

CoViD-19 in Italia: la popolazione senza dimora ha bisogno di protezione

ALBERTO BARBIERI¹

¹Medici per i Diritti Umani, Roma.

Pervenuto e accettato il 29 aprile 2020.

Riassunto. L'Italia è uno dei paesi più colpiti dalla pandemia provocata dal nuovo coronavirus (CoViD-19). Nel paese si stima vi siano tra le 49.000 e le 52.000 persone senza dimora. Esse costituiscono uno dei gruppi di popolazione potenzialmente più vulnerabili alla CoViD-19. Nonostante ciò, l'Italia accusa un preoccupante ritardo nell'attuazione di una strategia nazionale coordinata per proteggere le persone senza dimora dagli effetti potenzialmente devastanti causati da CoViD-19. Al fine di contenere l'epidemia tra le persone più vulnerabili, proponiamo una breve agenda operativa basata sia sull'esperienza di campo dell'organizzazione medico-umanitaria Medici per i Diritti Umani (MEDU) sia sull'esempio di iniziative prese da altri paesi.

La diffusione del coronavirus 2 da sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoV-2) ha assunto proporzioni pandemiche, interessando in pochi mesi oltre 210 paesi. L'Italia è uno dei più colpiti dalla malattia da nuovo coronavirus (CoViD-19) avendo l'Istituto Superiore di Sanità registrato, al 26 aprile 2020, 197.675 casi e 26.644 decessi. Le persone senza dimora sono tra i gruppi potenzialmente più vulnerabili a questa pandemia¹ poiché presentano spesso più patologie croniche concomitanti; hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari; vivono sulla strada o in alloggi precari e sovraffollati; spesso non hanno accesso regolare ai servizi igienici più essenziali. Senza interventi adeguati essi sono dunque a rischio di alti tassi di infezione e mortalità². Nonostante ciò, l'Italia accusa un preoccupante ritardo nell'implementazione di piani organici per proteggere le persone senza dimora dagli effetti potenzialmente devastanti causati da CoViD-19. Si stima che in Italia vi siano tra le 49.000 e le 52.000 persone senza dimora che vivono in strada o in sistemazioni di fortuna o strutture di accoglienza notturna. Tra queste, gli uomini rappresentano l'85,7%, coloro che vivono da soli il 76,5%, gli stranieri il 58,5%. L'età media di questa popolazione è di 44 anni, mentre la maggior parte (75,8%) ha meno di 54 anni. Le persone senza dimora sono particolarmente concentrate in grandi città come Milano (12.000), Roma (8000), Palermo (3000) e Firenze (2000)³. Vi sono poi, tra le persone senza dimora, gruppi che per la loro specifica vulnerabilità meritano una particolare attenzione anche in relazione all'epidemia: le persone con età superiore ai 50 anni e/o con patologie croniche, le persone con disagio psichico, i migranti e i rifugiati. Le persone senza dimora riporta-

CoViD-19 in Italy: homeless population needs protection.

Summary. Italy is one of the most affected countries by the new coronavirus (CoViD-19) pandemic. In the country, there are an estimated 49,000-52,000 homeless people. People experiencing homelessness are among the potentially most vulnerable groups to the CoViD-19. Despite this, in Italy there is a worrying delay in implementation of a national coordinated strategy to protect homeless people from the potentially devastating effects caused by CoViD-19. In order to contain the epidemic among the most vulnerable people, we propose a short operational agenda based on the field experience of the medical-humanitarian organization Medici per i Diritti Umani (Doctors for Human Rights, Italy - MEDU) as well as on the example of initiatives taken by other countries.

no problemi di disagio psichico con maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale⁴, e in effetti coloro che oltre a vivere in strada soffrono di problemi di salute mentale possono essere particolarmente colpiti dalla malattia e, allo stesso tempo, pongono problemi specifici nelle strategie di contenimento di CoViD-19⁵. Anche i migranti e i rifugiati sono particolarmente vulnerabili all'impatto di CoViD-19 e sono in numero rilevante tra le persone senza dimora in Italia e in Europa⁶.

Nonostante queste premesse, al momento l'Italia non ha una strategia nazionale coordinata di protezione delle persone senza dimora dalla pandemia CoViD-19. Ciò è dovuto anche al carattere decentrato del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che affida la gestione della salute a 20 amministrazioni regionali, favorendo così la presenza di strategie sanitarie disomogenee nei territori. Medici per i Diritti Umani (MEDU), ONG medico-umanitaria indipendente, sta attualmente implementando un intervento di contenimento dell'epidemia CoViD-19 tra oltre 3000 persone senza dimora o in condizioni di grave precarietà abitativa in tre regioni: Toscana (area metropolitana di Firenze, Prato e Pistoia), Lazio (area metropolitana di Roma) e Calabria (Piana di Gioia Tauro, negli insediamenti informali di rifugiati e migranti impiegati in agricoltura). Nessuna di queste regioni ha ancora sviluppato un piano alloggiativo straordinario per la popolazione senza dimora. Le attività di informazione, screening e sorveglianza attiva sembrano inoltre essere più affidate all'iniziativa di organizzazioni del privato sociale che operano nel settore che a strategie globali dei sistemi sanitari regionali. La situazione non appare migliore nelle altre regioni italiane. A og-

gi, solo la Regione Piemonte ha emanato una direttiva indicante le misure da adottare a protezione delle persone senza dimora durante l'epidemia CoViD-19⁷.

Alla luce delle gravi criticità evidenziate, riteniamo urgente l'attivazione di una strategia nazionale volta a contenere l'epidemia tra la popolazione senza dimora. Su questo tema, proponiamo una breve agenda operativa basata sia sulla nostra esperienza di campo come organizzazione umanitaria sia sull'esempio di iniziative prese da altri paesi.

1. In un'ottica di sanità pubblica, la protezione dall'epidemia delle persone più vulnerabili dovrebbe essere tra le massime priorità del governo. È fondamentale che il governo lavori a stretto contatto con Regioni, Comuni e organizzazioni del terzo settore per garantire loro il sostegno necessario durante il periodo epidemico.
2. Un fondo nazionale di emergenza dovrebbe essere attivato per prevenire la diffusione di CoViD-19 tra le persone senza dimora o in grave precarietà abitativa. Il finanziamento dovrebbe essere a disposizione delle amministrazioni regionali e locali e dovrebbe contribuire a coprire i costi di fornitura di servizi e alloggi per questi gruppi vulnerabili durante l'epidemia.
3. Sarebbe importante attuare un programma nazionale omogeneo articolato su tre assi principali: 1) sorveglianza attiva sul territorio; 2) CoViD-Cura, per le persone sintomatiche o risultate positive ai test diagnostici, e 3) CoViD-Protezione, per le persone asintomatiche o negative ai test diagnostici ma che presentano come fattori di rischi condizioni mediche preesistenti per cui necessitano di porsi in isolamento². A questo proposito sarebbe particolarmente importante proteggere la popolazione senza dimora di età superiore ai 50 anni e/o coloro che presentano fattori di rischio per una maggiore mortalità, come per esempio le malattie respiratorie croniche o le patologie cardiache.
4. Le strutture Cura e Protezione (hotel, ostelli, centri di accoglienza non utilizzati, ecc.) dovrebbero ubicarsi in strutture separate con personale. Ognuna di queste strutture dovrebbe avere una stanza e un bagno per persona in modo da assicurare un isolamento adeguato. Le strutture Cura dovrebbero fornire supporto medico ai pazienti, ma anche le unità Protezione dovrebbero monitorare le condizioni cliniche degli ospiti al fine di trasferire rapidamente in una struttura Cura coloro che dovessero presentare sintomi CoViD-19.
5. In entrambe le strutture sarebbe importante garantire un supporto psicologico e psichiatrico, in ragione, sia di possibili preesistenti vulnerabilità psicologiche delle persone ospitate, sia dell'intenso distress emotivo provocato dal trovarsi in un servizio di quarantena. Inoltre, dal momento che le dipendenze rappresentano un problema rilevante tra la popolazione senza dimora⁸, sarebbe ugualmente necessario assicurare servizi dedicati alle persone con problemi di dipendenza (alcol, sostanze stupefacenti) in modo da prevenire i sintomi di astinenza e altri problemi correlati.

6. Un programma attivo di screening e sorveglianza attiva tra la popolazione senza dimora è essenziale nei grandi centri urbani ma anche nei grandi insediamenti informali di migranti e rifugiati nelle campagne dell'Italia meridionale (per es., la Piana di Gioia Tauro in Calabria e la Capitanata in Puglia). Questi interventi di outreach dovrebbero supportare e integrare il lavoro sul territorio già svolto da molte associazioni e dovrebbero essere attuate sinergicamente dal SSN e dalle organizzazioni del terzo settore.
7. Le mascherine chirurgiche e i gel igienizzanti dovrebbero essere sistematicamente distribuiti a tutta la popolazione senza dimora. Nelle grandi città dovrebbero essere attivati numeri verdi al fine di consentire agli operatori socio-sanitari che operano su strada di: a) segnalare le persone con sintomi clinici o comunque bisognose di assistenza, e b) di usufruire di un triage telefonico CoViD-19. Un agile sistema di invio dovrebbe rendere possibile il rapido trasferimento delle persone che lo necessitano alle strutture Cura o Protezione. Dovrebbe inoltre essere implementato un sistema di trasporto sicuro (veicolo attrezzato, personale addestrato con dispositivi di protezione individuale) per le persone sintomatiche o positive ai test diagnostici.

L'insieme di queste misure può contribuire a limitare la diffusione dell'epidemia, evitare l'insorgenza di nuovi focolai, alleggerire la pressione sul sistema ospedaliero e, in ultima analisi, evitare più morti. Certamente, ogni sforzo deve essere profuso per impedire che una popolazione già altamente vulnerabile sconti un'emarginazione ancora maggiore a causa della pandemia.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health* 2020; 5: e186-7.
2. Kirby T. Efforts escalated to protect homeless people from COVID-19 in UK. *Lancet Respir Med* 2020; S2213-2600(20)30160-0.
3. ISTAT. Le persone senza dimora - Homeless People in Italy. Disponibile su: www.fiopds.org (2015).
4. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ* 2001; 164: 229-33.
5. Kar SK, Arafat SMY, Marthoenis M, Kabir R. Homeless mentally ill people and COVID-19 pandemic: the two-way sword for LMICs. *Asian J Psychiatr* 2020; 51: 102067.
6. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet* 2020; 395: 1237-9.
7. Regione Piemonte. Indicazioni per i servizi alle persone senza dimora valide per tutto il territorio della Regione Piemonte per l'emergenza epidemiologica da COVID 19. D.G.R. n. 3-1206, April 2020.
8. Levorato S, Bocci G, Troiano G, Messina G, Nante N. Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm. *Ann Ig* 2017; 29: 54-62.

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Alberto Barbieri

Medici per i Diritti Umani

Via dei Volsci 101

00185 Roma

E-mail: alberto.barbieri@mediciperidiritiumani.org