



Istituto Superiore di Sanità



Ministero della Salute

Rapporto ISS COVID-19 • n. 16/2021

Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione *ad interim*

Versione dell'8 luglio 2021

Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione *ad interim*

Versione dell'8 luglio 2021

Lorenzo BANDINI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Anna CARAGLIA, Ministero della Salute, Roma
Emanuele CAREDDA, Ministero della Salute, Roma
Fortunato "Paolo" D'ANCONA, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Silvia DECLICH, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Maria Grazia DENTE, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Antonietta FILIA, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Francesca FULCERI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Salvatore GERACI, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni/SIMM, Roma
Sandro LIBIANCHI, Co.N.O.S.C.I. - Coordinamento Nazionale Operatori Salute nelle Carcere Italiane, Roma
Rosanna MANCINELLI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Andrea MANTO, Pontificia Università Lateranense, Roma
Maurizio MARCECA Società Italiana di Medicina delle Migrazioni/SIMM, Roma
Sara MAZZILLI, Università di Pisa
Adele MINUTILLO, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Graziano ONDER, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Roberta PACIFICI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Annalisa PANTOSTI, Roma
Maria Luisa SCATTONI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Andrea SIDDU, Ministero della Salute, Roma
Lara TAVOSCHI, Università di Pisa
Maria Elena TOSTI, Istituto Superiore di Sanità, Roma
Nicola VANACORE, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Istituto Superiore di Sanità

Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim. Versione dell'8 luglio 2021.

Lorenzo Bandini, Anna Caraglia, Emanuele Caredda, Fortunato "Paolo" D'ancona, Silvia Declich, Maria Grazia Dente, Antonietta Filia, Francesca Fulceri, Salvatore Geraci, Sandro Libianchi, Rosanna Mancinelli, Andrea Manto, Maurizio Marceca, Sara Mazzilli, Adele Minutillo, Graziano Onder, Roberta Pacifici, Annalisa Pantosti, Maria Luisa Scattoni, Andrea Siddu, Lara Tavošchi, Maria Elena Tosti, Nicola Vanacore
2021, ii, 34 Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2021

Le strutture residenziali, anche in considerazione della loro vasta eterogeneità, rappresentano una priorità per il raggiungimento degli obiettivi della campagna di vaccinazione anti COVID-19. Il rapporto analizza le caratteristiche peculiari dei vari e differenti contesti residenziali presenti a livello nazionale con l'intento di fornire una serie di indicazioni utili a supportare l'implementazione delle strategie per la vaccinazione degli ospiti residenti e degli operatori coinvolti.

Istituto Superiore di Sanità

COVID-19 vaccination in residential communities in Italy: priorities and methods of interim implementation. Version of July 8, 2021.

Lorenzo Bandini, Anna Caraglia, Emanuele Caredda, Fortunato "Paolo" D'ancona, Silvia Declich, Maria Grazia Dente, Antonietta Filia, Francesca Fulceri, Salvatore Geraci, Sandro Libianchi, Rosanna Mancinelli, Andrea Manto, Maurizio Marceca, Sara Mazzilli, Adele Minutillo, Graziano Onder, Roberta Pacifici, Annalisa Pantosti, Maria Luisa Scattoni, Andrea Siddu, Lara Tavošchi, Maria Elena Tosti, Nicola Vanacore
2021, ii, 34 Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2021 (in Italian)

Residential structures, also in view of their wide heterogeneity, represent a priority for achieving the objectives of the COVID-19 vaccination campaign. The report analyses the peculiar characteristics of the various and different residential contexts present at national level with the aim of providing a series of useful indications to support the implementation of vaccination strategies for resident guests and operators involved.

Per informazioni su questo documento scrivere a: paolo.dancona@iss.it

Citare questo documento come segue:

Bandini L, Caraglia A, Caredda E, D'ancona F, Declich S, Dente MG, Filia A, Fulceri F, Geraci S, Libianchi S, Mancinelli R, Manto A, Marceca M, Mazzilli S, Minutillo A, Onder G, Pacifici R, Pantosti A, Scattoni ML, Siddu A, Tavošchi L, Tosti ME, Vanacore N. *Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim. Versione dell'8 luglio 2021.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporto ISS COVID-19 n. 16/ 2021)

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

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)



Indice

Introduzione e rationale.....	1
1. Le diverse comunità.....	3
1.1. Comunità carceraria	3
1.1.1. Caratteristiche salienti della popolazione	3
1.1.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità penitenziarie	5
1.2. Residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con gravi problemi di salute mentale.....	8
1.2.1. Caratteristiche salienti della popolazione	8
1.2.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle residenze sanitarie e socio-sanitarie per le persone con gravi problemi di salute mentale	10
1.3. Residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con disabilità	12
1.3.1. Caratteristiche salienti della popolazione	12
1.3.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con disabilità.....	13
1.4. Comunità di stranieri e italiani presenti nei centri di prima, seconda accoglienza, trattenimento e in altre situazioni critiche.....	15
1.4.1. Caratteristiche salienti della popolazione	16
1.4.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità di stranieri e di italiani presenti nei centri di prima, seconda accoglienza, trattenimento e in altre situazioni critiche	17
1.4.3. Modalità di vaccinazione	19
1.4.4. Altre criticità non precedentemente considerate dove è difficile la prevenzione, per le quali serve una offerta attiva e un iter amministrativo flessibile	20
1.5. Centri di recupero per le dipendenze patologiche	21
1.5.1. Caratteristiche salienti della popolazione	21
1.5.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità dei centri di recupero per le dipendenze patologiche	22
1.6. Strutture sociali per anziani ed RSA	25
1.6.1. Caratteristiche salienti della popolazione	25
1.6.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle strutture sociali per anziani ed RSA	25
1.7. Comunità religiose aperte e di chiusura	27
1.7.1. Caratteristiche salienti della popolazione	27
1.7.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità religiose aperte e di chiusura.....	28
1.8. Case alloggio per persone con HIV/AIDS.....	29
1.8.1. Caratteristiche salienti della popolazione	29
1.8.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle case alloggio per persone con HIV/AIDS.....	29
1.9. Altri esempi di contesti residenziali non altrimenti trattati nelle parti precedenti	31
Conclusioni	34

Introduzione e razionale

Il Piano Strategico Nazionale per la vaccinazione SARS-CoV-2/COVID-19, adottato con DM 2 gennaio 2021, ha definito i gruppi di priorità da vaccinare nella fase iniziale della campagna vaccinale. Il documento indica come obiettivo la riduzione diretta della morbilità e della mortalità e individua come categorie prioritarie nella fase 1 della campagna vaccinale, gli operatori sanitari e socio-sanitari, il personale e gli ospiti dei presidi residenziali per anziani nonché le persone di età avanzata. Nell'aggiornamento del Piano, è stato individuato, all'interno della seconda fase di vaccinazione, l'ordine di priorità delle categorie di persone da vaccinare e il documento del 10 marzo 2021 «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» ha incluso tra le categorie prioritarie anche “altre categorie residenziali”.^{1,2}

Le Comunità Residenziali sono un insieme eterogeneo di strutture che prevedono la permanenza più o meno prolungata degli individui che vi soggiornano. Per lo scopo del presente documento, vengono classificate come comunità residenziali tutte quelle strutture che prevedono il pernottamento degli individui che vi afferiscono, sia per motivi socio-sanitari che di altra natura. Sono pertanto incluse quelle strutture che offrono servizi socio-assistenziali a diverse tipologie di individui, quali ad esempio soggetti con dipendenze patologiche, soggetti con severe problematiche di salute mentale o disabilità. Sono anche incluse strutture di permanenza per individui sulla base del loro status legale, quali ad esempio migranti o detenuti.³

Sebbene diversificate in termini di popolazione servita, finalità e tipologia infrastrutturale, le comunità residenziali sono tra loro assimilabili nel contesto dei bisogni di prevenzione e controllo relativi a COVID-19, e in particolare della vaccinazione.

Il presente documento si propone inoltre di esplicitare gli obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità residenziali sia nei termini generali e trasversali, dunque a tutte le strutture, sia di valutarne le specificità e di conseguenza gli obiettivi specifici per ciascuna delle diverse strutture considerate. Similmente, considerazioni di carattere sia trasversale che particolare sono presentate per quanto riguarda l'implementazione della vaccinazione anti COVID-19, quali ad esempio la decentralizzazione e l'ottenimento del consenso informato.

Al 6 maggio 2021, sono quattro i vaccini che hanno ricevuto una autorizzazione all'immissione in commercio: due vaccini a mRNA (Comirnaty della ditta BioNTech/Pfizer e COVID-19 Vaccine Moderna) e due vaccini a vettore virale (Vaxzevria della AstraZeneca e COVID-19 Vaccine Janssen della Johnson&Johnson).

Tutti i vaccini autorizzati hanno dimostrato essere sicuri ed efficaci nel ridurre la malattia grave, i ricoveri e i decessi dovuti a infezione SARS-CoV-2. Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO), del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle

¹ Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale, Decreto del Ministero della Salute del 02/01/2021.

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001>

² Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 del 10 marzo 2021. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=002>

³ Legge 26 luglio 1975 n. 354: “Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure private e limitative della libertà”

Malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC*)⁴ e del Ministero della Salute², tra i gruppi di popolazione a cui dare priorità soprattutto nelle fasi iniziali della campagna vaccinale anti COVID-19, sono identificati quelli per cui esiste un aumentato rischio di infezione o di sviluppare conseguenze severe della malattia sulla base di determinanti socio-economici e/o sanitari, nonché per quei gruppi per cui il distanziamento fisico-sociale non sia conseguibile.⁵

Le comunità residenziali nel loro insieme soddisfano i criteri proposti, sia per quel che riguarda la vulnerabilità sociale e il livello di rischio individuale e collettivo dei soggetti in esse presenti, che per effetto delle condizioni strutturali e l'aumentata probabilità del verificarsi di focolai epidemici. Comunità quali quelle socio-assistenziali o le carceri, sono contraddistinte da popolazioni ad elevato carico di malattia rispetto alla popolazione generale, e quindi soggette ad aumentato rischio di esiti severi dell'infezione da SARS-CoV-2. Inoltre, comunità caratterizzate da considerevole *turnover* della popolazione presente nonché da mobilità da/per la comunità, sono esposte ad un elevato rischio di introduzione dell'infezione e del conseguente verificarsi di focolai epidemici. Tra queste ultime possiamo annoverare centri di prima e seconda accoglienza per migranti, carceri, alcune comunità religiose.

La pandemia di COVID-19 è stata recentemente assimilata ad una sindemia, cioè all'azione sinergica di più fattori, quali la distribuzione iniqua di patologie cronico-degenerative e determinanti socioeconomici di salute nella popolazione, e dell'infezione da SARS-CoV2, nel peggiorare le conseguenze di ciascuna condizione.⁶ Azioni volte a contrastare l'epidemia in corso dovrebbero inserirsi nella più ampia cornice della lotta alla disuguaglianza in salute, anche attraverso l'inclusione delle popolazioni e dei gruppi maggiormente vulnerabili. In questo quadro, la vaccinazione nelle comunità residenziali costituisce un elemento necessario al raggiungimento dei presupposti di equità previsti dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDG*), degli obiettivi della campagna di vaccinazione di massa e dell'articolo 32 della Costituzione Italiana.

L'inclusione delle comunità residenziali nel piano vaccinale nazionale, pertanto, offre l'occasione per intercettare quegli individui all'interno della popolazione caratterizzati da elevati bisogni socio-assistenziali e meno facilmente raggiungibili dai servizi sanitari convenzionali. In questa ottica, l'implementazione di modelli decentralizzati per la vaccinazione, seppure determinata dalla situazione contingente, costituisce una opportunità per l'integrazione di queste strutture nelle attività di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA. 22 December 2020. ECDC: Stockholm; 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-and-prioritisation-strategies.pdf>

⁵ SAGE. Roadmap for prioritizing population groups for vaccines against Covid-19. An approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios. 27 September 2020 Draft https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2020/october/Session03_Roadmap_Prioritization_Covid-19_vaccine.pdf

⁶ Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* (London, England) 2020;396(10255):874.

1. Le diverse comunità

1.1. Comunità carceraria

Il rischio di focolai di infezioni respiratorie nelle carceri è eccezionalmente alto per effetto di una molteplicità di fattori tra cui il sovraffollamento, la scarsa ventilazione, l'impossibilità di mantenere le distanze interpersonali, incluse le difficoltà di isolare i casi, e un più difficoltoso accesso a servizi sanitari di qualità.⁷

In seguito all'avvento di SARS-CoV-2, in Italia le carceri sono state oggetto di immediate azioni di prevenzione e controllo dell'infezione, volte a ridurre il rischio di introduzione dell'agente eziologico all'interno dei penitenziari e a mitigarne la trasmissione in linea con le indicazioni internazionali. Tuttavia, la circolazione di SARS-CoV-2 all'interno delle carceri italiane è stata documentata nel corso della prima ondata epidemica e, con maggiore intensità, nella seconda.⁸ I focolai epidemici hanno messo in luce le difficoltà nel proteggere efficacemente la popolazione carceraria mediante le misure standard di prevenzione e controllo delle infezioni e le misure non farmaceutiche adottate, principalmente a causa dei vincoli strutturali e logistici del sistema carcerario.

In considerazione di questi aspetti, la vaccinazione contro SARS-CoV-2 rappresenta una integrazione essenziale per la prevenzione e il controllo di COVID-19 in ambito carcerario, come evidenziato da documenti di enti di riferimento internazionali,^{9,10} e dalla comunità scientifica.^{11,12} Nel piano nazionale di vaccinazione anti COVID-19, sia i detenuti sia il personale penitenziario sono stati inseriti tra le categorie prioritarie per la vaccinazione.¹³

1.1.1. Caratteristiche salienti della popolazione

1.1.1.1. Popolazione carceraria

Le popolazioni carcerarie sono altamente eterogenee in termini di età, etnia, livello di istruzione e alfabetizzazione sanitaria. Inoltre, le caratteristiche della popolazione carceraria differiscono a seconda del tipo di istituto penitenziario. Le case circondariali, dedicate agli individui in attesa di sentenza o con sentenze brevi, sono caratterizzate da una popolazione più giovane e da una maggiore percentuale di detenuti

⁷ Beaudry G, Zhong S, Whiting D, Javid B, Frater J, Fazel S. Managing outbreaks of highly contagious diseases in prisons: A systematic review. *BMJ Glob Heal* 2020;5(11).

⁸ Associazione Antigone. I focolai interni alle carceri italiane. 2021. [https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/documento Antigone vaccino.pdf](https://www.antigone.it/upload2/uploads/docs/documento%20Antigone%20vaccino.pdf)

⁹ World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination [Internet]. 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334299/WHO-2019-nCoV-SAGE_Framework-Allocation_and_prioritization-2020.1-eng.pdf

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA. 22 December 2020. ECDC: Stockholm; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccination-and-prioritisation-strategies-eueea>

¹¹ Tavoschi L, Moazen B, Plugge E, Lynch K, Baglietto L, Stöver H. Equitable and tailored access to covid-19 vaccine for people in prison. *Br Med J* 2021. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/03/17/equitable-and-tailored-access-to-covid-19-vaccine-for-people-in-prison/>

¹² Improving prisoner health for stronger public health. *The Lancet* 2021;397(10274):555. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00361-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00361-5)

¹³ Ministero della Salute. Documento «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021. *Gazzetta ufficiale – Serie Generale n. 72 del 24-3-2021*

stranieri rispetto alle case di reclusione, in cui sono detenuti soggetti con sentenze superiori.¹⁴ Al 28 febbraio 2021, dei 53.697 detenuti presenti nelle carceri italiane il 32,2% (17.306) era costituito da cittadini stranieri.¹⁵ I cittadini stranieri hanno tipicamente un ridotto accesso al sistema sanitario che difficilmente riesce a garantire loro una presa in carico e una continuità assistenziale appropriata.^{16,17}

Inoltre, in Italia, la popolazione carceraria è caratterizzata da un elevato carico di malattie acute e croniche, comprese le malattie non trasmissibili^{18,19} (note per essere correlate ad una posizione socioeconomica bassa dell'individuo) e incarna perfettamente il concetto di sindemia, per cui le interazioni sinergiche tra malattie non trasmissibili e COVID-19, su uno sfondo di svantaggi sociali ed economici, aumentano la suscettibilità all'infezione e ne peggiorano l'esito.²⁰

Le carceri possono rappresentare l'occasione di presa in carico da parte dell'SSN di persone che sono altrimenti difficili da raggiungere mentre si trovano nella comunità.

La popolazione carceraria oltre ad essere eterogenea, è estremamente dinamica con un tempo di detenzione medio in Italia di otto mesi.²¹ La maggior parte delle persone trascorre quindi un tempo limitato in condizioni detentive e l'alto *turnover* dei detenuti facilita la trasmissione di SARS-CoV-2 dalle carceri alla comunità e viceversa.

1.1.1.2. Ruolo della polizia penitenziaria

Il personale penitenziario costituisce una popolazione ad alto rischio di contrarre SARS-CoV-2, in quanto oltre ad essere esposto al rischio infettivo in prigione, talora risiede in caserme o altri alloggi di servizio patrimonio edilizio dell'istituto. In diversi casi essi vivono con le rispettive famiglie o condividendo lo spazio abitativo con i colleghi. Durante i mesi più critici della prima ondata epidemica, in Lombardia, la percentuale del personale penitenziario assente per malattia ha raggiunto picchi del 15%.⁸ Il personale penitenziario è però costituito da lavoratori essenziali e, per garantire il regolare funzionamento delle strutture detentive, le loro assenze dovrebbero essere ridotte al minimo. In aggiunta, il personale penitenziario si sposta quotidianamente dentro e fuori dai locali di detenzione, il che comporta un aumentato rischio di introduzione e di diffusione di SARS-CoV-2 all'interno delle carceri.

¹⁴ Giuliani R, Casigliani V, Fornili M, Sebastiani T, Freo E, Arzilli G, *et al.* HCV micro-elimination in two prisons in Milan, Italy: A model of care. *J Viral Hepat.* 2020;27(12):1444–54.

¹⁵ Ministero della Giustizia. Detenuti presenti - aggiornamento al 28 febbraio 2021 [Internet]. 2021. https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=0_2_10&contentId=SST323230&previousPage=mg_1_14

¹⁶ Lebrun A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, *et al.* Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1).

¹⁷ Fabiani M, Mateo-Urdiales A, Andrianou X, Bella A, Del Manso M, Bellino S, Rota MC, Boros S, Vescio MF, D'Ancona FP, Siddu A, Punzo O, Filia A, Brusaferro S, Rezza G, Dente MG, Declich S, Pezzotti P, Riccardo F; COVID-19 Working Group. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. *Eur J Public Health.* 2021 Feb 1;31(1):37-44. doi: 10.1093/eurpub/ckaa249.

¹⁸ Munday D, Leaman J, O'moore É, Plugge E. The prevalence of non-communicable disease in older people in prison: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2019;48:204–12.

¹⁹ Agenzia regionale di sanità della Toscana. La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico. 2015.

²⁰ Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* [Internet]. 2020;396(10255):874. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

²¹ Aebi MF, Tiago MM. SPACE I - 2019 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Strasbourg: Council of Europe. 2020.

1.1.1.3. Personale sanitario e civile

Oltre al personale di Polizia penitenziaria, all'interno delle strutture carcerarie, operano anche altri professionisti quali medici, infermieri, assistenti sociali e psicologi, che sono esposti tutti alle medesime problematiche di servizio con entrate, uscite e, spesso, pernottamento nella struttura. Probabilmente questo personale, in virtù del proprio specifico incarico che non può avere sospensioni, può risultare quello maggiormente a rischio di contrarre l'infezione, come avviene anche nel territorio all'esterno. Le altre figure che operano nel sistema carcerario quali ministri di culto, avvocati, volontari, insegnanti, ecc. hanno visto sospendere la loro autorizzazione all'accesso ormai da molti mesi.

1.1.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità penitenziarie

1.1.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità penitenziarie

La vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità penitenziarie ha diversi obiettivi:

- (i) la vaccinazione della popolazione carceraria, caratterizzata da un elevato carico di patologie croniche, permette la riduzione del rischio di malattia grave e di decesso a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2;
- (ii) l'offerta della vaccinazione anti COVID-19 in carcere permette di vaccinare fasce di popolazione che più difficilmente sarebbero intercettate dai servizi sanitari territoriali;
- (iii) la vaccinazione del personale penitenziario, permettendo la riduzione delle assenze per malattia, assicura continuità e l'adeguato funzionamento delle strutture di detenzione;
- (iv) la vaccinazione della polizia penitenziaria e del resto del personale penitenziario, ivi incluso quello sanitario, riduce il rischio di introduzione del virus all'interno delle strutture penitenziarie e nelle caserme in cui parte di questi lavoratori essenziali vivono;
- (v) infine, vaccinare le persone che vivono e lavorano nelle carceri protegge l'intera comunità e contribuisce al raggiungimento dell'immunità di popolazione. Infatti, l'alto *turnover* dei detenuti, insieme all'accesso su base giornaliera del personale penitenziario ai locali delle prigioni, favorirebbe, in caso di focolaio epidemico, la trasmissione di SARS-CoV-2 dalle carceri alla comunità e viceversa.

La problematica della vaccinazione anti COVID-19 in carcere è stata seguita con costante impegno dal garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Il garante stesso ha indicato come obiettivo prioritario quello di rendere le carceri "bolle COVID-19 free" procedendo con le vaccinazioni istituite per istituto e considerando ogni carcere nella sua totalità.

1.1.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

Il documento *COVID-19 Vaccine FAQs in Correctional and Detention Centers* (aggiornato al 16 febbraio 2021) dei CDC statunitensi (*Centers for Diseases Control and prevention*) prende in considerazione le problematiche relative alla vaccinazione in carcere:²²

1. La raccomandazione è di vaccinare personale e detenuti allo stesso tempo e comunque di effettuare la vaccinazione in un lasso di tempo il più ristretto possibile, a causa del comune alto rischio di malattia. La copertura vaccinale ottenuta in modo pressoché contestuale all'interno della popolazione

²² Centers for Diseases Control and prevention. COVID-19 Vaccine FAQs in Correctional and Detention Centers. Updated Feb. 16, 2021. Atlanta: CDC; 2021.

carceraria e del personale ivi afferente di ciascun istituto rappresenta un'efficace forma di prevenzione sia per chi vive all'interno che all'esterno della struttura.²³

2. Attenzione particolare va posta nell'organizzare la somministrazione dei vaccini al personale per stabilire la turnazione dello stesso in modo che sia compatibile con l'esigenza di garantire la continuità dei servizi per tutto il periodo vaccinale. Il calendario deve quindi tenere conto di un opportuno periodo di riposo di almeno un giorno post-vaccinazione per i possibili effetti collaterali e l'elevato livello di stress.²⁴

Per le persone detenute, non dovrebbe essere necessario stabilire dei criteri di priorità o fare una ulteriore pianificazione in base a fattori di rischio di struttura o individuali. I fattori a livello individuale per l'assegnazione delle priorità alla vaccinazione includono l'età avanzata, le condizioni mediche ad alto rischio e il rischio di esposizione ad altre persone detenute che hanno contratto l'infezione da SARS-CoV-2. Le ridotte dimensioni del numero di persone detenute o che lavorano all'interno di un carcere medio, permettono una programmazione delle vaccinazioni in tempi anche molto ristretti e ciò riduce o vanifica l'esigenza di prevedere particolari priorità di gruppi all'interno di tale contesto. Va ricordato che anche i soggetti che hanno contratto il COVID-19 devono essere vaccinati a partire da tre mesi di distanza dalla documentata infezione ed entro il sesto mese dalla stessa con una sola dose secondo le raccomandazioni del Ministero della Salute.¹³

1.1.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Alcune problematiche, pur presenti nella popolazione generale, richiedono maggiore attenzione nell'ambito carcerario. Per evitare che l'attuale non obbligatorietà vaccinale sia associata ad una percezione di scarsa o nulla necessità (o addirittura pericolosità) della vaccinazione è necessaria una chiara e adeguata informazione. Il ruolo della comunicazione è fondamentale per accrescere la fiducia nei confronti della vaccinazione e rappresenta sicuramente una parte essenziale della strategia vaccinale. L'amministrazione penitenziaria e sanitaria dovrà congiuntamente pianificare, condividere e produrre una strategia di comunicazione univoca per superare quei cosiddetti "determinanti dell'esitazione vaccinale" (credenze e attitudini rispetto alla vaccinazione, determinanti socioculturali) che possono portare al rifiuto vaccinale.

Ostacolo non da sottovalutare è rappresentato dalle difficoltà linguistiche e diversità culturali dei detenuti stranieri. Tali difficoltà possono e devono essere superate anche con il coinvolgimento di mediatori culturali in grado di rendere accessibile alla persona le informazioni relative al vaccino utilizzando lingua e modi propri di contesti culturali diversi. Un altro strumento di comunicazione potrebbe essere quello visivo attraverso immagini semplici e colorate che descrivano la procedura e gli obiettivi della vaccinazione.

Un fattore che potrebbe essere decisivo per successivi rifiuti alla vaccinazione è l'insorgenza di effetti collaterali, peraltro già noti e riportati nelle specifiche schede tecniche, quali, tra i più frequenti, dolenzia del sito di inoculazione, febbre, artralgie diffuse.

Una particolare attenzione dovrà essere quindi posta a questo aspetto che potrebbe determinare problematiche inerenti a rifiuti successivi alla vaccinazione da parte degli altri detenuti residenti o del personale addetto.

²³ Mancinelli R, D'Ancona FP, Libianchi S, Mustazzolu A, Tavoche L, Pantosti A. Indicazioni per la prevenzione e il controllo di COVID-19 negli istituti penitenziari e in altre strutture con limitazione delle libertà personali per adulti e minori. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità* 2020;33(6): 23-27.

²⁴ Testoni I, Francioli G, Biancalani G, Libianchi S, Orkibi H. Hardships in Italian Prisons During the COVID-19 Emergency: The Experience of Healthcare Personnel. *Front Psychol.* 2021;12:619687.

Infine, è essenziale ricordare che la vaccinazione è un atto volontario che richiede la consapevolezza di chi lo riceve, attraverso la sottoscrizione del consenso informato, in merito sia ai rischi derivanti dalla malattia che ai rischi e benefici della vaccinazione.

1.1.2.4. Mobilità e tracciamento

Problematica peculiare del carcere è anche la mobilità delle persone da un istituto ad un altro, dalla detenzione alla libertà e gli arresti dalla libertà. Questo complica non poco la strategia vaccinale considerato che alcuni vaccini anti COVID-19 attualmente disponibili prevedono due dosi, e la seconda dose, dello stesso tipo di vaccino della prima, deve essere somministrata da 3 a 12 settimane dopo la prima a seconda del tipo di vaccino.

A livello organizzativo la seconda dose può essere pianificata per le persone che rimarranno nella struttura un tempo sufficiente per riceverla, ma diventa una sfida per chi sta per essere rilasciato o trasferito. Inoltre, le strutture di sanità e di giustizia dovrebbero condividere un sistema di tracciamento e identificazione per evitare, ad esempio, che la persona sia vaccinata più volte in comunità penitenziarie diverse, in particolare quando si tratta di mobilità interaziendale e interregionale, o che non riceva la dose successiva alla prima.

Sicuramente l'utilizzo di vaccini monodose è da considerare per risolvere almeno in parte queste problematiche, soprattutto in una fase successiva al completamento della vaccinazione per tutti i presenti e somministrata ai cosiddetti "nuovi giunti" dopo opportuna osservazione e valutazione.

1.1.2.5. Altre situazioni di limitazione della libertà

Un'attenzione particolare andrà riservata ad alcuni gruppi di persone con riduzione delle libertà personali di cui si dovrà tenere in considerazione la normativa nazionale. Essi sono rappresentati laddove si prevede la semilibertà (artt. 48-50 O.P.), l'ammissione al lavoro esterno per detenuti (art. 21 O.P.), la semidetenzione (artt. 53 e 55 della Legge 689/1981), l'arresto con permanenza (anche se breve) di minorenni nei Centri di Prima Accoglienza (articolo 18-bis comma 4 del DPR 22 settembre 1988 n. 448), gli Istituti Penitenziari Minorili (IPM) (DPR 448/1988, DL.vo 121/2018), le Comunità Ministeriali per minorenni spesso annesse ai Centri di Prima Accoglienza (CM) (art.22 del DPR 448/1988) e le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di nuova istituzione ai sensi della Legge 9/2012.

Da quanto sopra appare quindi evidente l'opportunità di considerare il singolo istituto penitenziario con tutte le sue specificità rispetto al resto del territorio, ma anche tra istituto e istituto, come un'entità peculiare da prendere in carico globalmente e contemporaneamente nelle sue diverse componenti.

Le ridotte dimensioni rispetto al resto del territorio e il suo confinamento strutturale favoriscono un tipo di intervento complessivo utilizzando le consuete categorie presenti nelle strutture carcerarie:

- persone detenute o con restrizioni delle libertà personali;
- direzioni penitenziarie (direttore, educatori, psicologi ministeriali, operai) e polizia penitenziaria;
- chiunque abbia titolo a lavorare in carcere (sanità, volontariato, culto, ecc.).

1.2. Residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con gravi problemi di salute mentale

1.2.1. Caratteristiche salienti della popolazione

1.2.1.1. Residenze per persone con gravi problemi di salute mentale

Le persone con problemi di salute mentali gravi che vivono in comunità sono esposte a maggior rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 sia per la natura congregata dell'ambiente che per le necessità di uno stretto contatto tra utenti e personale come parte dell'assistenza.^{25,26,27,28}

L'adozione delle misure restrittive finalizzate a ridurre i rischi di contagio e di circolazione di SARS-CoV-2 in queste residenze ha necessariamente comportato un impoverimento delle relazioni socio-affettive e limitazione degli interventi e delle attività finalizzate all'inclusione sociale impattando negativamente sul benessere della persona e causando disagio, sofferenza e senso di isolamento.^{29,30,31,32}

Inoltre, in queste residenze si riscontrano maggiori difficoltà da parte dell'utenza ad aderire alle prescrizioni preventive non solo per le loro caratteristiche cliniche (perché in parte non collaboranti o non autosufficienti) ma anche per i limiti strutturali delle comunità. Per tale motivo potrebbe essere necessario il supporto di un *caregiver*.

Infine, come chiarito nella circolare del 4 dicembre 2020 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, il riscontro di contagi all'interno della comunità determina l'attivazione di specifiche procedure tra cui la sospensione di nuovi ingressi nella comunità con conseguente discontinuità operativa e mancanza di risposta ai bisogni specifici delle persone con problemi di salute mentale gravi.

-
- ²⁵ Mazereel V, Van Assche K, Detraux J, De Hert M. COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how? *Lancet Psychiatry* 2021 May;8(5):444-50.
- ²⁶ McMichael TM, Currie DW, Clark S, *et al.*; Public Health–Seattle and King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med* 2020;382:2005–11.
- ²⁷ Kossover RA, Chi CJ, Wise ME, Tran AH, Chande ND, Perz JF. Infection prevention and control standards in assisted living facilities: are residents' needs being met? *J Am Med Dir Assoc* 2014;15:47-53.
- ²⁸ Yi SH, See I, Kent AG, *et al.* Characterization of COVID-19 in Assisted Living Facilities — 39 States, October 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1730–1735.
- ²⁹ Ministero della Salute, Documento "Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali" del 04/12/2020. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77495&parte=1%20&serie=null>
- ³⁰ Courtenay K. Covid-19: challenges for people with intellectual disability. *BMJ*. 2020 Apr 29;369:m1609. doi: 10.1136/bmj.m1609
- ³¹ Muruganandam P, Neelamegam S, Menon V, Alexander J, Chaturvedi SK. COVID-19 and severe mental illness: impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;291
- ³² Embregts PJCM, van den Bogaard KJHM, Frielink N, Voermans MAC, Thalen M, Jahoda A. A thematic analysis into the experiences of people with a mild intellectual disability during the COVID-19 lockdown period, *International Journal of Developmental Disabilities* 2020. doi: 10.1080/20473869.2020.1827214

1.2.1.2. Persone con gravi problemi di salute mentale

Le persone con problemi di salute mentale gravi hanno un aumentato rischio di morbidità rispetto alla popolazione generale^{33,34,35,36,37,38} e conseguentemente sono esposte ad un aumentato rischio di morbidità o mortalità per COVID-19.²⁵

Diversi studi hanno individuato un'associazione tra un disturbo psichiatrico pre-esistente e un aumentato rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di ospedalizzazione, morbidità e mortalità legate a COVID-19^{39,40,41,42,43,44,45,46} e in alcuni studi è stata osservata una associazione tra la severità della problematica di salute mentale e un più elevato rischio di esiti peggiori legati a COVID-19.^{44,41,44,45,46,47}

Sebbene le ragioni dell'aumentato rischio di mortalità per COVID-19 non siano ancora completamente chiarite, alcuni autori hanno segnalato un possibile legame tra manifestazione psichiatrica e compromissione della funzione infiammatoria oltre che l'esposizione ad un aumentato rischio legato all'assunzione di farmaci psicotropi.⁴⁵

-
- ³³ Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, *et al.* Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry.* 2017;16(1):30-40.
- ³⁴ Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017 Apr;4(4):295-301. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0. Epub 2017 Feb 22. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2017 Sep;4(9):e19. PMID: 28237639.
- ³⁵ Druss B, Bradford D, Rosenheck R, Radford M, Krumholz H. Mental disorders and the use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *J Am Med Assoc.* 2000;283(January):506.
- ³⁶ Correll CU, Solmi M, Vernose N, Bortolato B, Rosson S, Santonastato P, *et al.* Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry.* 2017;16(2):163-80.
- ³⁷ Vancampfort D, Correll CU, Galling B, Probst M, De Hert M, Ward PB, *et al.* Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry.* 2016;15(2):166-74.
- ³⁸ Gronholm PC, Chowdhary N, Barbui C, *et al.* Prevention and management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO recommendations. *Int J Ment Health Syst* 15, 22 (2021).
- ³⁹ Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 2021;20:124-130. <https://doi.org/10.1002/wps.20806>
- ⁴⁰ Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry.* 2020 doi: 10.1038/s41380-020-00880-7.
- ⁴¹ Yang H, Chen W, Hu Y. Pre-pandemic psychiatric disorders and risk of COVID-19: a UK Biobank cohort analysis. *Lancet Healthy Longev.* 2020;1:e69–e79.
- ⁴² Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry.* 2020
- ⁴³ Maripuu M, Bendix M, Öhlund L, Widerström M, Werneke U. Death associated with coronavirus (COVID-19) infection in individuals with severe mental disorders in Sweden during the early months of the outbreak—a exploratory cross-sectional analysis of a population-based register study. *Front Psychiatry.* 2021;11
- ⁴⁴ Lee SW, Yang JM, Moon SY. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:1025–1031.
- ⁴⁵ Li L, Li F, Fortunati F, Krystal JH. Association of a prior psychiatric diagnosis with mortality among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) Infection. *JAMA network open* 2020;3(9):e2023282.
- ⁴⁶ Nemani K, Li C, Olfson M, Blessing EM, Razavian N, Chen J, Petkova E, Goff DC. Association of Psychiatric Disorders With Mortality Among Patients With COVID-19. *JAMA Psychiatry.* 2021 Apr 1;78(4):380-386. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4442. PMID: 33502436; PMCID: PMC7841576.
- ⁴⁷ Lega I, Nisticò L, Palmieri L, Caroppo E, Lo Noce C, Donfrancesco C, Vanacore N, Scattoni ML, Picardi A, Gigantesco A, Brusaferrò S, Onder G; Italian National Institute of Health COVID-19 Mortality Group*. Psychiatric disorders among hospitalized patients deceased with COVID-19 in Italy. *EclinicalMedicine.* 2021 Apr 23:100854. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100854.

Accanto all'aumentato rischio di morbilità o mortalità per COVID-19, le persone con problemi di salute mentale gravi possono manifestare difficoltà di implementazione delle misure di prevenzione^{30,30,31} sia per difficoltà di comprensione delle informazioni aggiornate che per la difficoltà di aderire alle misure di prevenzione e di adattare i comportamenti conseguentemente al grado di rischio.^{30,30,48}

In considerazione di questi aspetti e tenuto conto della necessità di garantire il benessere delle persone con problemi di salute mentale gravi anche attraverso il prosieguo del "Progetto di Vita", il mantenimento di un rapporto con il contesto di appartenenza e la riattivazione dei percorsi di inclusione sociale nell'ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità, la vaccinazione contro SARS-CoV-2 rappresenta una integrazione essenziale per la prevenzione e il controllo di COVID-19 nelle comunità di persone con severe problematiche di salute mentale.^{49,50}

1.2.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle residenze sanitarie e socio-sanitarie per le persone con gravi problemi di salute mentale

1.2.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle residenze per persone con gravi problemi di salute mentali

La vaccinazione anti COVID-19 nelle residenze per persone con gravi problemi di salute mentali ha diversi obiettivi:

- (i) la vaccinazione della popolazione delle persone con problemi di salute mentale gravi permette la riduzione del rischio di presentazione di malattia grave e di decesso a seguito dell'infezione da SARS-CoV-2;
- (ii) la vaccinazione della popolazione delle persone con problemi di salute mentale gravi permette di tutelare il loro benessere psicosociale anche attraverso il prosieguo del "Progetto di Vita", il mantenimento di un rapporto con il contesto di appartenenza e la riattivazione dei percorsi di inclusione sociale nell'ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità;
- (iii) la vaccinazione del personale coinvolto nell'assistenza delle persone con problemi di salute mentale gravi permette di favorire continuità nell'assistenza e nel funzionamento delle strutture residenziali;
- (iv) la vaccinazione dei familiari delle persone con problemi di salute mentale gravi permette di tutelare la loro salute fisica quali figure di riferimento irrinunciabili nel percorso di cura e nel supporto agli operatori in contesti ospedalieri o procedure mediche diagnostiche associate a COVID-19.

1.2.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

L'indicazione, quindi, è di vaccinare contemporaneamente i residenti, i loro *caregiver* e il personale coinvolto nella loro assistenza o almeno effettuare la loro vaccinazione in un breve lasso di tempo. Per le persone con problemi di salute mentale gravi, potrebbe essere necessario stabilire anche dei criteri di

⁴⁸ Osservatorio Nazionale Autismo ISS. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 28 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev. 2.)

⁴⁹ Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Advice on priority groups for COVID-19 vaccination. 30 December 2020. Updated 6 January 2021 <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-30-december-2020/joint-committee-on-vaccination-and-immunisation-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination-30-december-2020>

⁵⁰ Stip E, Javaid S, Amiri L. People with mental illness should be included in COVID-19 vaccination. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(4):275-276.

priorità e fare una ulteriore pianificazione in base a fattori di rischio di struttura o individuali. I fattori a livello individuale da considerare per l'assegnazione delle priorità alla vaccinazione includono l'età avanzata, le condizioni mediche ad alto rischio e il rischio di esposizione.

Come documentato in diversi studi, in queste persone i tassi di obesità, ipertensione, diabete e malattie polmonari (tutte condizioni legate a un esito peggiore della malattia da COVID-19) sono più alti rispetto a quelli che si registrano nella popolazione generale. Senza trascurare che, pur superando l'infezione da COVID-19, questi pazienti rischiano di vedere aggravata la condizione psichiatrica di partenza, dopo la malattia.

La pianificazione delle attività vaccinali dovrebbe avvenire in stretto raccordo tra Aziende Sanitarie Locali (ASL) e la Regione e i responsabili delle strutture che possono anticipare e verificare in modo capillare i bisogni e le necessità specifiche delle persone residenti e dei loro *caregiver*. Se appropriato, è utile coinvolgere i Dipartimenti di Salute mentale e le Unità di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di competenza del territorio.

1.2.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Alcune problematiche, pur presenti nella popolazione generale, richiedono maggiore attenzione nell'ambito delle persone con problemi di salute mentale gravi.

Il ruolo della comunicazione è fondamentale per accrescere la fiducia nei confronti della vaccinazione e rappresenta sicuramente una parte essenziale della strategia vaccinale.

La persona con problemi di salute mentale gravi e i suoi familiari devono ricevere informazioni aggiornate attraverso modalità comunicative appropriate.^{48,51}

È utile che i Responsabili della struttura coordinino un flusso coerente e aggiornato sulle informazioni disponibili anticipando possibili criticità e predisponendo comunicazioni personalizzate.

In caso di rifiuto o esitazione è necessario effettuare un'adeguata valutazione dello stato mentale di quella persona, della sua capacità decisionale e delle sue conoscenze e convinzioni.^{25,52}

I medici dovrebbero fornire informazioni per contrastare la disinformazione, affrontare gli atteggiamenti negativi in modo rispettoso, e discutere i vantaggi e i possibili rischi della vaccinazione.²⁵

In ogni caso è necessario acquisire il consenso della persona o del suo tutore legale, se nominato.

La pianificazione delle attività vaccinali deve essere effettuata tenendo conto della possibile necessità di garantire la presenza del *caregiver* o degli assistenti di riferimento.

⁵¹ Miles LW, Williams N, Luthy KE, Eden L. Adult vaccination rates in the mentally ill population: an outpatient improvement project. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2020;26:172–180

⁵² APA (2021) 2021 COVID-19 Pandemic Guidance Document the role of the psychiatrist in the equitable distribution of the covid-19 vaccine; Prepared by the APA Committee on Psychiatric Dimensions of Disaster, Committee on Integrated Care, Council on Communications, Council on Minority Mental Health and Health Disparities, and Council on Healthcare Systems and Financing <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/covid-19-coronavirus>

1.3. Residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con disabilità

1.3.1. Caratteristiche salienti della popolazione

1.3.1.1. Strutture residenziali

Le strutture residenziali che accolgono persone con disabilità, in età evolutiva o in età adulta, includono le Residenze Sanitarie per Disabili, le comunità alloggio e gli appartamenti protetti, le comunità terapeutiche di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, le comunità di area sociale o di tipo familiare, in rete con altre strutture analoghe o indipendenti e le comunità alloggio socio-sanitarie. Le differenze tra le strutture sono da ricondursi anche alle diverse tipologie (per età, morbilità, livello di funzionamento, autonomia, presenza e grado di comportamenti disfunzionali) e numerosità degli utenti accolti (da due o tre soggetti fino a diverse decine).⁴⁸ La natura congregata dell'ambiente, la necessità di uno stretto contatto tra il personale come parte dell'assistenza^{25,26,27,28} e le caratteristiche cliniche dell'utenza potrebbero determinare un maggior rischio di trasmissione di SARS-CoV-2.

Inoltre, per le persone con disabilità psichica e/o fisica che non sono collaboranti e/o che non sono autosufficienti, le misure di isolamento/quarantena/ospedalizzazione e le limitazioni agli incontri con i familiari e/o le altre persone affettivamente significative, implicano rischi aggiuntivi di grave disagio psicologico e comportamentale, disturbi da stress acuto e disturbi dell'adattamento. Infatti, queste persone presentano spesso già di base una elevata vulnerabilità psico-fisica, che può facilmente aggravarsi a seguito di cambiamenti drastici dell'ambiente e delle relazioni.⁴⁸

Tali disturbi, potendosi manifestare anche con gravi problemi comportamentali, rappresentano fattori di incremento del rischio di contagio per gli operatori.⁴⁸ I familiari delle persone con disabilità psichica e/o fisica sono figure di riferimento irrinunciabili anche nel fornire supporto agli operatori in contesti ospedalieri o nelle procedure mediche o diagnostiche associate a COVID-19, soprattutto quando le persone con disabilità non sono collaboranti e/o non autosufficienti.⁴⁸ Infine, va segnalato che in alcune strutture la messa in atto di misure di isolamento/quarantena potrebbe essere molto complessa a causa di limitazioni strutturali e gestionali.

L'adozione delle misure restrittive finalizzate a ridurre i rischi di contagio e di circolazione di SARS-CoV-2 nelle comunità di persone con disabilità ha necessariamente comportato un impoverimento delle relazioni socio-affettive e una marcata riduzione degli interventi e delle attività finalizzate all'inclusione sociale e impattando negativamente sul benessere della persona e causando disagio, sofferenza e senso di isolamento.^{29,30,31,32,53}

La circolare della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, del 4 dicembre 2020, indica la necessità di assicurare, nel rispetto delle misure di sicurezza e tenendo conto del contesto epidemiologico dell'area geografica di riferimento, un regime di contatti e/o di visite fra gli ospiti e le persone a loro care e occasioni di uscite fuori dalla residenza, adottando un criterio composito che tenga debitamente conto sia della necessità di ridurre i rischi di contagio, sia degli insopprimibili bisogni di relazione delle persone con i loro familiari/amici/visitatori.

⁵³ Steptoe A, Di Gessa G. Mental health and social interactions of older people with physical disabilities in England during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. *Lancet Public Health*. 2021 Apr 21:S2468-2667(21)00069-4. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00069-4

1.3.1.2. Popolazione con disabilità

Le persone con disabilità gravi (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica) hanno un maggior rischio di presentare co-morbilità mediche che aumentano considerevolmente il loro rischio di morbilità o mortalità per COVID-19.^{54,55,56}

Inoltre, le persone con disabilità gravi possono manifestare difficoltà di implementazione delle misure di prevenzione sia per difficoltà di comprensione delle informazioni aggiornate che per la difficoltà di aderire alle misure di prevenzione e adattare i comportamenti conseguentemente al grado di rischio.^{32,48}

L'art. 3 del DPCM 26 aprile 2020 prevede che le persone che hanno una disabilità incompatibile con l'uso della mascherina possano non utilizzarla, e così, in situazioni eccezionali e possibilmente transitorie, i loro accompagnatori/ operatori di assistenza. Inoltre, ove le necessità di supporto fisico o psicologico lo richiedano, è possibile ridurre il distanziamento fisico delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva o sensoriale o problematiche psichiatriche e comportamentali o delle persone non autosufficienti, con i propri accompagnatori o operatori di assistenza, operanti a qualsiasi titolo.

Sebbene la disponibilità di dati sugli effetti della pandemia nelle popolazioni con disabilità sia limitata⁵⁷ i dati disponibili indicano un rischio significativamente più alto di quello della popolazione generale. Tenuto conto di questi aspetti e necessità, la vaccinazione contro il SARS-CoV-2 rappresenta un'integrazione essenziale per la prevenzione e il controllo di COVID-19 nelle comunità di persone con disabilità, confermata anche da enti di riferimento e dalla comunità scientifica internazionale.^{57,49}

1.3.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle residenze sanitarie e socio-sanitarie per persone con disabilità

1.3.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle residenze per persone con disabilità

La vaccinazione anti COVID-19 nelle residenze per persone con disabilità ha diversi obiettivi:

- (i) la vaccinazione della popolazione delle persone con disabilità permette la riduzione del rischio di presentazione di malattia grave e di decesso a seguito dell'infezione di SARS-CoV-2
- (ii) la vaccinazione delle persone con disabilità permette di ridurre i rischi associati alle ospedalizzazioni effettuate in reparti privi di personale adeguatamente formato alla gestione delle problematiche specifiche delle persone con disabilità;
- (iii) la vaccinazione delle persone con disabilità permette di tutelare il loro benessere psicosociale anche attraverso il prosieguo del "Progetto di Vita", il mantenimento di un rapporto con il contesto di appartenenza e la riattivazione dei percorsi di inclusione sociale nell'ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità;

⁵⁴ Landes SD, Turk MA, Wong AWWA. COVID-19 outcomes among people with intellectual and developmental disability in California: The importance of type of residence and skilled nursing care needs. *Disabil Health J.* 2021 Apr;14(2):101051. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.101051. Epub 2020 Dec 5

⁵⁵ Turk MA, Landes SD, Formica MK, Goss KD. Intellectual and developmental disability and COVID-19 case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disabil Health J.* 2020 Jul;13(3):100942. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100942. Epub 2020 May 24

⁵⁶ Panocchia N, D'ambrosio V, Corti S, Lo Presti E, Bertelli M, Scattoni ML, Ghelma F. COVID-19 pandemic, the scarcity of medical resources, community-centred medicine and discrimination against persons with disabilities. *J Med Ethics.* 2021 Apr 7:medethics-2020-107198. doi: 10.1136/medethics-2020-107198. Epub ahead of print

⁵⁷ Epstein S, Ayers K, Swenor BK. COVID-19 vaccine prioritisation for people with disabilities Published online: April 21, 2021 *The Lancet Public Health* [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00093-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00093-1)

- (iv) la vaccinazione del personale coinvolto nell'assistenza delle persone con disabilità permette di favorire continuità nell'assistenza e nel funzionamento delle strutture residenziali;
- (v) la vaccinazione dei familiari delle persone con disabilità permette di tutelare la loro salute fisica quali figure di riferimento irrinunciabili nel percorso di cura e nel supporto agli operatori in contesti ospedalieri o procedure mediche diagnostiche associate a COVID-19.

1.3.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

L'indicazione, quindi, è di vaccinare i residenti della comunità, i loro *caregiver* e il personale coinvolto nell'assistenza e la cura in un lasso di tempo il più ristretto possibile. Per le persone con disabilità, potrebbe essere necessario stabilire anche dei criteri di priorità e attuare un'ulteriore pianificazione in base a fattori di rischio di struttura o individuali. I fattori a livello individuale da considerare per l'assegnazione delle priorità alla vaccinazione includono l'età avanzata, le condizioni mediche ad alto rischio di complicanze dell'infezione da SARS-CoV-2 e il rischio di esposizione all'infezione stessa.

La pianificazione delle attività vaccinali dovrebbe avvenire in stretto raccordo tra ASL/Regione e i responsabili delle strutture che possono anticipare e verificare in modo capillare i bisogni e le necessità specifiche delle persone residenti e dei loro *caregiver*. Quando appropriato, è utile coinvolgere i Dipartimenti di Salute mentale e delle Unità di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di competenza del territorio.

1.3.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Alcune problematiche, pur presenti nella popolazione generale, richiedono maggiore attenzione nell'ambito delle persone con disabilità. Il ruolo della comunicazione è fondamentale per accrescere la fiducia nei confronti della vaccinazione e rappresenta sicuramente una parte essenziale della strategia vaccinale. La persona con disabilità e i suoi familiari devono ricevere informazioni aggiornate sui benefici e rischi della vaccinazione, attraverso modalità comunicative appropriate.^{51,48} Nell'identificazione delle procedure e delle attività della campagna vaccinale deve essere previsto il coinvolgimento delle associazioni e organizzazioni a tutela dei diritti delle persone con disabilità (Convenzione ONU sui diritti delle Persone con disabilità ratificata con Legge 18/2009, art. 4 comma 3). È utile che i responsabili della struttura coordinino un flusso coerente e aggiornato sulle informazioni disponibili anticipando possibili criticità e predisponendo comunicazioni personalizzate. Sul piano logistico e organizzativo, è opportuno implementare tutte le azioni facilitanti l'accesso alla vaccinazione per la persona con disabilità e i suoi *caregiver* (es. sessioni di vaccinazione nella comunità, percorsi specifici nei centri vaccinali, ecc.). È appropriato che le informazioni relative alle modalità operative della campagna vaccinale ai residenti e ai loro *caregiver* siano predisposte e diffuse adottando modalità comunicative appropriate. In caso di rifiuto o esitazione è necessario effettuare un'adeguata valutazione dello stato mentale di quella persona, della sua capacità decisionale e delle sue conoscenze e convinzioni.^{25,52}

Il personale sanitario deve essere informato che l'esitazione vaccinale, che può risultare in un ritardo nell'accettazione o nel rifiuto dei vaccini, interagisce in modo complesso con fattori contestuali più ampi^{58,59} e che tra gli argomenti richiamati vengono citati i pericoli associati al supposto contenuto di mercurio nei

⁵⁸ Pullan S, Dey M. Vaccine hesitancy and anti-vaccination in the time of COVID-19: A Google Trends analysis. *Vaccine*. 2021 Apr 1;39(14):1877-1881. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.03.019. Epub 2021 Mar 6

⁵⁹ MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

vaccini comuni, e il dibattito sulla relazione, da tempo smentita, tra il vaccino contro il morbillo, la parotite e la rosolia e l'autismo.⁶⁰

I medici dovrebbero fornire informazioni per contrastare la disinformazione, affrontare gli atteggiamenti negativi in modo rispettoso, e discutere i vantaggi e i possibili rischi della vaccinazione.²⁵ In ogni caso è necessario acquisire il consenso della persona o del suo tutore legale, se nominato.

La pianificazione delle attività vaccinali deve essere effettuata tenendo conto della possibile necessità di garantire la presenza del *caregiver* o degli assistenti di riferimento.

1.4. Comunità di stranieri e italiani presenti nei centri di prima, seconda accoglienza, trattenimento e in altre situazioni critiche

Le disuguaglianze sociali acute dalla pandemia COVID-19 sono nette e aumentano le evidenze che mostrano come migranti e minoranze etniche siano stati colpiti in modo sproporzionato,^{61,62} così come le persone socialmente fragili quali i senza-dimora.⁶³

Anche in Italia si è riscontrato un maggior impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli individui stranieri, in particolare un ritardo nella diagnosi e una maggiore probabilità di essere ricoverati rispetto ai casi italiani.⁶⁴

L'ECDC raccomanda di prendere in considerazione, nella definizione dei gruppi prioritari per la somministrazione del vaccino, anche le strutture con scarsa capacità di mantenimento del distanziamento fisico degli ospiti, compresi i centri per i migranti, alloggi affollati e rifugi per senza tetto.^{65,66,67}

⁶⁰ Naprawa AZ. Don't give your kid that shot: the public health threat posed by anti-vaccine speech and why such speech is not guaranteed full protection under the first Amendment. *Cardozo Public Law, Policy Ethics J* 2012;11

⁶¹ Sze S PD, Nevill CR, *et al.* Ethnicity and clinical outcomes in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2020;100630

⁶² Hayward SE, Deal A, Cheng C, *et al.* Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: a systematic review. *J Migr Health*. 2021 Apr 22:100041. doi: 10.1016/j.jmh.2021.100041

⁶³ Roederer, Thomas *et al.* Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study. *Lancet Public Health* 2021; 6: e202–09 Published Online February 5, 2021 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00001-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00001-3)

⁶⁴ Fabiani M, Mateo-Urdiales A, Andrianou X, Bella A, Del Manso M, Bellino S, Rota MC, Boros S, Vescio MF, D'Ancona FP, Siddu A, Punzo O, Filia A, Brusaferrero S, Rezza G, Dente MG, Declich S, Pezzotti P, Riccardo F, for the COVID-19 Working Group, Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. *European Journal of Public Health* 2021;31(1):37–44, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa24>

⁶⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 vaccination and prioritisation strategies in the EU/EEA. 22 December 2020. ECDC: Stockholm; 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-vaccination-and-prioritisation-strategies.pdf>

⁶⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Key aspects regarding the introduction and prioritisation of COVID-19 vaccination in the EU/EEA and the UK. 26 October 2020. ECDC: Stockholm; 2020b. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Key-aspects-regarding-introduction-and-prioritisation-of-COVID-19-vaccination.pdf>

⁶⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA – 3 June 2021. ECDC: Stockholm; 2021

Lo *Strategic Advisory Group of Experts* della WHO (WHO SAGE)^{68,69} identifica come gruppi prioritari per l'assegnazione della vaccinazione anti COVID-19 nella seconda fase: a) persone senza dimora e coloro che vivono in insediamenti informali o baraccopoli urbane; b) lavoratori migranti a basso reddito, rifugiati, richiedenti asilo, migranti vulnerabili in situazioni irregolari; c) popolazioni nomadi, e più in generale d) coloro che non sono in grado di allontanarsi fisicamente, compresi quelli che vivono in campi e ambienti simili a campi. Oltre a sviluppare i sistemi di somministrazione delle vaccinazioni e le infrastrutture necessarie per garantire l'accesso ai vaccini anti COVID-19, raccomanda di intraprendere azioni proattive per garantire la parità di accesso a tutti coloro che si qualificano in un gruppo prioritario, in particolare le popolazioni socialmente svantaggiate. Sulla tematica si è recentemente pronunciata anche la *European Public Health Association* e la *Global Society on Migration, Ethnicity, Race and Health*.

In Italia si deve tenere conto che le persone migranti, richiedenti asilo, rifugiati, apolidi, senza dimora, vittime di tratta, hanno status giuridici diversificati e talora mancano di documenti di identità e/o iscrizione all'SSN.

Ciò premesso, vale la pena ribadire che la finalità per raggiungere l'obiettivo di sanità pubblica della vaccinazione anti COVID-19 richiede di adoperarsi per e con formule flessibili legate alle vulnerabilità della popolazione in esame e delle specifiche situazioni.

1.4.1. Caratteristiche salienti della popolazione

I centri di accoglienza comprendono diverse tipologie di struttura, che accolgono principalmente cittadini stranieri:

- Centri di prima accoglienza per migranti (che comprendono: i Centri Accoglienza Straordinaria, CAS; e i Centri Accoglienza Richiedenti Asilo, CARA).
- Centri del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI ex SPRAR), che comprendono le strutture di seconda accoglienza gestite dagli enti locali, alle quali possono accedere, nei limiti dei posti disponibili, oltre che i titolari di protezione internazionale e i minori stranieri non accompagnati, anche i richiedenti la protezione internazionale.
- Centri per la gestione dei grandi arrivi di migranti (*hotspot*) per consentire le operazioni di prima assistenza, identificazione e somministrazione di informative: attualmente 4.
- Centri chiusi di Permanenza per il Rimpatrio (CPR): attualmente 9.
- Strutture di accoglienza per minori non accompagnati (che comprendono minori stranieri e italiani).
- Strutture di accoglienza per vittime di tratta (che comprendono stranieri e italiani).
- Case-famiglia (che comprendono stranieri e italiani).
- Ostelli per senza dimora con permanenza pluri-giornaliera (che comprendono stranieri e italiani).

1.4.1.1. Fattori di rischio

In tali strutture i fattori di rischio per la trasmissibilità di COVID-19 sono da individuare principalmente:

⁶⁸ WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination. 14 September 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299>

⁶⁹ WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of covid-19 vaccines in the context of limited supply. An approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios. Version 1.1 13 November 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>

- nelle condizioni di stress a seguito delle avversità affrontate durante il percorso migratorio, laddove presenti migranti di recente arrivo;
- nella promiscuità e nel sovraffollamento degli alloggi e più in generale degli spazi, come anche recentemente documentato nelle strutture di accoglienza in Italia dove l'indice di saturazione (definito come rapporto tra il numero degli ospiti e la capienza totale x 100) è risultato maggiore nelle strutture che avevano riportato più casi di COVID-19;⁷⁰
- nelle difficoltà di comprensione della situazione (linguistiche e/o interpretative) e dei messaggi preventivi con la conseguente difficoltà della messa in pratica degli stessi;
- nella presenza di persone con deficit nutrizionali e pluripatologie, comprese quelle nella sfera legata alla salute mentale che viene privilegiata nell'accoglienza dei senza dimora.

1.4.1.2. Difficoltà di implementazione delle misure di prevenzione.

Nelle grandi strutture di accoglienza si sono registrate ovvie difficoltà a garantire il distanziamento e, soprattutto nella prima fase, l'acquisizione di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) e kit per l'igiene delle mani. Le problematiche relative all'isolamento o alla quarantena sono state, solo in parte, superate dalla istituzione di strutture ponte per garantire la sicurezza delle nuove accoglienze.⁷¹

1.4.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità di stranieri e di italiani presenti nei centri di prima, seconda accoglienza, trattenimento e in altre situazioni critiche

In via preliminare, sarebbe utile rendere omogenea la distribuzione dei vaccini, la selezione dei gruppi target, le procedure di somministrazione fra i territori delle diverse ASL, favorendo il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore particolarmente dedicato e che già si sono adoperate per identificare le problematiche e le modalità più appropriate per l'inclusione di contesti e persone socialmente fragili⁷². Infatti, poiché molti di questi gruppi sono oggetto di intervento delle ONG si ritiene opportuno riportare le raccomandazioni espresse dal Tavolo Immigrazione e Salute.^{73,74}

È necessario prevedere l'inclusione della vaccinazione anti COVID19 anche degli operatori che, pur non essendo sanitari, operano in situazioni particolarmente esposte (ambulatori, sportelli, unità di strada, mense, strutture d'accoglienza, ecc.).

⁷⁰ AA.VV. Indagine nazionale CoVid-19 nelle strutture del sistema di accoglienza per migranti. Roma: Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà; 2020. https://www.inmp.it/pubblicazioni/Indagine_COVID-19_strutture_accoglienza.pdf

⁷¹ Tavolo Nazionale Asilo e Tavolo Immigrazione e Salute. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia. Dossier COVID-19 n. 1. giugno 2020. <https://www.simmweb.it/attachments/article/1020/2020.Primo%20dossier%20Covid%2019.pdf>

⁷² Tavolo Nazionale Asilo e Tavolo Immigrazione e Salute. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia. Dossier COVID-19 n.2. febbraio 2021. https://inmigration.caritas.it/sites/default/files/2021-03/secondo%20dossier%20covid_rev2402.pdf

⁷³ SIMM e Tavolo Immigrazione e Salute sul piano strategico vaccinale. <https://www.simmweb.it/1017-piano-strategico-vaccinale-simm-e-tis-scrivono-al-ministro-speranza>

⁷⁴ Lettera inviata al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 il 31 maggio 2021. <https://www.simmweb.it/1032-lettera-al-commissario-figliuolo-per-la-silenziosa-esclusione>

1.4.2.1. Accettazione vaccinale e comunicazione

Laddove siano presenti stranieri, come riportato dalla WHO,⁷⁵ per assicurare un'erogazione e un utilizzo equo dei servizi, è necessario garantire un servizio sanitario culturalmente competente, dove il personale sanitario sia formato in competenze culturali per evitare comportamenti discriminatori che potrebbero rafforzare lo stigma e impedire a rifugiati e migranti di accedere ai servizi sanitari.

In questa situazione, quindi, è necessario almeno disporre di materiali informativi culturalmente orientati e linguisticamente appropriati e multilingue.

A questo si dovrebbe accompagnare il diretto coinvolgimento delle comunità di immigrati e di mediatori culturali e/o delle associazioni del terzo settore spesso presenti nelle strutture considerate per favorire la trasmissione di messaggi chiave per la prevenzione nelle lingue comprese dai migranti e in modo culturalmente appropriato e per scongiurare la diffusione di informazioni non corrette.

1.4.2.2. Consenso informato

Vista la presenza di cittadini stranieri è necessario predisporre il consenso informato tradotto in più lingue, e con messaggi semplificati e comprensibili circa la finalità e le modalità di attuazione dell'intervento.

1.4.2.3. Indicazioni per la pianificazione delle attività di vaccinazione

Per la pianificazione delle attività di vaccinazione si danno le seguenti indicazioni:

▪ Prenotazione

L'impostazione esclusiva di prenotazione del vaccino tramite piattaforma nazionale/regionale, oppure tramite il proprio medico di medicina generale, potrebbe rappresentare un ostacolo discriminante per la popolazione socialmente più fragile. Talora tali piattaforme richiedono il Codice Fiscale o altri documenti di cui tali persone potrebbero non essere in possesso. Per tale motivo bisogna prevedere una "flessibilità" amministrativa anche intervenendo con le opportune modifiche al portale attualmente in uso a livello nazionale/regionale per la prenotazione telematica.

Si raccomanda anche la creazione di elenchi degli ospiti delle strutture, con l'ausilio degli operatori della struttura stessa da inviare, ad esempio, a indirizzi/referenti dedicati delle ASL/Regione.

▪ Identità e identificazione degli ospiti

L'AIFA chiarisce che il diritto alla vaccinazione è per "Tutte le persone residenti o comunque presenti sul territorio italiano con o senza permesso di soggiorno o documenti di identità, inclusi i possessori del codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europeo Non Iscritto), i detentori del Codice Fiscale numerico o quanti ne sono privi, i possessori di tessera sanitaria scaduta e che rientrano nelle categorie periodicamente aggiornate dal Piano Vaccinale".⁷⁶

Si possono quindi elencare le possibili documentazioni che è possibile usare per la vaccinazione, sulla base di quanto sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana e di quanto previsto dall'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione:

- un qualsiasi documento (non necessariamente in corso di validità) che riporti l'identità della persona da vaccinare;

⁷⁵ Bartovic J, Datta SS, Severoni S, D'Anna V Ensuring equitable access to vaccines for refugees and migrants during the COVID-19 pandemic. Bull World Health Organ. 2021;99(1):3–3A. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.267690>

⁷⁶ AIFA - Domande e risposte sui vaccini COVID-19. I destinatari della vaccinazione per COVID-19, aggiornamento del 9 giugno 2021 <https://www.aifa.gov.it/web/guest/domande-e-risposte-su-vaccini-covid-19>

- e/o Tessera sanitaria, TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia), Codice STP, Codice ENI;
- Codice Fiscale numerico;

in mancanza di un qualsiasi documento verranno registrati i dati anagrafici dichiarati dalla persona e l'indicazione di una eventuale ente/struttura/associazione di riferimento; può essere utile avere con sé anche l'eventuale documentazione sanitaria che possa aiutare il medico vaccinatore a valutare lo stato fisico.

Si suggerisce quindi che le Regioni stabiliscano e agevolino la procedura che consenta la vaccinazione a chi si trova sul territorio regionale pur non avendo documenti quale tessera sanitaria, documento di identità o codice fiscale (Tabella 1) utilizzando soluzioni amministrative, organizzative ed eventualmente informatiche, che tengano conto delle indicazioni AIFA.

Tabella 1. Indicazione su tipo di vaccino in relazione a struttura di accoglienza e documento di identità

Struttura	Documento di identità	Monodose ⁷⁸
Centri di prima accoglienza (CAS/CARA)	STP	(*)
Centri di seconda accoglienza (SAI ex SPRAR)	CF	
Centri per grandi arrivi (Hotspot)	Nessuno	(*)
Centri Permanenza per il Rimpatrio (CPR)	STP/nessuno	(*) (**)
Strutture prima accoglienza per minori	Doc. Tutore/resp struttura	(*)
Strutture seconda accoglienza per minori	Doc. Tutore/ resp struttura	
Strutture per vittime di tratta	Permesso di soggiorno ex art. 18 / Nessuno	
Case famiglia	Vari	
Ostelli per senza dimora	Vari	(*)

(*) Valutare opportunità di vaccino monodose

(**) da destinare soprattutto per ospiti transitanti verso altri centri

1.4.3. Modalità di vaccinazione

Considerate le diverse tipologie di centri coinvolti con dimensioni da poche unità a 1-2 mila persone⁷⁷ è necessario identificare soluzioni vaccinali diverse in base alle specifiche situazioni, prediligendo sempre opzioni di sanità pubblica di prossimità:

- nello stesso centro di accoglienza (preferibile per centri grandi) tramite servizi già presenti o attraverso l'impiego di unità mobili;
- presso gli hub/centri vaccinali (nel caso di piccoli centri), eventualmente con tempi e modalità dedicati (es. includendo servizi di accompagnamento e di mediazione linguistica e culturale).

1.4.3.1. Registrazione delle informazioni all'anagrafe vaccinale

Le problematiche viste in relazione alla prenotazione permangono anche per la registrazione all'anagrafe vaccinale che normalmente fa riferimento al codice fiscale o alla TEAM (Tessera europea di assicurazione malattia).

- Si suggerisce pertanto la creazione di elenchi di vaccinati, e l'adozione di soluzioni flessibili per l'inserimento nella anagrafe vaccinale.
- Per le problematiche esposte, si raccomanda di rilasciare subito un attestato /documento di effettuata vaccinazione ai vaccinati.

⁷⁷ ActionAid. Una mappa dell'accoglienza. Centri d'Italia 2021. Marzo 2021. https://www.actionaid.it/app/uploads/2021/03/Centri_Italia_una-mappa_accoglienza.pdf

1.4.3.2. Tipo di vaccino

In circostanze particolari, come ad esempio, nel caso di campagne vaccinali che hanno come target popolazioni non stanziali o particolari sottogruppi di popolazione è opportuno valutare la possibilità di usare specifici vaccini con particolari caratteristiche. A tal proposito il Ministero della Salute, nella circolare “Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d’uso del vaccino Janssen. Aggiornamento note informative e specifico consenso informato” del 18/06/2021-DGPRE riporta: “il CTS ha inoltre previsto la possibilità che si determinino specifiche situazioni in cui siano evidenti le condizioni di vantaggio della singola somministrazione, e che in assenza di altre opzioni, il vaccino Janssen andrebbe preferenzialmente utilizzato, previo parere del Comitato etico territorialmente competente. In particolare, il vaccino di cui trattasi potrebbe essere somministrato in determinate circostanze, come ad esempio nel caso di campagne vaccinali specifiche per popolazioni non stanziali e/o caratterizzate da elevata mobilità lavorativa e, più in generale, per i cosiddetti gruppi di popolazione *hard to reach*. Infatti, in tali circostanze, peraltro già indicate dal CTS, considerate le criticità relative alla logistica e alle tempistiche della somministrazione di un ciclo vaccinale a due dosi, il rapporto benefico/rischio della somministrazione del vaccino Janssen in soggetti al di sotto dei 60 anni potrebbe risultare favorevole”⁷⁸.

La dose unica è, quindi, da valutare in tutte le situazioni in cui il target ha una instabilità di presenza e può sfuggire alla seconda dose.

Vaccini con due dosi sono maggiormente indicati in tutte quelle situazioni in cui ci sia stabilità abitativa, anche se la Regione può optare per la dose unica in relazione al tipo di vaccini disponibili (*vedi* Tabella 1).

1.4.3.3. Ruolo del personale.

La vaccinazione del personale operante nei centri permette di favorire continuità nell’assistenza e nel funzionamento delle strutture residenziali.

Inoltre, il personale operante nei centri è sicuramente il più idoneo per:

- la preparazione di liste degli ospiti da vaccinare;
- la loro identificazione, se privi di documenti e conosciuti dal centro, al momento della vaccinazione;
- l’attivazione della mediazione linguistica e culturale, quando possibile e necessaria;
- il supporto alla vaccinazione stessa, laddove presenti medici e altro personale sanitario.

1.4.4. Altre criticità non precedentemente considerate dove è difficile la prevenzione, per le quali serve una offerta attiva e un iter amministrativo flessibile

Altre criticità sono:

- senza dimora non presenti nelle strutture in accoglienza⁷⁹ (ma intercettati da mense, ambulatori, cliniche mobili o altre servizi di offerta attiva sul territorio);
- palazzi occupati;

⁷⁸ Ministero della Salute. Circolare del 21/04/2021-DGPRE “Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d’uso del vaccino Janssen. Aggiornamento note informative e specifico consenso informato”. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=81190&parte=1%20&serie=null>

⁷⁹ ISTAT. Comunicato stampa. Le persone senza dimora. 2015 <https://www.istat.it/it/archivio/175984>

- campi Rom;⁸⁰
- altri insediamenti informali.^{81,82}

Sia per gli insediamenti informali che per quelli formali si raccomanda di procedere alla loro mappatura con il contributo dell'associazionismo coinvolto, in collaborazione con le ASL, al fine di identificare le persone affette da particolari fragilità socio sanitarie da sottoporre subito a vaccinazione anche prevedendo, in alcuni casi, un'offerta vaccinale attiva con team mobili in specifici luoghi di aggregazione ("sanità pubblica di prossimità"), quali ad esempio mense o luoghi di distribuzioni di pasti o di altri servizi, tenendo conto della necessità di garantire il richiamo vaccinale in una popolazione difficile da rintracciare, oppure preferendo il ricorso alla dose unica.⁷⁸

1.5. Centri di recupero per le dipendenze patologiche

1.5.1. Caratteristiche salienti della popolazione

Nel 2019 sono state censite 821 strutture del privato sociale per il trattamento e il reinserimento socio lavorativo delle persone tossicodipendenti, pari al 90% delle 908 esistenti sul territorio nazionale. Per il 73% si tratta di strutture residenziali, il 16% sono semi-residenziali, e il restante 11% sono di tipo ambulatoriale.⁸³

1.5.1.1. Utenti e comunità

In queste strutture sono stati in trattamento 15.621 persone al giorno in media.⁸³ Il 68% risulta inserito in strutture residenziali, il 23,5% in quelle ambulatoriali e l'8,5% in semiresidenziali. Quasi 7 utenti ogni 10 risultano in trattamento presso strutture riabilitative presenti nelle regioni Lazio, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte.⁸⁴

Dai dati relativi all'utenza in carico durante il 2019 risultano essere state trattate 25.318 persone, soprattutto uomini (83,4%) e di oltre 40 anni di età. Gli utenti in carico hanno utilizzato soprattutto cocaina/crack e a seguire eroina/oppiacei. Il 16,5% risulta in carico per uso di alcol, il 6% per cannabinoidi e per il 9% l'informazione non risulta disponibile, soprattutto tra le donne. La cocaina/crack risulta anche la sostanza secondaria maggiormente consumata, seguita da alcol, cannabinoidi e oppiacei.⁸⁴

La maggior parte delle strutture residenziali e semi-residenziali, oltre all'utenza tossicodipendente, rivolge l'offerta di trattamento anche alle persone con procedimenti/reati droga-correlati non in carcere e utenti in doppia diagnosi. Le strutture residenziali e semi-residenziali erogano anche servizi di counselling individuale sui rischi di malattie infettive droga-correlati, trattamento antiretrovirale HIV e farmacologico per

⁸⁰ Giovannetti M, Marchesini N, Baldoni E. Gli insediamenti Rom, Sinti e Caminanti in Italia. Cittalia, UNAR, ANCI, 2016. https://www.cittalia.it/wp-content/uploads/2017/04/Gli_insediamenti_Rom_Sinti_e_Caminanti_in_italia_.pdf

⁸¹ Medici senza frontiere. Insediamenti informali. Secondo rapporto 2018. <https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Fuoricampo2018.pdf>

⁸² INTERSOS. La Pandemia Diseguale. Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19. Febbraio 2021. https://www.intersos.org/wp-content/uploads/2021/03/La-pandemia-diseguale_INTERSOS.pdf

⁸³ Ministero dell'Interno. Le tossicodipendenze in Italia anno 2018 - N. 3/2019 <http://culturaprofessionale.interno.gov.it/FILES/docs/1260/Le%20tossicodipendenze%20in%20Italia%20anno%202018.pdf>

⁸⁴ Presidenza del consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2020 (dati 2019). <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2984/relazione-annuale-al-parlamento-2020-dati-2019.pdf>

HCV, oltre a servizi di testing/screening per HCV e HBV. Alcune strutture residenziali riportano anche l'offerta di test rapidi/screening sierologici per HIV/AIDS, programmi *peer to peer* e corsi di formazione per supporto tra pari. Anche per quanto concerne i servizi ambulatoriali o erogati all'interno del carcere, sono riferite attività di counselling e testing/screening delle malattie infettive.

1.5.1.2. Fragilità e comorbidità dei tossicodipendenti

Uno studio condotto dallo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*⁸⁵ ha rilevato che alcuni comportamenti associati all'assunzione di droghe prima della pandemia COVID-19 possono ora essere considerati "ad alto rischio" in termini di infezione. Ad esempio, condividere canne di cannabis o cannucce di cocaina, condividere le attrezzature per la preparazione della sostanza, la divisione e la consegna di compresse di MDMA (metilendioossimetamfetamina) possono rappresentare tutti rischi potenzialmente nuovi e poco esplorati di trasmissione di SARS-CoV-2 al momento dell'assunzione di droghe.

Inoltre, alcune condizioni legate al consumo di droghe possono aumentare le probabilità che gli individui ne soffrano esiti avversi se vengono infettati. Per esempio, persone con problemi di consumo cronico di oppioidi e stimolanti hanno maggiori probabilità di avere un sistema immunitario compromesso, malattie respiratorie croniche, ad esempio legate al fumo di tabacco e altri farmaci e malattie cardiovascolari.

Problemi di salute cronici combinati con le condizioni di vita povere spesso associate all'uso di droghe ad alto rischio possono rendere le persone più suscettibili all'infezione da SARS-CoV-2 e a rischio di conseguenze più gravi se infettate.

Inoltre, ad oggi sebbene non vi siano molte informazioni sulle interazioni tra HIV e SARS-CoV-2, il Ministero della Salute riporta che "sono da considerarsi immunodepresse e quindi teoricamente potrebbero essere più esposte a complicanze e ad un decorso più severo di COVID-19, le persone con infezione da HIV con un numero di CD4 minore di 500, indipendentemente dal trattamento antiretrovirale ricevuto, anche se al momento non ci sono casi che lo confermino. A queste persone si applica in modo particolarmente stringente l'indicazione di rimanere in casa,⁸⁶ ma a tutt'oggi non sono state ancora fornite raccomandazioni relative alla popolazione dipendente.

In sintesi, è necessaria quindi, nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia, la massima attenzione nei confronti di questa popolazione potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave se colpita da COVID-19.

1.5.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità dei centri di recupero per le dipendenze patologiche

1.5.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità dei centri di recupero per le dipendenze patologiche

Gli obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità dei centri di recupero per le dipendenze patologiche sono:

- (i) la vaccinazione della popolazione delle persone con dipendenza da sostanze permette la riduzione del rischio di presentazione di sintomatologia grave e di decesso a seguito dell'infezione di SARS-CoV-2;

⁸⁵ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCCDA). EU Drug Report, 2020.

⁸⁶ Ministero della Salute. FAQ - Hiv e Aids. Ultimo aggiornamento: 26 marzo 2021
http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=221

- (ii) la tutela del loro benessere psicosociale anche attraverso il prosieguo del “Progetto di Vita”, il mantenimento di un rapporto con il contesto di appartenenza e la riattivazione dei percorsi di inclusione sociale nell’ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità.

Inoltre, la vaccinazione del personale coinvolto nell’assistenza dei tossicodipendenti permette di favorire continuità nell’assistenza e nel funzionamento delle strutture residenziali. Infine, la vaccinazione dei familiari dei tossicodipendenti permette di tutelare la loro salute fisica quali figure di riferimento irrinunciabili nel percorso di cura e nel supporto agli operatori in contesti ospedalieri o procedure mediche diagnostiche associate a COVID-19.

1.5.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

La indicazione, quindi, è di vaccinare contemporaneamente i residenti, i loro *caregiver* e il personale coinvolto nella loro assistenza o almeno effettuare la loro vaccinazione in un breve lasso di tempo. Potrebbe essere necessario stabilire anche dei criteri di priorità e fare una ulteriore pianificazione in base a fattori di rischio di struttura o individuali. I fattori a livello individuale da considerare per l’assegnazione delle priorità alla vaccinazione includono l’età avanzata, le condizioni mediche ad alto rischio e il rischio di esposizione.

Come documentato in diversi studi, in queste persone i tassi di malattie polmonari (condizioni legate a un esito peggiore da COVID-19) sono più alti rispetto a quelli che si registrano nella popolazione generale. Senza trascurare che, pur superando la malattia da COVID-19, questi pazienti rischiano di vedere aggravata la condizione psico-fisica di partenza, dopo la malattia.

La pianificazione delle attività vaccinali dovrebbe avvenire in stretto raccordo tra ASL/Regione e i responsabili delle strutture che possono anticipare e verificare in modo capillare i bisogni e le necessità specifiche delle persone residenti e dei loro *caregiver*. Se appropriato, è utile coinvolgere i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze del territorio nazionale.

1.5.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Alcune problematiche, presenti nella popolazione generale, devono essere tenute in considerazione. Primo tra tutti il tema della non obbligatorietà vaccinale che potrebbe essere associato ad una percezione di scarsa o nulla necessità (o addirittura pericolosità) della vaccinazione. Il ruolo della comunicazione diventa fondamentale per accrescere la fiducia nei confronti della vaccinazione e rappresenta sicuramente una parte essenziale della strategia vaccinale. È necessario pianificare, condividere e produrre una strategia di comunicazione univoca per superare quei cosiddetti “determinanti dell’esitazione vaccinale” (credenze e attitudini rispetto alla vaccinazione, determinanti socioculturali) che possono portare al rifiuto vaccinale.

Un altro tema che necessariamente deve essere preso in considerazione riguarda l’insorgenza di effetti collaterali, peraltro già noti e riportati nei rispettivi foglietti illustrativi dei vaccini, quali dolenzia del sito di inoculazione, febbre, artralgie diffuse, ecc. Una particolare attenzione dovrà essere quindi posta in questi casi che, oltre al sintomo in sé, potrebbe determinare problematiche inerenti a rifiuti successivi alla vaccinazione da parte degli altri utenti.

Infine, è essenziale ricordare che la vaccinazione è un atto volontario che richiede la consapevolezza di chi lo riceve attraverso la sottoscrizione del consenso informato.

1.5.2.4. Difficoltà di implementazione delle misure di prevenzione

Si evidenzia la necessità di utilizzare nella massima misura possibile la forma di trattamento ambulatoriale a causa del notevole rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2 nei luoghi di vita condivisi tra le persone in uno spazio limitato. I documenti di indirizzo disponibili, inoltre, suggeriscono di non inviare i

pazienti in strutture residenziali o semiresidenziali, se non strettamente necessario, proprio considerando l'aumento di rischio nelle sedi comunitarie.⁸⁷

Le strutture semiresidenziali dovrebbero trovare soluzioni alternative per mantenere i contatti e monitorare lo stato di salute generale, incluso quello psicologico, delle persone in carico, quali contatti telefonici, via social, etc. Compito degli operatori sociosanitari è anche quello di sensibilizzare i pazienti sulla corretta adozione delle precauzioni standard e alle misure di profilassi

Anche nelle strutture residenziali vanno veicolati i messaggi preventivi, con brevi incontri in piccoli gruppi e rispettando la distanza di sicurezza di almeno un metro tra i partecipanti. Gli ospiti vanno adeguatamente informati sulle misure generali di prevenzione non farmacologica:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro con le altre persone presenti, inclusi gli operatori;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, ecc.;
- le persone presenti in caso di una situazione epidemiologica con circolazione del virus potrebbero non potere effettuare/ricevere visite con i propri familiari e per questo garantire, con i mezzi a disposizione (telefono o meglio videochiamate), un contatto dei pazienti con i propri familiari, per non aggravare la percezione dell'isolamento.

1.5.2.5. Ruolo del personale

Nel 2019, nelle strutture residenziali risultano impiegate un totale di 1.887 figure professionali tra personale medico, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali e educatori professionali, oltre a 579 unità di altro personale, tra cui consulenti e collaboratori amministrativi, figure impiegate nella formazione, operatori volontari.⁸⁴

Nelle strutture semi-residenziali rispondenti operano 203 figure professionali. Il 76% è personale socio-sanitario e il restante 24% da altro personale. I servizi ambulatoriali, comprensivi di quelli erogati all'interno del carcere, vedono impiegati 189 tra medici, infermieri, psicologi, sociologi, assistenti sociali e educatori professionali, il 30% psicologi, il 23% personale sanitario, oltre a 76 altre figure. Sono inoltre riferite altre strutture di trattamento che coinvolgono l'impiego di 1 medico e 2 infermieri, 16 psicologi, 3 sociologi, 4 assistenti sociali, 12 educatori professionali e ulteriori 58 altre figure professionali.

Questi dati mostrano che il personale operante nei centri è sicuramente idoneo per:

- la preparazione di liste degli ospiti da vaccinare;
- la loro identificazione, se privi di documenti e conosciuti dal centro, al momento della vaccinazione;
- il supporto alla vaccinazione stessa, essendo presenti medici e altro personale sanitario.

⁸⁷ Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2.

1.6. Strutture sociali per anziani ed RSA

1.6.1. Caratteristiche salienti della popolazione

I dati ISTAT indicano che nei 12.261 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia gli ospiti anziani non autosufficienti sono 210 mila. Tra gli anziani, oltre la metà sono ultra-ottantacinquenni e donne in più di tre casi su quattro.⁸⁸

Nella prima fase epidemica (marzo-aprile 2020) le strutture per anziani non autosufficienti sono state colpite in maniera importante dall'epidemia. La mancanza di personale e di dispositivi di protezione individuale, la difficoltà nel trasferimento dei residenti in ospedale o altra struttura, l'isolamento dei residenti con COVID-19, sono state le principali criticità legate all'assistenza in queste strutture.^{89,90}

I residenti in strutture per anziani non autosufficienti presentano inoltre un'importante carico di fragilità e multi morbilità che li rende una popolazione particolarmente a rischio per sviluppare forme severe di COVID-19. Alcuni studi stimano una frequenza delle patologie prevalenti che oscilla dal 64 al 76% per la demenza, dal 14,2 al 67,2% per problemi urinari di diversa entità clinica, dal 15,8 al 37,4% per le malattie cardiache, dal 20,8 al 56,6 % per le patologie cerebrovascolari, dal 17,6 al 19% per il diabete, dal 7,2 al 15,5 % per BPCO e dal 7,5 al 9,2 % per tumori.^{91,92} In questi studi il 75,4% dei residenti assume 5 o più farmaci con una media di $7,5 \pm 3,5$ farmaci per persona. L'81,4% della popolazione ha una o più malattie croniche.^{91,92} Il 69,2% dei residenti è affetto da ipertensione⁹¹ e circa il 20% ha una storia di cadute.⁹²

1.6.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle strutture sociali per anziani ed RSA

1.6.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle strutture sociali per anziani ed RSA

Gli obiettivi della vaccinazione nelle comunità delle strutture sociali per anziani ed RSA sono:

- (i) la vaccinazione della popolazione delle persone anziane non autosufficienti consente di ridurre i rischi di salute legati all'infezione SARS-CoV-2, comprese ospedalizzazione e morte;

⁸⁸ ISTAT. I Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. https://www.istat.it/it/files//2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf

⁸⁹ Lombardo FL, Bacigalupo I, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P, Mayer F, Ancidoni A, Remoli G, Bellomo G, Losito G, D'Ancona F, Bella A, Pezzotti P, Canevelli M, Onder G, Vanacore N; Italian National Institute of Health Nursing Home Study Group. The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020 Dec 23. doi: 10.1002/gps.5487.

⁹⁰ Lombardo FL, Salvi E, Lacorte E, Piscopo P, Mayer F, Ancidoni A, Remoli G, Bellomo G, Losito G, D'Ancona F, Canevelli M, Onder G, Vanacore N; Italian National Institute of Health Nursing Home Study Group. Adverse Events in Italian Nursing Homes During the COVID-19 Epidemic: A National Survey. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 30;11:578465. doi: 10.3389/fpsy.2020.578465.

⁹¹ Pasina L, Novella A, Elli C, Nobili A, Ianes A. Inappropriate use of antiplatelet agents for primary prevention in nursing homes: An Italian multicenter observational study. *Geriatr Gerontol Int*. 2020 Sep;20(9):828-832. doi: 10.1111/ggi.13984.

⁹² Fedecostante M, Onder G, Eusebi P, Dell'Aquila G, Zengarini E, Carrieri B, Manes Gravina E, Falsiroli C, Corsonello A, Luzi R, Lattanzio F, Bernabei R, Cherubini A. Predictors of Functional Decline in Nursing Home Residents: The Shelter Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Jul 13;75(8):1600-1605. doi: 10.1093/gerona/glz296

- (ii) la vaccinazione della popolazione delle persone anziane non autosufficienti consente di semplificare la gestione e il funzionamento delle strutture residenziali e il ripristino delle attività riabilitative, educative, sociali fondamentali per il benessere psicofisico degli ospiti;
- (iii) la vaccinazione della popolazione delle persone anziane non autosufficienti e la riduzione dei casi di positività al virus SARS-CoV-2 permette l'apertura delle strutture alle visite dall'esterno da parte dei familiari degli ospiti con conseguente miglioramento della salute psicologica ed emotiva degli ospiti;
- (iv) la vaccinazione del personale coinvolto nell'assistenza delle persone anziane non autosufficienti permette di favorire continuità nell'assistenza e nel funzionamento delle strutture residenziali.

1.6.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

In considerazione dei rischi legati all'infezione da SARS-CoV-2 negli anziani non autosufficienti, la vaccinazione di questa popolazione e del personale che a loro presta assistenza ha rappresentato una priorità a livello nazionale sin dalle prime fasi della campagna vaccinale.

È necessario, inoltre, vaccinare tempestivamente (entro pochi giorni dall'ingresso) i nuovi ospiti delle strutture (se non precedentemente vaccinati) al fine di ridurre al minimo il rischio di focolai infettivi nella struttura.

In considerazione dell'assenza di evidenza riguardo l'efficacia dei vaccini nel medio-lungo termine rappresenterà inoltre una priorità considerare la necessità e pianificare l'esecuzione di richiami nel periodo successivo all'anno dalla prima vaccinazione. Questa necessità va considerata in maniera prioritaria in questa popolazione in quanto particolarmente suscettibile agli effetti negativi dell'infezione e meno responsiva agli interventi di immunizzazione.

La pianificazione delle attività vaccinali dovrebbe avvenire in stretto raccordo tra ASL/Regione e i responsabili delle strutture che possono anticipare e verificare in modo capillare i bisogni e le necessità specifiche delle persone residenti.

1.6.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Una problematica primaria nelle strutture per anziani non autosufficienti è legata al consenso informato.

Si stima che oltre il 60% degli ospiti di queste strutture abbiano problemi cognitivi e per tale ragione non siano in grado di fornire consenso informato all'esecuzione del vaccino. Di questi per circa il 20-30% è stato nominato un amministratore di sostegno o è presente un'altra rappresentanza legale che possa autorizzare lo svolgimento della procedura vaccinale.

Per questa ragione, il decreto Legge del 5 gennaio 2021, n. 1 prevede per le persone incapaci prive di una rappresentanza legale, la nomina dell'Amministratore di Sostegno per il consenso informato alla vaccinazione, nella figura del Direttore Sanitario, di un medico della struttura o in mancanza di questa due figure del Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria Locale, prevedendo anche il coinvolgimento dei familiari.

Questa norma non deve comunque ridurre la responsabilità degli operatori sanitari di queste strutture nel fornire informazioni aggiornate attraverso modalità comunicative appropriate riguardo efficacia e sicurezza dei vaccini ai residenti e ai loro familiari.

1.7. Comunità religiose aperte e di clausura

1.7.1. Caratteristiche salienti della popolazione

A motivo della peculiare fisionomia della società e della chiesa cattolica in Italia, le comunità religiose nel nostro Paese sono molto più numerose rispetto alla media europea. Ciò è dovuto a una serie di motivi storici come anche alla presenza in Italia della Santa Sede, che rende Roma e l'Italia una sorta di capitale mondiale della cristianità.

Le comunità religiose si possono distinguere in primo luogo tra quelle di vita contemplativa (abbazie e monasteri) e quelle di vita attiva. Queste ultime sono le più numerose e nella quasi totalità dei casi si associa ad esse un'attività di apostolato o un servizio caritativo svolto dai religiosi o dalle religiose insieme a personale dipendente o a volontari. Le tipologie di queste attività possono essere molto diverse tra loro per dimensioni e struttura organizzativa, ma hanno quasi sempre come tratto distintivo l'impegno educativo (ad esempio asili e asili nido, scuole, dopo-scuola, oratori e centri estivi, centri di formazione e avviamento al lavoro) l'assistenza ad anziani, malati e disabili (case di riposo, RSA, strutture di riabilitazione o di accoglienza per disabili gravi e gravissimi, ospedali, hospice), oppure servizi di tipo sociale/caritativo (mense per poveri, dormitori o centri diurni per homeless, centri di accoglienza per migranti e rifugiati, per ragazze madri, per vittime di violenza o abusi, per padri separati).

I dati più recenti disponibili sulla presenza dei religiosi in Italia sono aggiornati al 31 dicembre 2019 e sono suddivisi in comunità maschili e femminili. A tale data erano presenti in Italia negli istituti femminili 72.121 religiose di vita attiva in oltre 6.800 comunità e 4.774 in 478 monasteri contemplativi di Diritto Pontificio. Alla stessa data erano presenti negli istituti maschili in tutto il territorio nazionale 19.031 religiosi di vita attiva (sacerdoti e religiosi non sacerdoti) in 2483 comunità e complessivamente circa 1500 religiosi di vita contemplativa in oltre 100 realtà tra conventi di clausura e abbazie.

In totale, dunque, la realtà della vita religiosa comunitaria si aggira intorno alle centomila persone; inoltre, circa un terzo dei 32.000 sacerdoti diocesani, pur non avendone l'obbligo, a differenza dei religiosi, fa vita comunitaria nelle parrocchie o nelle residenze per sacerdoti. Infine, va ricordato che nei 59 seminari o collegi presenti in Italia (13 nella sola Roma) vivono in comunità oltre 2600 futuri sacerdoti in formazione.

L'articolazione della vita religiosa, come si vede, è per sua natura ampia e diversificata e risulta piuttosto complessa in particolare per coloro che non conoscono la struttura e l'organizzazione della chiesa cattolica. Tuttavia, a partire da questi numeri e sulla base di considerazioni relative all'età media, allo stile di vita e alla tipologia di servizio che queste comunità svolgono, è certamente opportuna una riflessione sulle priorità vaccinali per le comunità religiose. Per quanto riguarda le altre religioni, la cui presenza in Italia è comunque minoritaria e meno articolata, è certamente da preventivare che almeno le altre confessioni cristiane e in particolare quella ortodossa, presentino delle realtà di vita comunitaria. Le opportune informazioni in merito possono essere richieste al Ministero degli Interni, presso la Direzione Centrale Affari dei Culti.

1.7.1.1. Prevalenza patologie e fattori di rischio

La prevalenza delle patologie nei religiosi non differisce in genere da quella della popolazione generale e non esiste una particolare esposizione a fattori di rischio, ad eccezione del personale religioso che lavora nell'assistenza sanitaria o che porta conforto spirituale ai malati, per i quali il rischio infettivologico è legato al tipo di servizio che viene svolto dal singolo religioso/religiosa (medico, infermiere, Operatore Socio Sanitario, cappellano ospedaliero, altro servizio a contatto con malati). Un fattore di rischio intrinseco per il contagio si può rinvenire nello stile di vita tipico di queste realtà che prevede oltre ai tre pasti giornalieri consumati tutti insieme in refettorio, anche gli appuntamenti quotidiani della preghiera comunitaria e della celebrazione dell'Eucaristia. Tale frequenza di contatti fa sì che quando si contagia un membro quasi

invariabilmente il virus si diffonde a tutti gli altri membri della comunità. Inoltre, numerosi impegni settimanali di servizio o di formazione dei religiosi e delle religiose sono svolti in collaborazione o in gruppo quasi sempre in presenza e il più delle volte gli spostamenti avvengono tramite i mezzi pubblici. Certamente, un fattore di rischio legato alla pandemia COVID-19 è quello dell'età, poiché le comunità religiose hanno mediamente un'età piuttosto avanzata. Molte comunità religiose inoltre danno assistenza ad anziani fragili o gravemente fragili e numerose altre si occupano di fasce della società come homeless e migranti non regolari, nomadi, persone in situazione di grave povertà economica e culturale che non accedono ai servizi sanitari e nelle quali è difficile, se non impossibile, valutare la presenza e la diffusione del virus. Le comunità religiose di vita attiva, inoltre, sia per motivi legati al culto sia per il loro stile di accoglienza e apertura, vengono in contatto con altre fasce della popolazione in maniera non strutturata e non tracciabile e pertanto la vaccinazione, oltre a proteggere i religiosi, diventa, analogamente ad altre tipologie di persone (medici, operatori sanitari, personale delle RSA), una protezione per l'ampio numero di persone che per vari motivi entra a contatto con loro e una barriera alla diffusione del virus in un contesto di difficile tracciabilità dei contatti a rischio.

1.7.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità religiose aperte e di clausura

1.7.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità religiose aperte e di clausura

Il primo obiettivo della vaccinazione anti COVID-19 sono religiose/i anziani ancora non vaccinati presenti nelle comunità e quelli che svolgono un servizio a particolare rischio di contagio per sé e per altri soggetti fragili. Un secondo eventuale obiettivo potrebbe essere, all'atto della vaccinazione, quello di ottenere informazioni dai religiosi/religiose riguardo alla situazione di copertura vaccinale di contesti di solitudine/marginalità o anche di singoli casi (es. anziana fragile che vive ancora da sola e non accede facilmente ai servizi sanitari) nei quali essi operano, per poter raggiungere potenziali sacche di diffusione del virus che non vengono facilmente individuate.

1.7.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

In generale, le comunità religiose hanno responsabilmente aderito alla campagna vaccinale e hanno prenotato la vaccinazione presso gli hub predisposti dal Servizio sanitario nelle varie regioni. Per le comunità ancora da vaccinare sarebbe opportuna un'azione attiva di verifica con le seguenti priorità:

- comunità con un alto numero di anziane/i;
- comunità che svolgono attività particolarmente a rischio di contagio e/o con soggetti fragili;
- comunità religiose che animano luoghi di culto ad alta intensità di frequentazione (santuari, siti di rilevante interesse storico/artistico);
- comunità di vita contemplativa e clausura specie se in situazioni logistiche difficili (eremi, luoghi montuosi).

In linea generale, l'azione di verifica e di valutazione delle priorità potrebbe essere facilmente svolta attraverso un opportuno contatto tra la ASL e la Diocesi rispettivamente competenti per territorio, in modo da condividere tutte le informazioni necessarie ad approntare tempestivamente un calendario vaccinale efficace.

1.8. Case alloggio per persone con HIV/AIDS

1.8.1. Caratteristiche salienti della popolazione

Il modello di gestione e controllo dell'infezione da HIV in Italia si è basato sul ruolo centrale delle strutture di Malattie Infettive, attraverso un'articolazione dei servizi assistenziali in reparti di degenza per acuti, strutture di ricovero diurno, ambulatori dedicati per la presa in carico e cura, servizi di assistenza domiciliare integrata, strutture per l'accoglienza extraospedaliera dedicate alle persone più fragili.

Le prime case alloggio per persone con HIV/AIDS nascono tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta del secolo scorso in piena "emergenza" AIDS. Sono presenti in tutta Italia, in 15 Regioni (30 province), concentrate soprattutto al Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto) e nel Lazio: le regioni più colpite dall'epidemia dell'infezione da HIV.

La popolazione è costituita da persone affette da AIDS e da una o più patologie opportunistiche correlate. Sono persone particolarmente fragili, non più o non ancora in grado di vivere autonomamente in quanto presentano spesso residui permanenti di deficit fisici e disturbi neuro cognitivi significativi (fino alla demenza) che richiedono cure costanti e aderenza alla terapia antiretrovirale e che spesso necessitano di un supporto socio-sanitario continuativo. Ai residenti delle strutture sono garantiti un adeguato sostegno psicologico, il supporto e l'assistenza per ogni esigenza curativa o sanitaria (ricoveri ospedalieri, periodici accertamenti e indagini diagnostiche). Le case alloggio accolgono, pertanto, persone che non hanno una rete familiare e sociale in grado di fornire sostegno e accompagnamento. Diverse persone provengono da storie passate o ancora presenti di tossicodipendenza, molte di loro sono persone sole, non di rado hanno ricevuto una diagnosi tardiva, alcune sono straniere anche senza permesso di soggiorno, altre presentano problematiche giudiziarie.

All'interno di queste strutture lavorano educatori professionali, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, personale ausiliario. La presenza dei volontari è consistente e qualificata.

Nel 1990, la Legge n. 135⁹³ ha disciplinato le modalità di assistenza per le persone con infezione da HIV, ha riconosciuto le case alloggio e sancito il diritto all'assistenza extraospedaliera. Le case alloggio, inizialmente nate e gestite grazie alla solidarietà della gente e al sostegno di istituzioni ecclesiali e realtà del terzo settore, hanno progressivamente ottenuto riconoscimento e sostegno dalle istituzioni pubbliche. Di norma, l'accesso alle case alloggio è autorizzato dalle istituzioni sanitarie territoriali, spesso è l'ospedale a segnalare e indirizzare le persone che necessitano di accoglienza.

1.8.2. Implementazione della vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità delle case alloggio per persone con HIV/AIDS

1.8.2.1. Obiettivi della vaccinazione anti COVID-19

Le persone affette da infezione da HIV (*People Living with HIV/AIDS*, PLWH), in particolare coloro che presentano quadri di immunodeficienza e disregolazione del sistema immunitario, possono essere a maggior rischio di morbilità e mortalità in corso di infezione da SARS-CoV-2.⁹⁴ Anche se i dati di letteratura

⁹³ Legge 5 giugno 1990 n. 135 - "Programma di interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"

⁹⁴ Ho HE, Peluso MJ, Margus C, *et al.* Clinical outcomes and immunologic characteristics of Covid-19 in people with HIV. *J Infect Dis* 2020

non appaiono totalmente concordi, diversi lavori hanno documentato un aumentato rischio di malattia severa e di morte associate al cofattore HIV in corso di COVID-19.^{95,96,97,98}

Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, nello specifico il documento “Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19” del 10 marzo 2021⁹⁹ definisce i gruppi a cui dare priorità nella campagna di vaccinazione. Tale documento considera le persone con diagnosi di AIDS o CD4<200 a rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19.

Inoltre, la vaccinazione del personale coinvolto nell’assistenza degli ospiti delle case alloggio permette di favorire continuità nell’assistenza e nel funzionamento di tali strutture.

1.8.2.2. Pianificazione e criteri di priorità

La indicazione è di vaccinare contemporaneamente i residenti e il personale coinvolto nella loro assistenza o almeno effettuare la loro vaccinazione in un breve lasso di tempo.

Poiché le Regioni gestiscono in piena autonomia anche le case alloggio, come ogni altro servizio sanitario, è possibile che ci sia una non omogeneità nell’organizzazione delle vaccinazioni.

La pianificazione delle attività vaccinali dovrebbe avvenire in stretto raccordo tra ASL/Regione e i responsabili delle strutture che possono anticipare e verificare in modo capillare i bisogni e le necessità specifiche delle persone residenti e dei loro *caregiver*.

Anche le associazioni del terzo settore possono essere di grande aiuto nel collaborare con i referenti dei Dipartimenti di prevenzione nella pianificazione delle attività vaccinali, predisponendo gli elenchi delle persone da vaccinare e organizzando gli appuntamenti.

Preferibilmente, gli ospiti andrebbero vaccinati in regime “domiciliare” anche per evitare problemi organizzativi alle strutture. Il trasporto delle persone verso i centri vaccinali dedicati, potrebbe, infatti, risultare complicato per i non autosufficienti che necessitano di assistenza.

È necessario inoltre vaccinare tempestivamente i nuovi ospiti delle strutture (se non precedentemente vaccinati) al fine di ridurre al minimo il rischio di focolai infettivi nella struttura.

1.8.2.3. Comunicazione, informazione e consenso informato

Molti degli studi sui vaccini anti COVID-19 hanno incluso nelle loro sperimentazioni un numero limitato di persone che vivono con HIV. Nonostante i pochi dati le informazioni disponibili suggeriscono che gli

⁹⁵ Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, *et al.* HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV* 2020; S2352-3018.

⁹⁶ Boule A, Davies MA, *et al.* Risk factors for COVID-19 death in a population cohort study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis*. 2020 Aug 29

⁹⁷ Tesoriero JM, Swain CE, Pierce JL, *et al.* Elevated COVID-19 outcomes among persons living with diagnosed HIV infection in New York State: Results from a population-level match of HIV, COVID-19, and hospitalization databases. *medRxiv* [Preprint]. 2020 Nov 6:2020.

⁹⁸ Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, *et al.* Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 23

⁹⁹ Ministero della Salute. Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2 / COVID-19. 10 marzo 2021 <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=24/03/2021&redaz=21A01802&artp=1&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=002>

attuali vaccini anti COVID-19 sono sicuri per le persone che vivono con l'HIV. I vaccini attualmente disponibili non contengono virus vivi, ma materiale genetico di SARS-CoV-2 che non può replicarsi. Pertanto, questi vaccini non sono meno sicuri nelle persone immunocompromesse. In aggiunta a ciò, non sono state segnalate interazioni farmacologiche tra i vaccini anti COVID-19 e i farmaci antiretrovirali che le persone con HIV assumono anche dopo la vaccinazione. In teoria è possibile che le persone con HIV e con un basso numero di cellule CD4 possano avere una risposta immunitaria più debole ai vaccini. Tuttavia, in pratica questo non è stato documentato per tutti i vaccini e non ci sono evidenze a sostegno di una risposta immunitaria meno robusta ai vaccini anti COVID-19 tra le persone con HIV e con un basso numero di cellule CD4.¹⁰⁰

Le persone con HIV devono essere informate sui profili di sicurezza e sull'efficacia del vaccino nelle popolazioni immunocompromesse, nonché sulla possibilità di risposte immunitarie ridotte e sulla necessità di continuare a seguire tutte le misure di prevenzione per proteggersi da COVID-19.¹⁰¹

I Responsabili della struttura e il personale che vi opera all'interno, nonché le associazioni di volontariato devono fornire informazioni chiare, aggiornate e adeguate alle persone presenti nelle case alloggio, al fine di ottenere una adesione ottimale alla vaccinazione. Inoltre, non bisogna dimenticare che la vaccinazione è un atto volontario che richiede la consapevolezza di chi lo riceve attraverso la sottoscrizione del consenso informato.

1.9. Altri esempi di contesti residenziali non altrimenti trattati nelle parti precedenti

Nei precedenti capitoli sono state presi in esame i bisogni di prevenzione verso COVID-19 e soprattutto i bisogni vaccinali di alcune strutture /comunità residenziali ben descrivibili per la loro omogeneità, numerosità, disponibilità di dati nonché rilevanza per la salute pubblica.

Questa trattazione non esaurisce tuttavia il vasto panorama delle comunità residenziali presenti in Italia e i loro bisogni di prevenzione.

Infatti, nel variegato panorama dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria del nostro Paese si riscontra un considerevole numero di comunità residenziali che, pur avendo spesso funzioni simili o assimilabili, sono denominate in maniera differente non solo nell'ambito di regioni diverse ma anche della stessa regione.

Le denominazioni che è possibile riscontrare nelle documentazioni regionali e comunali per questi contesti sono quindi disomogenee ma comprendono comunque solo strutture a dislocazione e funzionalità extra-ospedaliera che devono soddisfare le condizioni richieste dalla specifica normativa, e che devono garantire pasti, assistenza e pernottamento. In genere, tali comunità si differenziano in gruppi con

¹⁰⁰ World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): COVID-19 vaccines and people living with HIV. Last update 9 April 2021. [https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-covid-19-vaccines-and-people-living-with-hiv](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-covid-19-vaccines-and-people-living-with-hiv)

¹⁰¹ Center for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States. Update June 1st 2021. https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2F-covid-19%2Finfo-by-product%2Fpfizer%2Fclinical-considerations.html#antiviral-therapy

simili/medesime caratteristiche organizzativo-funzionali e alcune di tali strutture a ciclo residenziale sono state inserite nei regolamenti di alcune regioni.¹⁰² Ad esempio:

- **Casa-famiglia:** struttura di piccole dimensioni caratterizzato dall'organizzazione di tipo familiare con diverse funzioni (supporto all'autonomia per anziani, disabili e persone con problematiche psicosociali, osservazione sociale per adulti al fine di contenere la marginalità ecc.);
- **Comunità familiare ad accoglienza mista:** struttura a carattere familiare riconducibile ad un nucleo familiare che garantisce a soggetti adulti e minori in stato di difficoltà un contesto organizzato da relazioni stabili;
- **Comunità di pronta accoglienza:** struttura di varie dimensioni per rispondere con immediatezza a bisogni urgenti e temporali di ospitalità, in attesa di identificare soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali;
- **Comunità educativa di pronta accoglienza/casa-famiglia con funzione socioeducativa:** struttura di risposta a bisogni urgenti e temporanei per ospitalità di minori in attesa di soluzioni più adeguate da parte dei servizi sociali territoriali;
- **Casa-albergo:** struttura a prevalente accoglienza alberghiera, destinata ad accogliere persone anziane autosufficienti in un complesso di appartamenti in zone urbanizzate e con adeguate infrastrutture e servizi sociali;
- **Strutture di accoglienza temporanea di familiari e pazienti in cura oncologia:** struttura residenziale di accoglienza temporanea di familiari e pazienti in cura per patologie oncologiche che offre ospitalità in un contesto protetto e organizzato per il periodo di cura;
- **Comunità alloggio:** strutture di varie dimensioni di supporto all'autonomia di anziani rientranti nelle strutture a prevalente accoglienza alberghiera nella quale sono erogati servizi socioassistenziali specifici;
- **Case-rifugio/Centri antiviolenza/Case della semi-autonomia:** destinate all'accoglienza di donne con figli che hanno subito violenza o che ne sono esposte al rischio;
- **Gruppo-appartamento:** Struttura di medie dimensioni caratterizzata da tutela e assistenza educativa di carattere professionale a minori temporaneamente allontanati dal nucleo familiare o per persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, anche di tipo psichiatrico (Legge 22 giugno 2016, n. 112);
- **Strutture residenziali ex art. 26 Legge 833/1978:** per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali per qualunque causa.

Nella Tabella 2 sono riportati i dati ISTAT 2019 relativi ai Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, che mostrano la ripartizione del numero di posti letto per tipo di utenza e tipo di residenzialità.

Dall'ultima rilevazione annuale ISTAT (28 febbraio 2021) si evidenzia che su circa 13.000 presidi socio-sanitari e socio-assistenziali, il 36% delle strutture appartiene a enti non profit, il 23,6% a enti pubblici, il 25,1% a enti privati for profit e il 13,7% a enti religiosi. Nell'88% dei casi sono gli stessi titolari a gestire direttamente il presidio.

¹⁰² Regione Lazio, DGR n. 584 del 6/8/2020: "L.R. n. 11/2016. Approvazione delle Linee Guida per la redazione, concertazione, attuazione, monitoraggio e valutazione dei piani sociali di zona per i distretti sociosanitari del Lazio. Approvazione del Nomenclatore Strutture, Servizi e interventi Sociali". https://www.regione.lazio.it/rl_politichesociali/?vw=documentazioneDettaglio&id=54914

Tabella 2. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari: posti letto per tipo di utenza e tipo di residenzialità; 2019

Target di utenza prevalente	Comunitario	Familiare	Tutte le voci
Minori (0-17 anni)	17253	5364	22616
Disabili	30383	2116	32499
Dipendenze	10409	126	10535
Adulti (18-64 anni) con disagio sociale	9900	2499	12399
Immigrati, stranieri	6678	712	7390
Anziani (65 anni e più)	297970	14687	312656
Ospiti con problemi di salute mentale	17537	1178	18715
Vittime di violenza di genere	860	216	1076
Multiutenza	1841	601	2442
Non indicato	0	0	0
Totale	392831	27498	420329

Fonte ISTAT ¹⁰³

L'onere dell'espletamento della procedura vaccinale anti COVID-19 è a carico del gestore di queste strutture che può essere sia pubblico che privato. Nel caso dei gestori privati la programmazione deve essere fatta necessariamente di concerto con le autorità sanitarie locali per garantire il corretto adempimento delle procedure e il superamento delle difficoltà legate alla estrema eterogeneità di questa popolazione.

¹⁰³ ISTAT. Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Questionario 2020. <http://siqua.istat.it/SIQual/files/Questionario%202020.pdf?ind=5000057&cod=5372&progr=1&tipo=4>.

Conclusioni

Le strutture residenziali, nel loro insieme eterogeneo, rappresentano una priorità per il raggiungimento degli obiettivi della campagna di vaccinazione anti COVID-19.

Nonostante le differenze evidenziate dal presente documento sia in termini di obiettivi specifici che di modalità di implementazione della vaccinazione anti COVID-19, alcuni elementi comuni possono essere individuati, tra i quali importanti aspetti operativi oltre che l'opportunità di valutare e integrare nuovi modelli di servizi di prossimità nell'ottica di un servizio sanitario che metta la persona con un bisogno assistenziale al centro del sistema. I seguenti elementi possono essere messi in evidenza:

- L'efficace integrazione delle strutture residenziali nel quadro della campagna vaccinale nazionale richiede lo sviluppo o il potenziamento di modelli di decentralizzazione dei servizi preventivi. Questi approcci sono parte integrante di un servizio sanitario che mette al centro il cittadino e il paziente, attraverso la realizzazione di servizi di sanità pubblica di prossimità. L'emergenza COVID-19 e la necessità di mettere in atto una campagna vaccinale di massa costituisce una occasione opportuna per l'implementazione e la valutazione di nuovi modelli di intervento nel territorio.
- L'inclusione delle strutture residenziali nella campagna vaccinale nazionale presenta l'opportunità di intercettare quei segmenti di popolazione che più difficilmente accedono al servizio sanitario per effetto di barriere di tipo finanziario, linguistico, culturale, logistico, ecc., contribuendo in tal modo ad obiettivi quali l'equità di accesso a servizi di prevenzione e la lotta alle disuguaglianze in salute, come previsto dai *Sustainable Development Goal* (SDG3).
- Individui caratterizzati da fragilità o vulnerabilità socio-sanitaria sono particolarmente rappresentati all'interno della popolazione presente nelle strutture residenziali. Servizi di salute pubblica, quali la vaccinazione, che possano intercettare questi gruppi di popolazione debbono essere culturalmente adeguati, adattati alle caratteristiche specifiche della popolazione oggetto dell'intervento, inclusi gli aspetti legati alla comunicazione e informazione.
- Nel contesto delle strutture residenziali, l'ottenimento del consenso informato, quale elemento indispensabile per la somministrazione del vaccino, può presentare alcune complessità, quali la necessità di garantirne la volontarietà, la corretta informazione e comprensione da parte della persona delle procedure e dei possibili effetti collaterali anche qualora esistano barriere linguistiche, culturali o cognitive. Opportune procedure e modalità di informazione e comunicazione con le persone debbono pertanto essere previste e attuate, ivi inclusa la gestione dei rifiuti alla vaccinazione.
- L'inclusione delle strutture residenziali tra le priorità della seconda fase della campagna vaccinale dovrebbe garantire il raggiungimento di coperture ottimali nei residenti presso tali strutture in tempi il più possibile rapidi, onde minimizzare il rischio di trasmissione del virus SARS-CoV2 e lo sviluppo di focolai di infezione, anche in vista dell'allentamento delle misure di contenimento da COVID-19 su scala nazionale, anche alla luce di ulteriori cambiamenti epidemiologici (es. presenza di varianti che potrebbero necessitare di vaccini diversi da quelli attualmente in uso) e necessità di campagne di immunizzazione per dosi *booster*.

È importante che anche le comunità residenziali più piccole siano prese in considerazione in forma attiva per la prevenzione e la vaccinazione al fine di proteggere in maniera efficace tutta la popolazione e soprattutto quella più vulnerabile e più difficilmente raggiungibile attraverso i canali dedicati alla popolazione generale.

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

2021

1. Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Urdiales AM, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021).
2. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Corsi E, Preziosi J, Sampaolo L, Pizzi E, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Chapin EM, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020. Versione 5 febbraio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2021).
3. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Aspetti di etica nella sperimentazione di vaccini anti-COVID-19. Versione del 18 febbraio 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 3/2021).
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-COV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione dell'8 marzo 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 4/ 2021).
5. Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento. *PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Versione del 9 marzo 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2021).
6. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Versione del 10 marzo 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021).
7. Torre M, Urakcheeva I, Ciminello E, Aprato A, Favella L, Ferro S, Ercolanoni M, Leoni O, Picus R, Armaroli C, Molinari M, Bachini L, Gemmi F, Germinario C, Moretti B, Allotta A, Boniforti F, Ceccarelli S, Laricchiuta P. *Impatto dell'emergenza COVID-19 sui volumi di attività della chirurgia protesica ortopedica in sette Regioni italiane. Versione del 17 marzo 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 7/2021).
8. Agrimi U, Bertinato L, Brambilla G, Minelli G, Settimo G, Brusaferrò S, Brusco A, D'Amario S, Boccuni F, Rondinone BM, Tomao P, Vonesch N, Iavicoli S, Di Leone G, De Nitto S, Napolano F, Rizzo L, Lagravinese D, Cornaggia N, Savi S, Russo F. *Attivazione di un piano mirato di prevenzione, sulle misure anti contagio e sulla gestione dei focolai di infezione da COVID-19 negli impianti di macellazione e sezionamento: nota metodologica ad interim. Versione dell'8 aprile 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporto ISS COVID-19 n. 8/ 2021).
9. D'Ancona F, Isonne C, Lia L, Urdiales AM, Onder G, Vanacore N, Bellentani MD, Caraglia A, D'Alisera A, Iera J, Sabbatucci M, Spizzichino M, Benini F, Pizzuto M, Scaccabarozzi G, Pucciarelli G. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 62/2020. Versione del 21 aprile 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 9/2021).
10. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. *COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020. Versione del 26 aprile 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 10/2021).
11. 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. Aggiornamento del*

Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2. Versione del 18 aprile 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2021).

12. Draisci R, Attias L, Baldassarri L, Catone T, Cresti R, Fidente RM, Marcello I, Buonanno G, Bertinato L. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: ambienti/superfici. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020. Versione del 20 maggio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2021).*
13. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2020. Versione del 26 maggio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2021).*
14. Giansanti D, Pirrera A, Renzoni A, Meli P, Grigioni M, De Santis M, Taruscio D. *Tecnologie a sostegno di fragilità, disabilità e malattie rare: sviluppo e somministrazione di un sondaggio durante l'emergenza epidemica COVID-19. Versione del 18 giugno 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 14/2021).*
15. Onder G, Floridia M, Giuliano M, Lo Noce C, Tiple D, Bertinato L, Mariniello R, Laganà MG, Della Vecchia A, Gianferro R, De Feo A, Cosenza P, Di Corcia T, Gianfranco Gensini G, Palummeri E, Frabetti C, Aliberti S, Campana A, Carfi A, Landi F, Rossi A, Cherubini A, Uccelli A, Barisione E, Benedetti L, Bartoloni A, Bonfanti P, Carlesimo M, Guaraldi G, Milic J, Leonardi S, Petrosillo N, Tarsia P. *Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID. Versione del 1° luglio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 15/2021).*
16. Bandini L, Caraglia A, Caredda E, D'ancona F, Declich S, Dente MG, Filia A, Fulceri F, Geraci S, Libianchi S, Mancinelli R, Manto A, Marceca M, Mazzilli S, Minutillo A, Onder G, Pacifici R, Pantosti A, Scattoni ML, Siddu A, Tavoschi L, Tosti ME, Vanacore N. *Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim. Versione del 6 luglio 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporto ISS COVID-19 n. 16/ 2021)*

2020

1. 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 24 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020 Rev.).*
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2).*
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).*
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2).*
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).*
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).*
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).*

8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 3 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 7 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev 2).
12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19*. Versione del 15 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 14 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie*. Versione del 16 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi*. Versione del 19 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2*. Versione del 19 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19*. Versione del 26 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi*. Versione del 13 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020 Rev.).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2*. Versione del 7 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19*. Versione del 3 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 28 maggio. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.).
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale*. Versione del 6 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).

24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020).
25. 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).
26. 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).
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020).
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020).
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020).
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020).
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020).
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020).
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiari M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).

40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).
43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020).
44. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020).
45. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Sampaolo L, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020).
46. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder. Versione del 23 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020).
47. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici. Versione del 29 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020).
48. Gruppo di Lavoro Immunologia COVID-19. *Strategie immunologiche ad interim per la terapia e prevenzione della COVID-19. Versione del 4 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020).
49. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. *COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020).
50. Perilli R, Grigioni M, Porta M, Cruciani F, Bandello F, Mastropasqua L, Consoli A. *Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19. Versione del 24 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev.).
51. Gruppo di Lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020).
52. Gruppo di lavoro SISVet-ISS. *Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie. Versione dell'11 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020).
53. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020).
54. Giansanti D, D'Avenio G, Rossi M, Spurio A, Bertinato L, Grigioni M. *Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 54/2020).
55. Cisbani E, Dini V, Grande S, Palma A, Rosi A, Tabocchini MA, Gasparri F, Orlacchio A. *Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19. Versione del 7 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 55/2020).
56. Gruppo di lavoro ISS-INAIL. *Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19. Versione del 21 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020).

57. Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020).
58. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto, R. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.).
59. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Supporto digitale al tracciamento dei contatti (contact tracing) in pandemia: considerazioni di etica e di governance. Versione del 17 settembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 59/2020).
60. Gabbrielli F, Capello F, Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M. *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020).
61. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).
62. D'Ancona F, Isonne C, Lia L, Urdiales AM, Onder G, Vanacore N, Bellentani MD, Caraglia A, D'Alisera A, Iera J, Sabbatucci M, Spizzichino M, Benini F, Pizzuto M, Scaccabarozzi G, Pucciarelli G. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari. Versione del 15 dicembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 62/2020).
63. Rota MC, Bellino S, Vescio MF, Del Manso M, Andrianou X, Urdiales AM, Spuri M, Fabiani M, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P. *Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia. Versione del 30 dicembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020).