quali stabilire relazioni utili alla definizione di interventi attivi. Tuttavia, oltre a questa popolazione che potremmo definire stabile, negli stessi insediamenti sono anche presenti persone "transitanti", di solito per periodi brevissimi. La loro presenza determina una insufficienza relativa dei servizi messi a disposizione e la difficoltà, da parte del soggetto pubblico, di coinvolgere la comunità nella sua interezza.

Nel quadro della disomogeneità organizzativa richiamata, i principali fattori di rischio da considerare sono: l'assenza di un'organizzazione convenzionale che assicuri una catena decisionale e di gestione dei flussi informativi; la frequente scarsità di beni e servizi essenziali, quali l'acqua corrente e la luce; l'impossibilità di reperire in autonomia i presidi sanitari per la corretta igiene personale; la difficoltà di rispettare il minimo distanziamento fisico e la generale indisponibilità di luoghi per l'isolamento dei casi sospetti; l'estrema emarginazione sociale e il difficile accesso delle persone ai servizi sanitari e, di questi ultimi, agli insediamenti, fatto che ostacola l'identificazione precoce dei casi sospetti e la strutturazione di un sistema efficace di intervento dell'autorità sanitaria; la frequente presenza di persone con malattie croniche poli-morbose e con diagnosi psichiatriche e, da ultimo, l'elevata mobilità sul territorio.

4. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Il 30 gennaio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'epidemia dovuta al nuovo coronavirus SARS-CoV-2 una «Emergenza di Sanità Pubblica di Rilevanza Internazionale», in base al Regolamento Sanitario Internazionale del 2005. COVID-19 (CoronaVirus Disease-19) è il nome assegnato dall'OMS l'11 febbraio 2020 alla malattia causata dal virus SARS-CoV-2, epidemia originata nel *wet-market* della città di Wuhan, nella provincia di Hubei, in Cina. Essa si è rapidamente diffusa a livello planetario, tanto che l'11 marzo 2020, OMS ha modificato la definizione del livello dell'infezione da SARS-CoV-2, portandolo da epidemia a pandemia.

L'epicentro della pandemia, col passare delle settimane, si è progressivamente spostato, prima dalla Cina all'Europa occidentale, e poi negli Stati Uniti, in America Latina, in Russia e nel subcontinente indiano. Un certo numero di casi è stato anche diagnosticato in Medio Oriente e nel continente africano, anche se il livello di diffusione in quest'ultimo appare essere allo stato attuale più contenuto.

In Italia, dopo la dichiarazione, il 31 gennaio, dello stato di emergenza per rischio sanitario da parte del Consiglio dei ministri, il 20 febbraio è stato individuato il primo caso italiano in un paziente di 35 anni, ricoverato in terapia intensiva nell'Ospedale di Codogno e trovato positivo al SARS-CoV-2.

Al fine di contenere l'epidemia, il Governo italiano ha attuato misure preventive di sanità pubblica di “distanziamento fisico” e di limitazione degli spostamenti, dapprima localizzate in alcune aree maggiormente interessate dall'epidemia e successivamente esteso all'intero territorio nazionale, il cosiddetto *lockdown*, a partire dai d.p.c.m. del 9 e dell'11 marzo 2020.

Dall'inizio dell'epidemia fino al 15 luglio 2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 243.506 casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionale e 34.997 decessi. L'età mediana dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 è di 61 anni. Bisogna tuttavia segnalare che, specie nell'ultimo periodo, una quota rilevante dei cosiddetti “nuovi casi”, deriva da attività di screening piuttosto che da tracciamento.

La diffusione geografica dell'epidemia è stata molto contenuta nelle Regioni del Sud e nelle Isole, mediamente più elevata in quelle del Centro rispetto al Mezzogiorno e molto elevata nelle regioni del Nord Italia.

Le curve nazionali dei casi diagnosticati e dei decessi hanno iniziato a decrescere solo negli ultimi giorni di marzo. Il picco dei nuovi casi si è registrato il 21 marzo (6.657 in un giorno), dei decessi il 27 marzo (969 casi in un giorno). Il 3 aprile si è registrato il numero massimo di ricoverati in terapia intensiva (4.068) per COVID-19, il 4 aprile quello dei ricoverati con sintomi (9.010), mentre il numero più alto di persone attualmente positive si è avuto il 18 aprile 2020 (108.257).

Il miglioramento delle curve epidemiche ha portato il Governo italiano a una riapertura delle attività commerciali del Paese, parziale il 4 maggio e totale il 3 giugno, pur permettendo l'obbligo del "distanziamento fisico", dell'utilizzo delle mascherine nei luoghi chiusi e di quarantena se provenienti da Paesi extra-Schengen⁹.

In generale, a metà luglio il numero di nuovi casi di infezione risulta limitato, anche per l'efficacia delle misure adottate di contenimento e controllo, consistenti nell'identificazione precoce, nel trattamento, nell'isolamento e nella sorveglianza attiva (*Tracing, Testing and Treating*), che hanno migliorato la possibilità di interrompere sul nascere potenziali catene di trasmissione. Inoltre, le migliorate conoscenze sul decorso della malattia, come anche la riduzione dell'intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi/isolamento, hanno ridotto la percentuale di casi che richiedono ospedalizzazione e ricorso a terapia intensiva. Nonostante ciò, persiste un certo numero di focolai in comunità e strutture residenziali (case occupate, collegi, fabbriche e RSA); questo dato indica che la circolazione di SARS-CoV-2 è ancora rilevante e che in condizioni sfavorevoli può attivare focolai anche estesi.

In definitiva, la situazione epidemiologica in Italia rimane estremamente fluida e l'andamento dell'epidemia in questa fase di transizione suggerisce un atteggiamento prudentiale, tanto più che la pandemia sta facendo registrare nuovi record nel numero di contagi e decessi in molti Paesi, quali ad esempio Stati Uniti, Brasile e India, il forte incremento di casi in Paesi di forte emigrazione verso l'Italia (come ad esempio il Bangladesh) e l'inne-

⁹ D.p.c.m. 11 giugno 2020 così come prorogato e integrato dal d.p.c.m. 14 luglio 2020

sco di una seconda ondata in molti Paesi dell'area balcanica, così come in alcuni Paesi europei.

Pertanto, è fondamentale insistere con il rispetto delle norme comportamentali basate sul lavaggio delle mani e sul distanziamento fisico, con l'uso della mascherina chirurgica in ambienti chiusi. È inoltre rilevante puntare, in tale quadro epidemiologico nazionale, all'individuazione precoce delle condizioni di maggior rischio di esposizione e di contagio in particolari *setting*, specie se popolati da persone fragili, sia accolte all'interno di strutture e sistemi organizzati sia occupanti spazi di fortuna a scarso grado di organizzazione. In questi contesti, la gestione del rischio da parte delle istituzioni deve divenire sempre più un'attività condivisa con gli enti del terzo settore, che prestano la propria opera a contatto con le persone vulnerabili, e fondata su un coinvolgimento responsabile dei medesimi all'interno di partenariati e collaborazioni con i servizi pubblici.

5. ATTIVITÀ PREPARATORIE NEI *SETTING*

In questo capitolo sono definite le azioni da intraprendere affinché nei *setting* di accoglienza e in quelli a organizzazione scarsa o nulla in cui si erogano servizi essenziali si possa operare in sicurezza nei confronti del virus, mitigando il rischio e individuando precocemente eventuali casi o cluster epidemici. Si eseguono, in successione, la valutazione dei rischi, la riorganizzazione delle attività normalmente svolte, l'eventuale adattamento dei locali, la formazione del personale d'assistenza, l'informazione degli ospiti e il flusso informativo all'autorità sanitaria. La puntuale realizzazione della attività preparatorie rappresenta il ragionevole presupposto al funzionamento delle procedure operative successivamente adottate nei diversi *setting*. Bisognerà dare la giusta enfasi affinché ogni centro completi in tempi brevi le attività preparatorie indicate, per poter accogliere gli ospiti in sicurezza.

Nelle strutture e nei luoghi con organizzazione scarsa o nulla, tali prescrizioni sono più difficilmente osservabili; si cercherà comunque di adottare, con l'aiuto fondamentale del personale di assistenza pubblico o del terzo settore, quelle comunque eseguibili (almeno il lavaggio/disinfezione delle mani, l'uso della mascherina, il distanziamento minimo).

a) Valutazione del rischio

In ogni *setting* è necessario effettuare una valutazione del rischio specifico che miri ad individuare, in aggiunta al rischio generale derivante dalla collocazione della struttura sulla piramide del rischio, quelle situazioni in cui i metodi comuni di contenimento del contagio - distanziamento fisico, limitazione dei contatti, igiene delle mani e protezione delle vie respiratorie, pulizia degli ambienti e sanificazione, uso e disponibilità di DPI e possibilità di gestire in sicurezza i casi, sospetti, probabili e confermati (Box 1) - non sono applicabili in modo efficace. La valutazione del rischio specifico permette così di individuare soluzioni per mitigare o azzerare i punti deboli rilevati. La valutazione deve includere anche la verifica che tutte le procedure rilasciate siano effettivamente conosciute sia dal personale di assistenza che dagli ospiti, a seconda della rilevanza. Tale valutazione è opportuna per ogni tipo di *setting*, tenendo conto delle specificità dei diversi gruppi di popolazione. Ad esempio:

- barriere linguistiche e culturali nella comunicazione dei rischi di infezione da SARS-CoV-2 e delle conseguenti misure di protezione da adottare;
- presenza di eventuali patologie croniche;
- promiscuità e sovraffollamento degli ambienti;
- uso di oggetti condivisi;
- scarso o assente accesso alle risorse per l'igiene personale;
- assenza di un luogo idoneo a garantire un isolamento efficace;
- assenza di continuità nella erogazione dei servizi essenziali.

È utile che i rischi valutati vengano riportati su una matrice documentale per le successive azioni volte alla loro mitigazione e al loro controllo. Per ogni *setting* deve essere anche definito il flusso delle informazioni, al fine di poter attivare l'Autorità sanitaria di competenza per la conferma e la gestione del caso e il tracciamento dei contatti.

b) Riorganizzazione delle attività

In tutti i *setting* oggetto del presente documento è frequente riscontrare condizioni di vita in spazi ristretti, condivisione di spazi comuni e un alto turnover; tutte sfide significative per l'applicazione efficace delle misure di contrasto al virus. Quindi, la prima attività da svolgere in ogni luogo, ove possibile, è individuare il numero massimo delle persone da ospitare in relazione alla capienza della struttura, rispettando la distanza di almeno 1 metro tra le persone, inclusi i locali ad uso collettivo. Sulla base di tale verifica, dovranno essere riesaminati i flussi interni, si dovrà provvedere alla distribuzione degli spazi, al contingentamento dei tempi di erogazione dei servizi e all'identificazione dei punti di erogazione in modo da ridurre il numero di utenti che vi accedono contemporaneamente. Inoltre, la suddivisione degli ospiti in piccoli gruppi che non abbiano contatti fra loro consentirebbe di limitare la potenziale diffusione di Sars-Cov-2, anche in caso di insorgenza di un cluster o di un focolaio, contenendolo in una sezione della popolazione ospitata. Le attività dovrebbero essere riorganizzate prevedendo sospensioni periodiche, al fine di assicurare il ricambio d'aria e la frequenza della pulizia e della sanificazione delle superfici e degli spazi più utilizzati. L'accesso di soggetti esterni deputati a funzioni essenziali per i diritti degli ospiti (ad esempio avvocati, operatori di ONG o rappresentanti delle organizzazioni internazionali) è regolato dall'organizzazione responsabile del *setting*, in modo da prevedere una limitazione della presenza di accompagnatori, una riduzione degli incontri all'essenziale, così come un luogo, ove disponibile, separato dagli ambienti comuni per lo svolgimento di tali incontri. Ogni struttura dovrà procedere con l'acquisto e lo stoccaggio di mascherine per gli utenti e DPI per gli operatori, così come di un adeguato quantitativo di materiale necessario alla pulizia e alla sanificazione¹⁰, in modo da assicurarne la costante disponibilità. Nei centri ad alta organizzazione, la linea di rifornimento dovrà essere definita con l'individuazione della scorta minima di magazzino che dovrà essere sempre mantenuta¹¹.

c) Adattamento dei locali

I locali devono essere adattati alle esigenze connesse con il mantenimento del distanziamento fisico, individuando percorsi separati di entrata e uscita; nell'unico punto di acces-

¹⁰ Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 e Rapporto ISS COVID-19, n. 25/2020

¹¹ Vedi Box 5

so alla struttura dovrà essere predisposta la misurazione della temperatura e la somministrazione di un questionario. Inoltre, dovranno essere predisposti schermi separatori per la maggiore protezione di chi lavora a contatto con l'utenza. Le norme di prevenzione dovranno essere riportate su segnaletica verticale e orizzontale, con messaggi semplici e multilingue (informazioni/infografiche con pittogrammi).

Deve essere predisposto uno specifico ambiente per la quarantena¹². Nel caso di centri di accoglienza di grandi dimensioni, è bene che le stanze di isolamento siano più di una, poste all'interno di un intero modulo dedicato o di un'ala del centro medesimo ad esso destinata, allo scopo di limitare se non azzerare i momenti di contatto promiscuo, anche accidentale, tra gli altri ospiti e i soggetti isolati al loro interno. Nel periodo di quarantena la persona deve ricevere assistenza (cibo, abiti puliti, eventuale assistenza medica e fornitura di farmaci necessari), interagendo solo con alcuni operatori preposti in modalità protetta. Deve essere tenuto attivo un canale di comunicazione continuo tra gli ospiti in quarantena e gli operatori.

d) Formazione degli operatori ed educazione sanitaria degli ospiti

Il personale di assistenza svolge un ruolo fondamentale nella prevenzione e nel controllo dell'infezione e, pertanto, deve ricevere una formazione adeguata al ruolo che assume nella gestione delle attività e dei contatti con l'utenza.

La formazione deve essere rivolta anche al personale non coinvolto direttamente nelle attività di assistenza (manutenzione, vigilanza, ecc.), per evitare che gli stessi si trasformino in vettori di infezione. La formazione deve essere calata nel livello organizzativo locale.

Il personale del terzo settore che opera a contatto con popolazioni in situazioni abitative spontanee e a scarsa organizzazione deve essere formato al pari del personale che lavora nei centri strutturati. Nella individuazione del proprio personale volontario che applicherà le procedure operative, è raccomandabile che gli enti del terzo settore valorizzino la presenza di volontari già formati o dotati di competenze professionali, al fine di indirizzare prioritariamente alle attività di formazione poc'anzi menzionata il personale che ne sia del tutto privo.

¹² Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 rev

Oggetto della formazione devono essere gli elementi conoscitivi sull'infezione da Sars-CoV-2 per la comprensione dei meccanismi di diffusione e, conseguentemente, dei comportamenti necessari a prevenire i focolai. Tra questi, la conoscenza delle regole di igiene e di comportamento sociale e la promozione dell'uso corretto dei presidi di protezione (igiene delle mani, corretto utilizzo delle mascherine e dei DPI, sia per le attività di routine sia per l'interazione con casi sospetti in luogo di isolamento) e la promozione del loro uso corretto tra gli ospiti. La formazione sulle misure di igiene personale deve garantire la capacità, per chi la riceve, di trasferire conoscenze e comportamenti corretti al personale ospitato nel centro. Obiettivo della formazione è rendere capaci gli operatori di gestire in sicurezza le comuni operazioni giornaliere di pulizia dei locali e delle suppellettili e di sanificare gli stessi in caso di assenza di uno specifico affidamento a ditta specializzata. L'addestramento sulla corretta applicazione delle procedure operative tende a rendere ogni operatore consapevole di quale attività è di sua competenza rispetto al ruolo che egli svolge e alla posizione che ricopre all'interno del flusso delle informazioni (da chi riceverle e a chi trasmetterle). Questo è, appunto, possibile attraverso la condivisione collettiva delle procedure proposte, la discussione di eventuali passaggi non chiari e l'attivazione di un sistema di *feedback* dagli operatori e dagli ospiti sul reale funzionamento delle stesse, al fine di proporre correttivi per una maggiore efficacia.

Il personale non sanitario sarà istruito su come intercettare precocemente segni e sintomi di una possibile infezione degli ospiti (vedi Box 1), anche avvalendosi di un questionario strutturato. Verranno date adeguate indicazioni al fine di fornire agli ospiti informazioni utili e per rafforzare il significato dei messaggi relativi alle misure di prevenzione e ai comportamenti più adeguati, ad iniziare dalle misure di igiene e protezione personale e dal distanziamento fisico.

e) Flusso informativo

Il sistema di controllo dell'epidemia si fonda sull'identificazione precoce dei casi, sul loro isolamento e sulla identificazione dei contatti ad opera dei servizi di igiene e salute pubblica. La loro attività dipende dalla segnalazione dei casi da parte dei MMG, di altri professionisti e operatori sanitari, piuttosto che comuni cittadini.

A tal riguardo, le Regioni e le Province Autonome hanno reso pubblici i numeri di emergenza COVID-19 da contattare per tale specifica finalità¹³.

Pertanto, per un flusso efficace devono essere individuati i referenti della comunità a cui riportare l'informazione di un caso intercettato durante la rilevazione giornaliera (responsabile del centro o la persona individuata per le attività nei luoghi non organizzati). Questi devono ricevere istruzioni chiare, possibilmente concordate con il Dipartimento di prevenzione, su chi debba essere allertato e su come effettuare la segnalazione (comunicazione al Dipartimento di prevenzione tramite numero regionale, tramite numero dedicato, comunicazione al MMG, ecc).

Da parte dei servizi sanitari si rileva l'importanza, quindi, che l'azienda sanitaria sia informata circa le strutture di accoglienza presenti nel territorio e le loro caratteristiche, così da reagire in modo rapido al riscontro di un caso nella comunità; per i luoghi con organizzazione scarsa o nulla è importante che il Dipartimento della prevenzione sia coinvolto nel partenariato individuato per la gestione della riduzione dei rischi, intervenendo così non solo nella definizione delle modalità di comunicazione ma anche delineando in anticipo le modalità di gestione dei casi.

Attività preparatorie specifiche nei *setting* a organizzazione scarsa o nulla

Nei luoghi con organizzazione scarsa o nulla, disomogenei e talvolta impervi, la comunità è spesso beneficiaria di sostegno dall'esterno e il mondo del terzo settore ne è l'attore principale. In tale condizione fattuale, il terzo settore può essere quindi leva, oltre che di assistenza e sussistenza nei confronti delle persone, di prevenzione e sorveglianza. Può, in altre parole, svolgere ruoli rilevanti che, conservando le responsabilità fondamentali in capo ai servizi sanitari, supportino le funzioni di prevenzione e di sorveglianza in chiave sussidiaria. Ma la gestione del rischio in questi determinati *setting* è possibile solo se, oltre alla collaborazione del settore pubblico (servizi sociali e Azienda sanitaria) con le organizzazioni del terzo settore che prestano la propria opera a diretto contatto con le persone più vulnerabili, vi sia anche una reale attivazione della stessa comunità.

¹³ <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/>

La collaborazione con gli enti del terzo settore si deve fondare su di un coinvolgimento mediante forme di partenariato e di collaborazione, che assicurino, ferme le competenze previste dalla normativa vigente, la definizione dei rispettivi compiti e delle rispettive responsabilità, anche a tutela di operatori e volontari degli enti medesimi. In questi *setting* è indispensabile prima di tutto l'identificazione puntuale di tutti i soggetti, pubblici e privati, in grado di contribuire efficacemente al controllo dell'epidemia, così come è necessaria una valutazione del livello di rischio specifico attribuibile. Il mantenimento del distanziamento fisico è in gran parte demandato alla responsabilità delle persone che vivono in quel determinato luogo; tuttavia, possono essere individuati, prevedendo la collaborazione degli enti del terzo settore e dei soggetti pubblici preposti (servizi sociali e Dipartimento prevenzione), alcune strategie di prevenzione e di mitigazione del rischio fondate anche sull'attivazione delle risorse della comunità.

Oltre ad assicurare la continuità dei servizi di assistenza di base aumentando la disponibilità di servizi per l'igiene rapportati al numero delle persone prese in carico, facilitando, dove possibile, la disponibilità di acqua corrente, sapone e disinfettanti efficaci per le mani, nelle soluzioni abitative spontanee deve essere concordato un approccio di riorganizzazione dei servizi, procedendo alla individuazione di specifici spazi e luoghi - ancorché non delimitati fisicamente - per svolgere le attività assistenziali in sicurezza, mantenendo il più possibile il distanziamento fisico.

Inoltre, è ragionevole proporre alla comunità una sua suddivisione in gruppi, preferibilmente su base familiare, che limiti al massimo il contagio al di fuori del gruppo ristretto di appartenenza. Questo approccio permette, in caso di cluster in uno dei gruppi determinati, di contenere l'infezione al loro interno, tracciando e prendendo in carico un numero più ristretto di persone.

Nei *setting* non organizzati, pertanto, ogni sforzo dovrà essere effettuato per garantire la disponibilità di mascherine e gel disinfettanti alle persone. Non essendo possibile il mantenimento di una scorta minima, le associazioni dovranno essere sensibilizzate a individuare un referente che garantisca, in relazione a tale linea di approvvigionamento, la pronta disponibilità. Il personale delle associazioni che interagisce con le persone in questi luoghi dovrà indossare i previsti DPI e dovrà essere formato, in analogia alla formazione erogata agli operatori dei centri di accoglienza organizzati. La raccomandazione con-

cernente l'adozione di protocolli di collaborazione (vedi oltre) è finalizzata anche a far fronte alle esigenze di formazione, che variano a seconda dei soggetti coinvolti e del livello di organizzazione del contesto.

6. PERSONALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI NEI DIVERSI *SETTING*

Dall'analisi dei *setting*, emerge che essi sono accomunabili essenzialmente per grado dell'organizzazione e per livello di mobilità degli ospiti con l'esterno. In particolare, si identificano due procedure operative: una per l'accoglienza di tipo organizzato, che tiene conto delle necessità di comunità aperte e chiuse; l'altra dedicata ai *setting* con organizzazione scarsa o nulla, dove le azioni preparatorie, per primo l'ingaggio della società civile e del terzo settore, giocano un ruolo centrale.

a) Procedure nell'accoglienza organizzata

Ingresso nel sistema di accoglienza

Alla frontiera, terrestre o marittima, si raccomanda che oltre alla valutazione di eventuale vulnerabilità o di specifici bisogni, le persone neogiunte irregolarmente vengano sottoposte a tampone rino-faringeo dalla Azienda sanitaria competente per la ricerca di Sars-CoV-2. Tale indicazione trova fondamento nella necessità di valutare, in tempi brevi e in modo specifico e appropriato, l'infettività del soggetto, al fine di consentire la giusta collocazione in alloggi dedicati alle specifiche tipologie di isolamento, in assenza di un domicilio privato del soggetto, nelle modalità più idonee a tutelare la salute dello stesso e quella della comunità che lo accoglie.

In esito alla lettura dei risultati del tampone:

1. i **soggetti positivi** sono posti in isolamento in spazi o strutture individuate sentita l'autorità sanitaria¹⁴;
2. i **soggetti negativi** di coorti con casi positivi confermati al loro interno sono posti in quarantena dall'autorità sanitaria nelle strutture di cui al primo punto, ma in aree totalmente separate da quelle dedicate ai soggetti in isolamento. Laddove non fosse possibile assicurare tale netta separazione oppure allocarvi i soggetti negativi a causa di indisponibilità di posti liberi, essi sono alloggiati per la quarantena all'interno di aree dedicate nei centri di accoglienza, in spazi appositamente individuati e dedicati;
3. i **soggetti negativi** di coorti senza casi positivi confermati al loro interno, sono direttamente posti in quarantena presso i centri di accoglienza, in spazi appositamente individuati e dedicati.

I minori stranieri non accompagnati svolgono i rispettivi periodi di quarantena/isolamento preferenzialmente presso i centri per minori stranieri non accompagnati, ove disponibili, in aree appositamente predisposte e dedicate (Repertorio n. 80/CU del 9 luglio 2020). Per la gestione di tali aree, vedere Rapporto ISS COVID-19 1/2020.

L'accesso ai moduli per la quarantena, che avviene con percorsi dedicati, identificati in precedenza all'interno del centro, è riservato solo al personale di servizio dotato di DPI adeguati che provvede alla pulizia dei locali e alla consegna in camera e al ritiro dei pasti e dei letterecci, così come al personale dell'Azienda sanitaria locale che vi accede per l'esecuzione della sorveglianza sanitaria.

Trasferimenti

Il sistema di accoglienza prevede l'avanzamento al proprio interno degli ospiti in relazione sia alle fasi del percorso sia alle disponibilità di posti all'interno delle strutture. Si identifi-

¹⁴ Vedi nota 7 a pagina 12.

cano due tipi di trasferimento:

- trasferimento immediatamente successivo all'arrivo in Italia, per lo svolgimento del periodo di isolamento o quarantena (T1 della Fig. 5). Per i migranti che non hanno ancora avuto il risultato del tampone, sul mezzo di trasporto è obbligatorio l'uso della mascherina chirurgica, il distanziamento fisico e l'igienizzazione delle mani. L'autista indossa l'FFP2, così come il personale di accompagnamento sul mezzo, il quale è dotato anche di camice monouso, guanti e occhiali protettivi;
- trasferimento in esito all'isolamento/quarantena (T2 della Fig. 5), durante il quale tutti i passeggeri, compreso l'autista e il personale di accompagnamento, indossano la mascherina chirurgica e rispettano il distanziamento fisico e l'igiene delle mani¹⁵. Tali modalità si applicano anche ai trasferimenti organizzati da una struttura di accoglienza a un'altra.

Al fine di evitare prestazioni sanitarie ripetute e inappropriate per il migrante così come di favorire la continuità assistenziale, in occasione dei trasferimenti descritti al secondo punto (T2) lo stesso migrante è accompagnato dalla documentazione sanitaria che lo riguarda.

Accesso e permanenza nelle strutture di accoglienza organizzata

Nell'ingresso di tutte le strutture di accoglienza organizzata dove è presente un operatore in modo stabile deve essere previsto un punto unico di accesso in un locale adibito alla intercettazione precoce di possibili casi sospetti, per il quale le persone transitino singolarmente e in modo controllato.

Durante tale attività di rilevazione (Box 2) la persona in ingresso indossa una mascherina chirurgica, eventualmente fornita dall'operatore, il quale esegue le seguenti tre operazioni:

1. misurazione della temperatura con dispositivo che non richieda il contatto con il soggetto esaminato (*termoscanner*) per assicurarsi che la temperatura corporea sia inferiore a 37,5°C;

¹⁵ Indicazioni tratte da "Linee guida del trasporto pubblico per le modalità di informazione agli utenti e le misure organizzative per il contenimento della diffusione del COVID-19 indicate al d.p.c.m. del 26 aprile 2020" - MIT

2. riscontro di segni e sintomi di COVID-19;
3. richiesta di informazioni su contatti stretti con Sars-CoV-2 positivi.

Le operazioni 2 e 3 si svolgono avvalendosi di un breve questionario intervista strutturato, la cui somministrazione è assistita, ove necessario, da un mediatore culturale.

All'esito negativo delle citate operazioni, la persona accede alla struttura.

Se la temperatura è superiore a 37,5°C e/o o il questionario evidenzia gli elementi di cui ai punti 2 e 3, la persona viene immediatamente posta nel locale identificato per l'isolamento e viene allertato il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria competente per gli accertamenti e i provvedimenti del caso.

Queste operazioni assolvono a una funzione di "triage" in senso lato, tesa a garantire la precoce intercettazione di un possibile caso sospetto. Pertanto, esse devono essere eseguite anche nelle strutture di piccole dimensioni, in cui non è prevista la presenza costante di un operatore.

Nei CPR, che non prevedono mobilità degli ospiti con l'esterno, in occasione del triage di ingresso viene esibita la certificazione del tampone rino-faringeo per il virus Sars-CoV-2 eseguito entro le 48 ore precedenti se la persona proviene dal territorio; altrimenti, all'atto dell'ingresso, il soggetto è sottoposto al tampone rino-faringeo e mantenuto in isolamento in attesa dell'esito. Se, invece, vi accede provenendo direttamente dall'hotspot o CPA esibisce la certificazione dell'ultimo tampone eseguito.

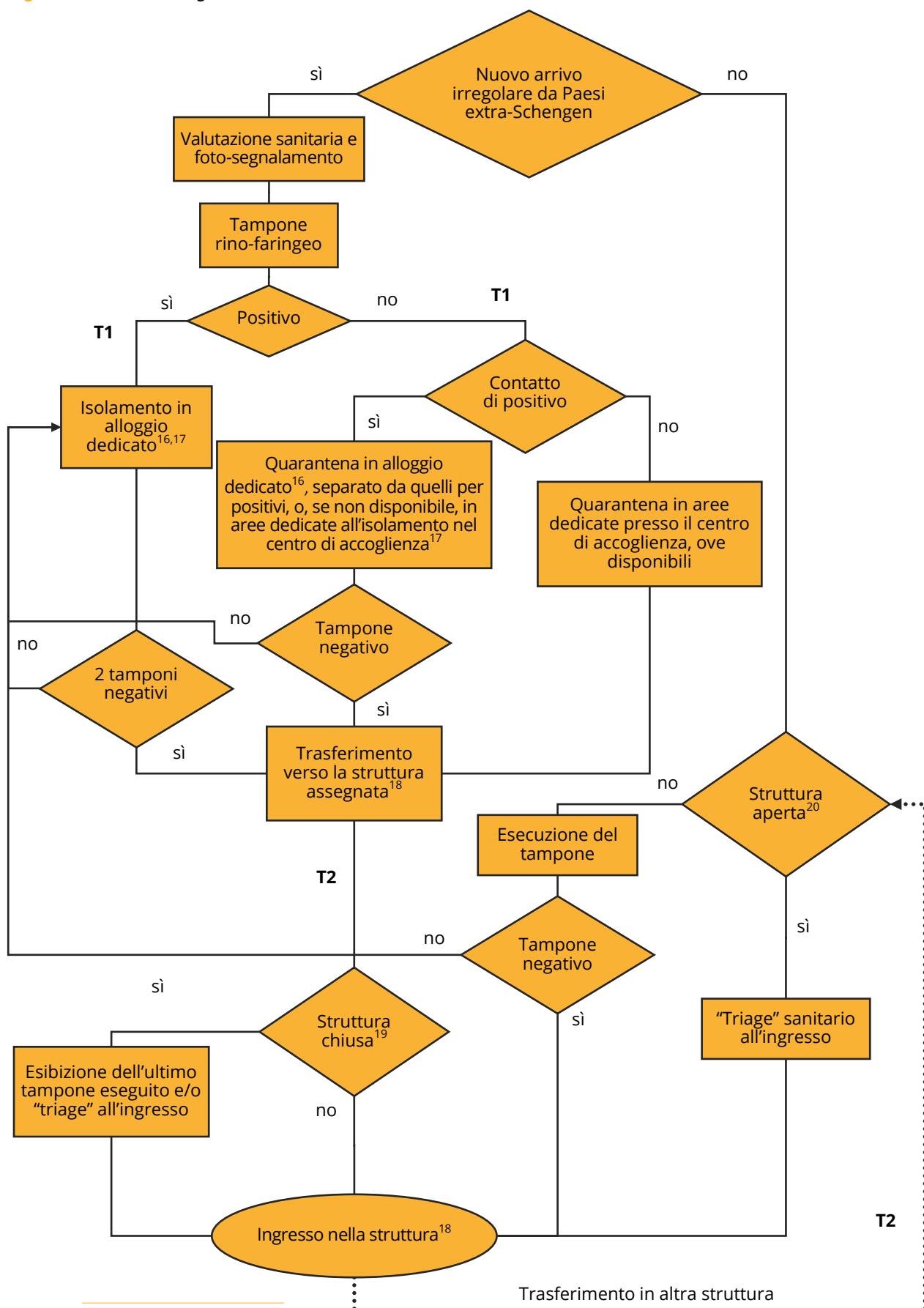
Permanenza in centri aperti

Nei centri in cui è prevista la presenza costante di operatori, si raccomanda di eseguire le operazioni di "triage" una volta al giorno.

Nelle strutture in cui, invece, la presenza non è assicurata in maniera continuativa, tali operazioni sono svolte, di *routine*, dagli stessi ospiti appositamente istruiti e, in occasione degli accessi programmati dell'operatore, da quest'ultimo.

In presenza di un caso sospetto, il responsabile del centro avverte telefonicamente il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria così come il medico di Medicina generale presso cui l'assistito risulta eventualmente iscritto, seguendo le procedure concordate in precedenza.

Figura 5 - Gestione degli accessi nelle strutture residenziali, semiresidenziali e diurne



¹⁶ Vedi nota 7 a pagina 12 del documento.

¹⁷ I minori stranieri non accompagnati, positivi o negativi al tampone, svolgono i rispettivi periodi di quarantena/isolamento, ove disponibili, presso i centri per minori stranieri non accompagnati in aree appositamente predisposte e dedicate.

¹⁸ Le modalità di trasferimento sono definite nel Capitolo 6, lettera a).

¹⁹ Le strutture possono essere chiuse per caratteristiche strutturali (CPR) o per effetto di disposizioni delle autorità di governo.

²⁰ Le strutture aperte posso essere residenziali (es. accoglienza notturna per persone SFD, CPA, CAS, SIPROIMI), semiresidenziali e diurne (es. accoglienze diurne, servizi a bassa soglia).

L'ente gestore dovrà mettere in atto, nel frattempo, le misure di isolamento temporaneo dell'ospite fino all'esito della verifica eseguita dal Dipartimento medesimo, seguendo tutte le precauzioni previste dalle indicazioni vigenti.

Gli operatori procedono nell'assistenza diretta dell'ospite riducendo al minimo indispensabile i propri ingressi nella stanza e utilizzando idonei dispositivi di protezione individuale (tra cui l'FFP2).

Se non è possibile garantire misure di isolamento efficaci presso il centro, l'Azienda sanitaria di riferimento valuterà il trasferimento dell'ospite in una apposita struttura esterna.

b) Procedure nelle situazioni a organizzazione scarsa o nulla

È stato già richiamato come nel "contatto" quotidiano con i gruppi di persone assistite, il terzo settore possa supportare le funzioni di controllo del loro stato di salute, attraverso, ad esempio, la misurazione della temperatura corporea così come la raccolta di informazioni attraverso un breve questionario strutturato, in occasione dell'erogazione quotidiana di assistenza o di servizi essenziali. Tali *routine* saranno utili al Dipartimento di prevenzione nell'individuazione precoce di un caso sospetto, nella circoscrizione del fenomeno al gruppo più ristretto della comunità e nella presa in carico delle persone affette con la sterilizzazione del possibile focolaio. L'elemento temporale e la prossimità sono, quindi, i due *driver* della sorveglianza attiva della comunità e dell'identificazione precoce dei casi, in un'ottica di mitigazione del rischio e talvolta del danno.

Per la mitigazione del rischio è necessario quindi: condurre una valutazione epidemiologica specifica per sito per determinare il rischio di contagio e diffusione del virus, sulla base della situazione epidemiologica nazionale e dell'area in cui il sito stesso è collocato, le caratteristiche di salute della comunità, nonché le caratteristiche del sito in termini di amplificatore della trasmissione (identificare al suo interno le aree più a rischio per sovraffollamento o con una percentuale più elevata di popolazione vulnerabile). Su questa base dovrà essere sviluppato un piano specifico di preparazione e risposta per ciascun sito collettivo o per siti con analoga tipologia (es. campi RSC, palazzi occupati, ecc.), in linea con i piani nazionali e locali e attuabile, che tenga conto dei rischi specifici e che definisca in modo univoco la linea di comunicazione con le autorità sanitarie del territorio.

Nell'azione di identificazione precoce dei casi svolge pertanto un ruolo rilevante anche la stessa comunità opportunamente formata e sensibilizzata. In considerazione delle difficoltà nell'individuare e valutare lo stato di salute dei nuovi arrivi, alla comunità devono essere rese disponibili indicazioni chiare sui comportamenti da adottare per la prevenzione del contagio, deve essere assicurata la disponibilità di DM/DPI e di informazioni sui sintomi di COVID-19, sui comportamenti da adottare in presenza di caso sospetto e a chi riportare tali casi²¹.

Inoltre, bisogna mantenere attivi i servizi di assistenza, anche in loco, o potenziarli sulla base della predetta valutazione (distribuzione di cibo e altri generi di prima necessità, registrazione / iscrizione per assistenza, istruzione, ecc.) organizzandoli in modo da evitare gli assembramenti e limitare al massimo i contatti. In questo caso, la distribuzione dovrà essere processata e strutturata in modo da rispettare le norme di distanziamento fisico (organizzazione su più turni, giorni di distribuzione e punti di distribuzione differenziati).

Il personale che gestisce tali servizi deve essere opportunamente informato sui rischi di possibile contagio derivanti dall'attività di assistenza svolta e deve, quindi, agire nel rispetto delle indicazioni per il contrasto alla diffusione del virus. L'operatore che individua un caso sospetto o che riceve una segnalazione di sintomi da parte di un utente che è in attesa, informa tempestivamente la persona dell'associazione referente nei confronti dell'autorità sanitaria competente. Il referente procede anche ad annotare i contatti stretti del caso sospetto per supportare il Dipartimento di prevenzione nelle misure di prevenzione e isolamento. È fondamentale, quindi, seguire la linea di comunicazione e di *reporting* per i casi sospetti precedentemente definita, comunicando con la persona di contatto identificata.

Nelle occupazioni spontanee e di fortuna è importante considerare anche i meccanismi negativi, culturali e sociali, collegati alla scarsità di spazio negli alloggi disponibili e all'eventuale raggruppamento di persone basato su relazioni diverse da quelle familiari (ad esempio bambini e donne di diverse famiglie che dormono insieme, uomini adolescenti e adulti che condividono un alloggio).

In caso di persone particolarmente a rischio di COVID-19 complicata, a causa delle condizioni di salute preesistenti, si deve cercare di offrire loro, in via prioritaria, una alternativa

²¹ L'individuazione dei soggetti e delle modalità esecutive di tali attività dovrebbero essere oggetto del protocollo di collaborazione di cui al Box 6.

Figura 6 - Check-list per la gestione dei setting a organizzazione scarsa o nulla

| | |
|--|---|
| Stabilire il partenariato tra istituzioni e enti del terzo settore relativo al setting a organizzazione scarsa o nulla²² | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> È stata eseguita la ricognizione delle associazioni che operano nel <i>setting</i> <input type="checkbox"/> Sono stati definiti la responsabilità e i ruoli²³ <input type="checkbox"/> È stata stabilita una comunicazione efficace tra i soggetti che assicurano l'assistenza <input type="checkbox"/> È stata assicurata la condivisione e la diffusione delle procedure tra il personale e la comunità |
| Qualificare il rischio specifico di contagio attribuibile al setting | <p>La popolazione del <i>setting</i> e il livello di <i>turnover</i> sono stati identificati</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> grado di affollamento <input type="checkbox"/> età media <input type="checkbox"/> presenza di persone affette da polimorbosità <input type="checkbox"/> barriere linguistiche <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ <p>È stata valutata la disponibilità dei seguenti servizi (con percentuale da 0 a 100)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> acqua corrente potabile% <input type="checkbox"/> docce% <input type="checkbox"/> servizi igienici% <input type="checkbox"/> smaltimento rifiuti% <p>Erogazione dei servizi di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ad alto rischio di contagio <input type="checkbox"/> a basso rischio di contagio <p>I seguenti materiali sono disponibili in maniera adeguata</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mascherine <input type="checkbox"/> gel per le mani <input type="checkbox"/> termoscan <input type="checkbox"/> guanti monouso <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ <p><input type="checkbox"/> Presenza di soluzioni abitative per persone particolarmente a rischio di complicanze</p> |
| Azioni di mitigazione del rischio e individuazione del responsabile per ciascuna di esse | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La popolazione è stata frazionata in gruppi che accedono ai servizi in momenti diversi <input type="checkbox"/> Le modalità di erogazione dei servizi per la riduzione dei contatti sono state stabilite <input type="checkbox"/> La disponibilità di materiale di protezione e di presidi (mascherine, soluzioni per mani, cestini rifiuti) è assicurata <input type="checkbox"/> Sono disponibili in modo adeguato alla popolazione acqua potabile, alimenti, servizi igienici, docce, smaltimento rifiuti <input type="checkbox"/> Sono disponibili per le persone più vulnerabili soluzioni abitative alternative <input type="checkbox"/> Gli operatori che erogano un determinato servizio in ogni determinato giorno vengono registrati <input type="checkbox"/> Gli operatori sono stati formati sulle procedure <input type="checkbox"/> Il materiale informativo circa i sintomi, le misure di prevenzione del contagio e l'uso dei materiali di protezione è stato predisposto, tenendo conto delle barriere linguistiche e culturali <input type="checkbox"/> A ciascun individuo della comunità viene fornito il materiale di protezione e quello per la disinfezione (mascherine, gel per mani) |
| Applicare misure per l'identificazione precoce di casi | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> È stato identificato il momento principale di contatto tra la comunità e gli operatori adeguato ad effettuare giornalmente la misurazione della temperatura, la rilevazione di segni e sintomi attraverso l'intervista anamnestica <input type="checkbox"/> Le indicazioni sui sintomi, le misure di prevenzione del contagio e l'uso dei materiali di protezione individuale sono disponibili <input type="checkbox"/> È stato fornito alla comunità il nome del referente dell'ente del terzo settore a cui segnalare l'insorgenza di segni e sintomi o i contatti a rischio |
| Definire le modalità di presa in carico dei casi sospetti | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sono stati identificati il luogo e le modalità di isolamento in attesa della presa in carico del soggetto da parte del Dipartimento della prevenzione <input type="checkbox"/> Sono state definite le modalità di comunicazione al Dipartimento della prevenzione <input type="checkbox"/> È stato identificato il referente del Dipartimento a cui riferirsi per la gestione del caso |

²² Includono associazioni del terzo settore, servizi sociali del comune, Azienda sanitaria, Prefettura, Rappresentati della comunità

²³ Vedere argomenti da trattare nel protocollo di collaborazione (Vedi Box 5)

di alloggio o, in ultima istanza, una maggiore attenzione da parte degli operatori delle organizzazioni del terzo settore volta a fornire anche un controllo sanitario rafforzato e a utilizzare tecniche di verifica diretta della aderenza alle terapie farmacologiche delle persone con patologie croniche.

In conclusione, è fortemente raccomandabile che l'ente o gli enti pubblici (Azienda sanitaria e Comune) formalizzino un protocollo operativo²⁴ con gli enti del terzo settore che operano in quel contesto, in cui venga definito lo specifico ruolo degli operatori del terzo settore nel quadro dell'azione pubblica di prevenzione e di sorveglianza attiva delle popolazioni *hard-to reach* e *hard to treat*. Tali attività di supporto all'azione di salute pubblica verranno svolte essenzialmente in occasione degli incontri con la popolazione per la distribuzione dei pasti, dei presidi antisettici e in occasione della fornitura dei servizi essenziali.

La comunità stessa, avendo ricevuto chiare informazioni sui sintomi e sui segni da rilevare, anche in modalità culturalmente orientate, si trasforma in soggetto attivo della prevenzione, mobilitando il proprio potenziale al servizio di una finalità pubblica e concorrendo così a meglio qualificare il proprio diritto di cittadinanza.

7. RICERCA DEI DOCUMENTI BIBLIOGRAFICI RILEVANTI

Al fine di identificare gli studi pubblicati sull'argomento è stata effettuata una ricerca sul motore Pubmed. È stata sviluppata una stringa di ricerca usando alcune parole chiave relative alla popolazione di riferimento (migranti, rifugiati, richiedenti asilo, tossicodipendenti), al *setting* (centri di detenzione e accoglienza, insediamenti spontanei, ecc), all'*outcome* considerato (prevenzione del COVID-19) e al tipo di studio (revisioni, linee guida, procedure operative). Dalla ricerca sono emersi 136 risultati; di questi 115 sono stati scartati

²⁴Vedi contenuti consigliati in Box 6

perché ritenuti non pertinenti; 21 studi sono stati considerati potenzialmente di interesse ma in esito alla valutazione nessuno studio ha evidenziato attinenza alla specifica finalità del presente documento. Di contro, la ricerca dei siti istituzionali nazionali e internazionali così come di quelli delle Regioni e delle Province Autonome ha restituito alcuni documenti di indirizzo o tecnici inerenti, in toto o parzialmente, alle finalità del documento. Alcuni esempi di siti che sono stati consultati vengono di seguito riportati: Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Inter-Agency Standing Committee* (IASC), *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e altri siti web di agenzie dell'Unione Europea.

8. DOCUMENTI CONSULTATI

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020. Interim guidance for homeless service providers to plan and respond to coronavirus disease 2019 (COVID-19).
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom – June 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2020. Aggiornamento dell'EMCDDA sulle implicazioni della COVID-19 per le persone che fanno uso di droghe e gli erogatori dei servizi per le tossicodipendenze.
- Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020).
- Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. Indica-

zioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020 Rev.).

- Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/ 2020).
- Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2. Versione dell'8 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020).
- Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020).
- Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020).
- Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020. Interim Guidance – Scaling up COVID-19 outbreak readiness and response operations in humanitarian situations including camps and camp-like settings. Version 1.1.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) - Epicentro, 2020. Il ruolo delle patologie croniche pregresse nella prognosi dei pazienti COVID-19. Disponibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- Istituto Superiore di Sanità (ISS), 2020. Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 15 luglio 2020.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia. Accordo Conferenza Unificata 5 novembre 2015.
- Regione Piemonte - Direzione Sanità e Welfare - Settore Prevenzione e Veterinaria, 2020. Linee di indirizzo per le strutture di accoglienza, servizi destinati ai mi-

nori e per i servizi di prevenzione e contrasto alla violenza.

- Regione Toscana - Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, 2020. Linee di indirizzo per i centri di accoglienza (CAS e SIPROIMI) in periodo di emergenza sanitaria da COVID-19.
- Servizio centrale del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati, "Circolare operativa per la rete SIPROIMI in conseguenza delle disposizioni di cui all'art. 86 bis legge 24 aprile 2020, n. 27" (prot. 6564/2020, 4 maggio 2020).
- World Health Organization (WHO), 2020. Advice on the use of masks in the context of COVID-19 - Interim guidance.
- World Health Organization (WHO), 2020. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention - Interim guidance.
- World Health Organization (WHO), 2020. WHO interim guidance note: health system response to COVID-19 in the context of internally displaced persons, refugees, migrants and returnees in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APPENDICE

Box 1 - Definizione di caso, di contatto, di quarantena e di isolamento

La definizione di caso (sospetto, probabile e confermato) è importante non solo per effettuare tempestivamente la diagnosi ed eventuale terapia, ma anche e soprattutto per realizzare le azioni specifiche di isolamento e quarantena finalizzate alla riduzione del possibile rischio infettivo nei confronti di altri soggetti sani. La definizione di caso sospetto formulata dall'OMS, e adottata dal Ministero della Salute, prevede l'associazione di varie condizioni:

una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e che abbia almeno una delle tre condizioni seguenti:

1. storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
2. oppure che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
3. oppure che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Nella presente situazione epidemica, in cui la circolazione del virus continua ad essere evidente, tenuto conto delle condizioni più favorevoli al contagio presenti nei setting considerati nel presente documento, è bene adottare un criterio di maggior cautela, simile a quanto previsto nell'assistenza primaria o nel pronto soccorso. Di conseguenza, in una qualsiasi comunità, deve essere considerato:

Caso sospetto

1. colui o colei che ha manifestato insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, tosse e difficoltà respiratoria, senza un'altra causa che spieghi pienamente la presentazione clinica;
2. colui o colei che nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi respiratori sia stato/a a stretto contatto con un caso probabile o confermato di infezione.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Si tratta di un caso sospetto al quale è stato effettuato un tampone naso-faringeo per il virus che ha dato esito positivo, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici. È di estrema importanza riportare (notifiche) tutti i casi confermati alla ASL competente per il territorio dove si trova la struttura in cui si è verificato il caso.

È di estrema importanza che gli operatori dell'accoglienza segnalino tempestivamente alla ASL competente per territorio i casi sospetti e probabili individuati all'interno della comunità, per la conferma e la presa in carico di questi e dei contatti.

Contatto stretto di un caso probabile o confermato

- una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

La presenza di almeno due casi confermati nella stessa zona e nello stesso periodo rappresenta un cluster. Se di dimensioni maggiori si parla di focolaio, ossia un aumento di casi rispetto all'atteso all'interno di una comunità o di una regione ben circoscritta.

Quarantena e isolamento

La quarantena consiste nella limitazione delle attività e nella separazione dal resto della comunità (14 giorni) delle persone che non sono infette o malate ma che potrebbero essere state esposte al virus, con l'obiettivo di monitorarne i sintomi e assicurare, così, la precoce identificazione dei casi.

L'isolamento, invece, è la separazione (14 giorni) di persone malate o infette dagli altri individui, al fine di prevenire la diffusione dell'infezione²³.

Box 2 - Esecuzione delle operazioni di intercettazione precoce di possibili casi sospetti

Valutare una volta al giorno tutte le persone che entrano nella struttura (utenti, ospiti, personale, visitatori); nei *setting* a organizzazione scarsa o nulla effettuare il *triage* quando si entra in contatto con persone che accedono ai servizi.

L'operatore:

- indossa la mascherina FFP2 e i guanti monouso e si assicura che la persona indossi la mascherina
- evita ogni contatto fisico con la persona, mantenendo una distanza di almeno 1 m
- misura la temperatura corporea con un *termoscan*
- intervista la persona chiedendo se:
 - ⇒ negli ultimi 14 giorni ha avuto febbre superiore a 37,5°C
 - ⇒ negli ultimi 14 giorni ha avuto uno dei seguenti sintomi: tosse, brividi, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, difficoltà a riconoscere odori e sapori
 - ⇒ negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respi-

²³ WHO, Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance 19 March 2020

- ratori o in isolamento fiduciario o in quarantena
 - ⇒ ha assunto nella giornata medicinali per la febbre o per il dolore
- ricorda o informa la persona sulle misure di contrasto dell'infezione

In caso di temperatura superiore o uguale a 37,5 °C e/o di risposta positiva ad almeno una delle domande:

- porre la persona in uno spazio per l'isolamento temporaneo
- ripetere la misurazione della temperatura a distanza di 15 minuti
- seguire le indicazioni operative previste per i casi sospetti e per le comunicazioni al Dipartimento di prevenzione

N.B. In caso di condizioni cliniche compromesse della persona, non eseguire il triage e allertare il numero dell'emergenza (112 o 118).

Box 3 - Trasmissione dell'infezione

Le conoscenze sulla trasmissione del SARS-CoV-2 sono, ad oggi, ancora incomplete. La principale modalità di contagio è per contatto delle secrezioni respiratorie emesse con tosse e/o starnuti in forma di goccioline $\geq 5 \mu\text{m}$ di diametro (*droplets*) con le mucose dei soggetti sani. Generalmente le goccioline si diffondono ad una distanza non superiore ai 2 metri, e raggiungono il suolo in tempi abbastanza rapidi, soprattutto se di dimensioni maggiori. Tanto più due persone sono vicine tanto più è probabile la trasmissione tramite *droplets*.

Sono ipotizzate anche altre vie di trasmissione per via aerea, attraverso particelle di dimensioni minori che rimangono nell'aria sotto forma di aerosol. In questa forma sembra

che la particella infettante possa sopravvivere almeno tre ore. Tuttavia dati relativi a questa via di trasmissione sono essenzialmente di natura sperimentale e ad oggi la trasmissione attraverso aerosol non è stata dimostrata²⁴. In ogni caso, areare spesso i locali dove si trovano diverse persone riduce comunque la possibilità di trasmissione del virus per aerosol.

Il virus inoltre sopravvive sulle superfici inorganiche per tempi variabili a seconda dei materiali e della carica infettante. In questo caso il contagio può avvenire per contatto indiretto quando le mani che hanno toccato tali superfici, e non vengono adeguatamente lavate, vengono portate a contatto con le mucose della bocca, del naso e degli occhi.

Ad oggi non sono ancora stati descritti casi di trasmissione oro-fecale e per via ematica.

Il preciso intervallo durante il quale l'infezione può essere trasmessa non è ancora ben definito. Sempre più studi dimostrano che il virus può essere trasmesso sia nei 2-3 giorni che precedono l'inizio dei sintomi (fase pre-clinica o pre-sintomatica), sia durante il periodo di malattia, in particolare nella prima settimana. Benché la comunità scientifica non sia concorde nel riconoscere la contagiosità di soggetti positivi asintomatici, tuttavia motivi di precauzione impongono che gli stessi soggiacciano alle stesse previsioni di isolamento dei soggetti paucisintomatici/sintomatici.

Il rischio di trasmissione della malattia dipende, infine, da una serie di fattori ambientali tra cui la tipologia dell'esposizione (il tipo di attività svolta nel momento del contatto, se in luogo aperto o chiuso, affollato o non affollato), la durata dell'esposizione e l'uso di dispositivi di protezione individuale. Il rischio di contagio è maggiore tra persone conviventi, soprattutto se conducono vita di comunità, ma anche tra coloro che partecipano a eventi aggregativi a fini lavorativi o ricreativi, specialmente se svolti in luoghi chiusi.

²⁴ WHO. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Scientific brief 09 July 2020

Box 4 - Gestione dell'isolamento

La persona è isolata in stanza singola, possibilmente con bagno in camera. In caso di più soggetti positivi a Sars-Cov-2, questi possono condividere egli stessi spazi (isolamento di coorte).

a) Comportamento del soggetto

- Rimanere nella stanza o negli spazi dedicati.
- Se servizi igienici condivisi, dopo l'uso pulire accuratamente le superfici con prodotti igienizzanti specifici.
- Lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o con soluzione a base alcolica. Asciugare le mani con asciugamani monouso.
- Arieggiare regolarmente la stanza per garantire un adeguato ricambio d'aria.
- Evitare ogni condivisione di oggetti, inclusi asciugamani, salviette o lenzuola, piatti, bicchieri, posate, etc.
- Starnutire o tossire in un fazzoletto monouso, evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie e lavarsi le mani immediatamente con acqua e sapone accuratamente per 40 secondi o frizionare con prodotto idro-alcolico.

b) Assistenza fornita a persone in isolamento (personale sanitario o operatori del centro di accoglienza)

- Limitare al minimo i contatti e con i soggetti isolati e mantenere, possibilmente, una distanza di almeno un metro.
- Indossare i dispositivi di cui al successivo Box 5. Terminata l'assistenza, l'operatore deve svestirsi e conferire i dispositivi monouso nell'apposito sacco in plastica e lavarsi accuratamente le mani.
- Effettuare le pulizie indossando i dispositivi di cui al Box 5. Maneggiare asciugamani e biancheria da letto utilizzati dalla persona isolata senza agitarli. Dopo aver rimosso il camice, guanti, la mascherina e gli occhiali, lavarsi accuratamente le mani.

c) Pulizia durante l'isolamento

- I rifiuti prodotti dal soggetto in isolamento (es. fazzoletti di carta, mascherine) o dall'assistenza a lui/lei prestata (camici monouso, guanti, mascherine) devono essere smaltiti in un doppio sacco di plastica che verrà chiuso e disposto in pattumiera chiusa (es. apertura a pedale)
- La biancheria ritirata deve essere collocata in un sacco separato e può essere lavata in lavatrice a 60° per almeno trenta minuti o in tempi più brevi con temperature superiori, usando comune detergivo.
- Almeno una volta al giorno, le superfici dei locali utilizzati dal soggetto in isolamento devono essere pulite con prodotti detergenti e successivamente disinfectate con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5 % di cloro attivo oppure con alcol 70%²⁵, con particolare attenzione a tutte le superfici toccate di frequente.
- I vassoi per la consegna degli alimenti riutilizzabili andranno lavati con normale sapone.

d) Scorte di beni sanitari e DM/DPI a disposizione della struttura

- Mascherine medico-chirurgiche, grembiuli monouso in TNT, occhiali protettivi sanificabili e guanti monouso in lattice (vedere Box 5).
- Mascherine FFP2 (da utilizzare in presenza di soggetti positivi in isolamento)
- Prodotti detergenti (comuni prodotti per l'igiene degli ambienti)
- Prodotti per la sanificazione delle superfici e la disinfezione delle mani. Soluzioni e gel a base di ipoclorito di sodio (0,5%) ed etanolo/alcool (almeno 70%).

²⁵I prodotti a base di cloro (ipoclorito di sodio) vengono venduti come candeggina (varechina) a una concentrazione variabile. Se è al 5% di contenuto di cloro, la soluzione al 0,5% corrisponde a un litro di candeggina e 9 litri di acqua. Se è al 10% corrisponde a un litro di candeggina e 20 litri di acqua.

Box 5 - Guida al calcolo del fabbisogno trimestrale di DM/DPI nei centri di accoglienza

| OPERATORI DEDICATI ALL'ISOLAMENTO ²⁶ | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------|
| DM/DPI | Quantità | Numero Cambi/die | Fabbisogno/mese | Fabbisogno/3 mesi | N. operatori al giorno | Totale |
| Mascherina chirurgica monouso | 1 | 2 | 60 | 180 pezzi | N: (.....) | a |
| Guanti in puro lattice di gomma naturale monouso non sterile senza polvere | 1 paio | 4 | 120 paia | 360 paia | N: (.....) | b |
| Camice monouso in TNT | 1 | 4 | 120 pezzi | 360 pezzi | N: (.....) | c |
| Occhiali chirurgici sanificabili | 1 | 1 | 1 pz / operatore | 1 pz / operatore | N: (.....) | d |
| Mascherine Facciali filtranti FFP2* | | | scorta 20 pezzi | 60 pezzi | | |
| PERSONALE PULIZIE E SANIFICAZIONE | | | | | | |
| DM/DPI | Quantità | Numero Cambi/die (inclusi dpi / 2 turni di servizio pulizie) | Fabbisogno/mese | Fabbisogno/3 mesi | N. operatori al giorno | Totale |
| Mascherina chirurgica monouso | 1 | 6 | 180 pezzi | 540 pezzi | N: (.....) | f |
| Guanto in puro lattice di gomma naturale monouso non sterile senza polvere | 1 paio | 6 | 180 paia | 540 paia | N: (.....) | g |
| Occhiali chirurgici sanificabili | 1 | 1 | 1 pz / operatore | 1 pz / operatore | N: (.....) | h |
| Camice monouso in TNT | 1 | 6 | 180 pezzi | 540 pezzi | N: (.....) | i |
| OSPITI | | | | | | |
| DM/DPI | Fabbisogno giornaliero/utente | Numero Cambi/die | Fabbisogno-mese/utente | Fabbisogno- 3 mesi / utente | N. medio di ospiti sul trimestre | Totale |
| Mascherina chirurgica monouso | 1 /utente | 1 | 30 pezzi /utente | 90 pezzi / utente | N: (.....) | l |
| GRAN TOTALE | | Mascherine chirurgiche | | (a+f+i) | | |
| | | Guanti in puro lattice di gomma naturale monouso non sterile senza polvere | | (b+g) | | |
| | | Camice monouso in TNT | | (c+i) | | |
| | | Occhiali chirurgici sanificabili | | (d+h) | | |

* Solo per isolamento di Caso positivo

²⁶ La circolare del Ministero dell'Interno – Dipartimento per le libertà civili e per l'immigrazione, del 4 febbraio 2020, prevede che, in tema di fornitura di beni e servizi nei centri di prima accoglienza, oltre la capienza di 50 posti sia assicurato un presidio sanitario fisso interno al centro. Tale presidio è altresì previsto all'interno dei CPR.

Box 6 - Contenuti consigliati per la stesura del Protocollo di collaborazione con gli enti del Terzo Settore per la gestione degli interventi di prossimità nei setting ad organizzazione scarsa o nulla

1. Identificazione dei soggetti responsabili e indicazione delle attività ordinariamente svolte/responsabilità ordinariamente rivestite nel *setting*:

- a) Qualificazione del soggetto pubblico
 - Prefettura
 - Comune/Ente gestore servizi sociali ...
 - ASL-Dipartimento di prevenzione ...
 - Altro ...

- b) Qualificazione del soggetto privato
 - Ente del Terzo Settore X ...
 - Ente del Terzo Settore Y ...
 - Ente del Terzo Settore Z ...

2. Identificazione dei referenti per ciascuno dei soggetti individuati

-
-

3. Identificazione di eventuali referenti all'interno della comunità su cui si interviene

-

4. Assegnazione delle responsabilità per le azioni strumentali individuate e dei relativi costi

- a) Gestione e controllo dell'accesso ai luoghi
- b) Misure di mitigazione del rischio (tra quelle raccomandate)

- c) Fornitura di DM/DPI e materiali al personale volontario: identificare il responsabile dell'approvvigionamento e il responsabile della distribuzione
- d) Formazione del personale volontario
- e) Fornitura di materiale sanitario ai soggetti della comunità: mascherine, disinfettante per le mani, ecc. Identificare il responsabile dell'approvvigionamento e il responsabile della distribuzione (e con quale frequenza)
- f) Educazione sanitaria dei soggetti della comunità sulle norme igieniche di base per la prevenzione del contagio
- g) Esecuzione delle attività periodiche di triage nella comunità: responsabilità e modalità
- h) Eventuali modalità di coinvolgimento attivo dei soggetti della comunità

5. Flussi informativi e gestione dei casi sospetti:

- a) Segnalazione del caso sospetto
- b) Quarantena del caso sospetto (in attesa dell'intervento del Dipartimento di prevenzione)
- c) Supporto alla raccolta delle informazioni sulla catena dei contatti

6. Previsione di eventuali coperture assicurative a beneficio di volontari ETS

7. Trattamento dei dati personali

8. Durata del protocollo, revisione, recesso.

Il 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"* è un documento tecnico-procedurale che ha l'obiettivo di fornire ai soggetti destinatari di responsabilità a vario titolo nella gestione di alcuni gruppi di persone ad elevata fragilità e marginalità sociale, italiane e straniere, procedure chiare e facilmente applicabili, coerenti con il complesso normativo prodotto in Italia nel periodo dell'emergenza per COVID-19. Il documento è stato richiesto dal Sottosegretario Zampa all'INMP sulla base del mandato legislativo dell'ente unitamente all'esperienza che l'Istituto ha maturato sul tema dell'equità nella salute e, al contempo, sulla produzione di documenti di indirizzo basati sull'evidenza su queste specifiche tematiche. I problemi di salute delle persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria, infatti, rappresentano la sfida principale dei moderni sistemi di welfare. Tali persone frequentemente sfuggono alle politiche di prevenzione, in quanto la loro condizione giuridico-amministrativa può essere indefinita o, semplicemente, sono difficilmente raggiungibili, come difficile ne è la presa in carico da parte dei servizi pubblici. Da qui, l'esigenza di produrre un documento utile proprio a orientare le misure di prevenzione verso tali gruppi di popolazione rendendole uniformi su tutto il territorio nazionale, in un contesto così nuovo e in rapida evoluzione come quello delineatosi con la diffusione dell'epidemia da nuovo coronavirus. Il documento non si limita a dare delle indicazioni per la prevenzione dell'infezione e la diffusione del contagio, ma ha come fondamento un'attenta valutazione del rischio attribuibile ai diversi contesti in cui queste persone vivono; una valutazione multidimensionale in cui l'organizzazione dei luoghi abitati, la mobilità delle persone tra la struttura in cui vivono e l'ambiente esterno e il profilo di salute/demografico delle persone che li abitano giocano un ruolo chiave nel determinare il rischio specifico di infezione e di malattia. Queste tre dimensioni determinano, quindi, la base teorica su cui collocare i diversi *setting* in aree spaziali di rischio determinato dalle predette dimensioni, destinatari di indicazioni operative volte a gestirlo e mitigarlo. Le indicazioni operative sono quindi calate ad hoc nel contesto del sistema di accoglienza italiano, fondamentalmente articolato su una *prima accoglienza*, necessaria a effettuare i primissimi interventi di assistenza materiale e sanitaria dopo lo sbarco o il passaggio attraverso la frontiera terrestre, e su una *seconda accoglienza* presso i centri appartenenti al sistema SIPROIMI, che prevede sia percorsi duraturi di integrazione gestiti dagli enti locali sia l'accoglienza per i richiedenti asilo nel periodo dell'emergenza COVID-19. Le indicazioni, inoltre, sono *ad interim* proprio perché fortemente legate alla situazione epidemiologica attuale e, quindi, suscettibili di variazioni conseguenti al variare dell'epidemiologia stessa del nuovo coronavirus. Per ottenere un documento il più possibile completo ed esaustivo, l'INMP si è avvalso della collaborazione di soggetti istituzionali quali l'ANCI, l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero dell'Interno, e la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con il Dipartimento delle Politiche Antidroga e il Dipartimento della Protezione Civile.

A tutti loro va il nostro ringraziamento per il prezioso contributo.