

CONSIDERAZIONI CHIAVE: EQUITÀ E PARTECIPAZIONE NELLA PROMOZIONE DELLA VACCINAZIONE PER IL COVID-19 TRA LE PERSONE RAZZIALIZZATE E SENZA DOCUMENTI

Questo documento espone alcune considerazioni a proposito della promozione dei vaccini per il SARS-CoV-2 e delle strategie per garantirne un'equa distribuzione tra gli immigrati senza documenti residenti in Italia e, in particolare, a Roma. Quanto emerge dal caso italiano può essere in parte applicabile ad altri contesti in cui la somministrazione del vaccino è stata legata al dispositivo del "passaporto vaccinale", ovvero il certificato COVID digitale dell'UE, in Italia Green Pass. Nell'organizzazione della campagna vaccinale alcune categorie sociali sono state identificate come "difficili da raggiungere" (*hard to reach*) e per cui è necessario immaginare interventi specifici.¹

In questo testo si sceglie di parlare di persone razzializzate e illegalizzate poiché senza documenti per riferirsi a persone immigrate che non hanno cittadinanza, permesso di soggiorno e status di rifugiato. Questo documento esplora il contesto quotidiano delle vite delle persone illegalizzate e come l'esperienza della pandemia di COVID-19 abbia esacerbato le difficoltà che queste persone incontrano,²³ mettendo in luce il collegamento tra le vulnerabilità, consolidate ed emergenti, con la percezione dei vaccini. Si suggerisce come l'orientamento e la percezione dei vaccini si inseriscano all'interno dei contesti di vita delle persone, in cui molto spesso la priorità è data al sostentamento economico. In molti casi, l'accettazione della vaccinazione è motivata dalla necessità di continuare ad avere un lavoro retribuito piuttosto che a una preoccupazione connessa alla salute o a una fiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie.

Il seguente documento si pone l'obiettivo di esaminare come i vaccini possano essere distribuiti in modo equo e capace di aumentare la fiducia e i processi di inclusione nella società post-pandemica.

Il testo si basa principalmente sulla ricerca etnografica e le testimonianze raccolte attraverso interviste e osservazioni con persone razzializzate e illegalizzate nella città di Roma, insieme a rappresentanti della società civile e operatori socio-sanitari tra dicembre 2021 e gennaio 2022. Questo documento è stato sviluppato per SSHAP da Sara Vallerani (Università di Roma Tre), Elizabeth Storer (LSE) e Costanza Torre (LSE). È stato revisionato da Santiago Ripoll (IDS, Università del Sussex), con ulteriori revisioni da parte di Paolo Ruspini (Università Roma Tre) ed Eloisa Franchi (Université Paris Saclay, Università di Pavia). La ricerca è stata finanziata dalla British Academy COVID-19 Recovery: G7 Fund (COVG7210058). La ricerca si è svolta presso il Firoz Lalji Institute for Africa, London School of Economics. La sintesi è di responsabilità di SSHAP.

CONSIDERAZIONI CHIAVE

- Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei primi mesi di campagna vaccinale non considerava le persone senza documenti come aventi diritto alla vaccinazione.⁴ Con il passare dei mesi l'accesso alla vaccinazione è stato modificato e in alcune regioni si è reso disponibile anche per chi era in possesso del codice STP o del codice ENI. Tuttavia, la confusione a proposito dell'accesso ai vaccini per chi non aveva un Codice Fiscale è persistita per molti mesi, così come le disparità regionali e le disuguaglianze digitali nell'accesso ai vaccini, le quali colpiscono sproporzionatamente i gruppi sociali razzializzati e marginalizzati.
- A partire da luglio 2021, la vaccinazione COVID-19 in tutta Italia è legata al rilascio del Green Pass Verde, un prerequisito per l'accesso a molti mezzi di trasporto, bar, ristoranti, luoghi di svago, diversi uffici pubblici e posti di lavoro.⁵ I datori di lavoro hanno imposto i controlli del Green Pass anche ai lavoratori privi di contratto. L'iniziale impossibilità di registrarsi alla vaccinazione e la condizione di

lavoro irregolare e privo di tutele hanno reso l'impatto dei cambiamenti legislativi come il Green Pass particolarmente significativo per i gruppi sociali marginalizzati.

- Alla luce dei cambiamenti normativi, molte persone irregolarizzate hanno inteso i vaccini non come un intervento sanitario, ma come una forma di governo e controllo dello Stato. Senza il permesso di soggiorno o la cittadinanza italiana, molte persone temevano di essere identificate/espulse/sgomberate dalla polizia e dai funzionari statali. Tuttavia, avendo bisogno del Green Pass per guadagnarsi da vivere, molti si sono sentiti costretti ad accettare il vaccino. In futuro, nella prospettiva di creare relazioni di fiducia, le campagne di sensibilizzazione al vaccino dovrebbero affrontare il tema dell'interazione tra i determinanti socioeconomici della salute e il rischio di infezione da COVID-19.⁶
- L'assistenza sanitaria - e le campagne vaccinali - sono soggette alle decisioni politiche degli attori a livello nazionale e regionale. È importante che nella programmazione e l'implementazione delle politiche, a proposito dei vaccini ma non solo, vengano incluse le ONG, le associazioni del terzo settore, le organizzazioni di difesa dei migranti e soprattutto le persone direttamente interessate.

Esitanti al vaccino?

- La politica dell'Unione Europea ha etichettato le persone immigrate come esitanti al vaccino. Questa etichetta viene spesso adottata sulla base di studi che creano una connessione lineare tra l'esclusione sociale, l'evitamento delle autorità sanitarie/statali e l'esitanza vaccinale.¹⁷ Tuttavia è importante sottolineare come alcuni di questi approcci tendano ad omogeneizzare la categoria di "immigrato senza documenti", ignorando le differenze che strutturano gli orientamenti ai vaccini. Le persone che hanno accettato il vaccino sono infatti numerose, sia tra chi è ancora impegnato lungo il percorso migratorio sia tra chi è residente in Italia, anche se non "ufficialmente", e deve continuare a lavorare.
- Nei casi in cui le persone senza documenti hanno rifiutato i vaccini o mostrato resistenze, ciò era spesso legato a barriere strutturali, tra cui la paura o la sfiducia nei confronti delle autorità statali, oppure ai timori sugli effetti collaterali del vaccino. La comunicazione sanitaria deve essere affiancata da strategie per contrastare la sfiducia nelle istituzioni pubbliche.

Coinvolgere le organizzazioni della società civile

- Il Servizio sanitario nazionale difficilmente riesce a raggiungere le persone marginalizzate, le quali spesso non cercano assistenza medica se non in presenza di sintomi gravi e non differibili. È importante che vengano coinvolte attivamente le associazioni e le organizzazioni della società civile impegnate nell'assistenza alle persone migranti in diversi ambiti, tra cui quello sanitario, legale e abitativo. Un esempio è l'ampia rete di ambulatori medici in cui medici e infermieri (spesso) volontari entrano regolarmente in contatto con persone prive di documenti. Queste figure sono considerate fidate per quanto riguarda l'assistenza medica. In alcuni casi, queste reti, così come le associazioni del terzo settore e le ONG, hanno svolto un ruolo anche nella campagna di vaccinazione, fungendo da intermediari tra le persone prive di documenti e le autorità sanitarie.
- È da notare che queste organizzazioni si sostengono grazie all'attività dei volontari, i quali non sono retribuiti, ad esempio molti medici sono contemporaneamente impiegati a tempo pieno negli ospedali. Per garantire la regolarità della fornitura del servizio, sarebbe importante finanziare le strutture piuttosto che affidarsi all'altruismo dei volontari. Questo vale ancora di più se si prevede un lavoro aggiuntivo vero e proprio di consulenza e somministrazione dei vaccini COVID-19 da parte del personale sanitario.
- Le disuguaglianze regionali, territoriali e urbane pervadono l'organizzazione dei servizi di cura, anche quelli offerti dalle organizzazioni della società civile. È essenziale che le attività di sensibilizzazione svolte dalle organizzazioni del terzo settore vengano finanziate, ma non solo. Infatti è importante che le attività di advocacy che le organizzazioni portano avanti riescano a influenzare e a comportare dei cambiamenti strutturali nei servizi socio-sanitari pubblici e, quindi, anche nelle campagne di vaccinazione.

Adattare la comunicazione

- L'attività di sensibilizzazione dipende dalla capacità di costruire legami e fiducia all'interno dei singoli contesti e deve essere collegata a tentativi più ampi di costruire piattaforme digitali inclusive per l'accesso ai servizi e, in questo caso specifico, ai vaccini. Esistono disparità regionali nel modo in cui le persone con codice STP o ENI possono prenotare i vaccini attraverso le piattaforme digitali. È essenziale collegare l'impegno civico e la comunicazione sanitaria a un cambiamento in senso inclusivo delle piattaforme digitali.
- Le modifiche alle modalità di accesso e registrazione alle vaccinazioni per le persone illegalizzate non sono state comunicate adeguatamente. Sebbene gli operatori sanitari siano stati informati dei cambiamenti, non sempre queste informazioni hanno raggiunto i destinatari. Per far fronte all'esclusione iniziale dalla campagna vaccinale, è essenziale che le comunicazioni non si limitino ad essere pubblicate sui siti ufficiali o comunicate alle associazioni, ma è necessario che arrivino direttamente alle persone. Ad esempio le informazioni possono essere condivise nelle occupazioni abitative, nelle cliniche autogestite e, in generale, negli spazi attraversati dalle persone. È importante che alle informazioni sanitarie si accompagnino informazioni sui diritti legali, sui diritti all'alloggio e sulle procedure di asilo.
- È necessario che le strategie di comunicazione siano tradotte in diverse lingue e che queste riflettano quelle effettivamente conosciute e parlate. A seconda della durata della permanenza in Italia, le persone spesso non parlano italiano (o inglese). Tra le lingue più presenti ci sono: rumeno, arabo, albanese, cinese, farsi, francese, inglese, spagnolo e bengalese. Data questa varietà linguistica, può essere efficace comunicare le procedure anche in modo visivo, attraverso infografiche.
- Spesso le persone usano di più i social media dei siti web governativi. È quindi importante progettare strategie di comunicazione che siano condivise sulle piattaforme Facebook, WhatsApp, TikTok e Instagram. Queste piattaforme sono particolarmente utilizzate dai giovani, ma le famiglie sono spesso collegate attraverso i gruppi WhatsApp.

BACKGROUND

Nel 2020, si stima che risiedessero in Italia circa 519.000 persone immigrate e prive di documenti in regola.⁸ Date le ovvie difficoltà di numerazione, è probabile che la cifra reale sia molto più alta.⁹ Sebbene la pandemia abbia diminuito la mobilità delle persone per tutto il 2020, nel 2021 sono stati registrati 67.040 arrivi di persone via mare (tra cui cittadini da Tunisia, Egitto, Marocco, Iran, Bangladesh, Costa d'Avorio, Iraq, Guinea ed Eritrea), dalla rotta del Mediterraneo centrale.

Dopo l'arrivo nel Sud Italia, molte persone scelgono di lavorare nelle piantagioni agricole, attraverso forme di caporalato (un sistema di assunzione illegale di lavoratori a giornata attraverso un intermediario, il "caporale"). Questo tipo di lavoro è stagionale e comporta condizioni di lavoro imprevedibili, con salari bassi, frequenti intimidazioni e violenze da parte dei caporali e l'impossibilità di accesso ai servizi e ai diritti.¹⁰ Molti immigrati privi di documenti si spostano nei centri urbani, come Roma, per cercare lavoro nell'economia informale che, sebbene instabile e spesso sfruttata, è generalmente considerata un'opzione migliore. Altri si trasferiscono in città per presentare domanda di asilo o di soggiorno. A Roma, la percentuale di residenti provenienti da Paesi non appartenenti all'UE è stimata al 7,4%.¹¹ I principali Paesi di provenienza sono Filippine, Bangladesh e Cina, seguiti da Ucraina, Egitto e India.

Le persone rimangono in Italia per periodi diversi. Mentre alcune risiedono in città da molti anni, altre sono arrivate di recente. Molti hanno intrapreso un processo di "regolarizzazione", che prevede la richiesta di un permesso di soggiorno che può essere richiesto per protezione internazionale, ricongiungimento familiare, ragioni di salute, etc. In alcuni casi le persone risiedevano a Roma da più di un decennio ma erano comunque privi di documenti.

Nell'ambito di questo studio, i Paesi di origine delle persone intervistate sono Bangladesh, Ecuador, Albania, Venezuela e Perù. Le ragioni della migrazione delle persone intervistate sono la fuga da un

conflitto, la fuga da una crisi economica e/o climatica e dalla povertà nel Paese di origine e la fuga da persecuzioni etniche, religiose o politiche. Si può quindi individuare un mix motivazioni diverse alla base della migrazione. La principale motivazione relativa il rimanere a Roma riguarda la possibilità di trovare un lavoro, anche in nero. Il lavoro ha funzionato a lungo come fattore di attrazione e determinante nella scelta della destinazione per chi lasciava il proprio paese e intraprendeva un percorso migratorio. Tra i nostri interlocutori c'erano soprattutto uomini single che lavoravano, ma anche donne provenienti dai Paesi dell'Europa dell'Est.

La vita urbana delle persone immigrate e senza documenti

A Roma, le condizioni delle persone razzializzate e illegalizzate spesso riflettono il loro status precario e liminale. Le persone sono spesso impiegate in nero e in lavori considerati "essenziali" durante la pandemia¹², come badanti, collaboratori domestici, imprese di pulizia, lavoratori nei ristoranti o in fabbriche che si occupano della lavorazione o del confezionamento di prodotti alimentari. Alcune di queste mansioni, in particolare il lavoro domestico, sono nettamente caratterizzate dal genere e femminilizzate.^{13,14} Le condizioni di lavoro variano da un settore all'altro, ma raramente le persone hanno contratti regolari. Al contrario, spesso le persone sono soggette a orari prolungati di lavoro, retribuzioni basse e condizioni di lavoro eccessivamente pesanti. Senza contratti di lavoro, la maggior parte non ha accesso all'indennità di malattia o alle prestazioni sanitarie da parte del datore di lavoro. I datori di lavoro hanno la libertà di dettare le condizioni di lavoro. Senza permesso di soggiorno, le persone hanno pochi canali per contestare un trattamento inadeguato e lesivo dei diritti.

Queste condizioni sfruttamento lavorativo spesso si sommano con condizioni abitative inadeguate in alloggi sovraffollati.^{15,16,17} Escluse dal mercato formale degli affitti a causa del costo della vita e della mancanza di documenti, molte persone convivono in appartamenti, o in interi edifici, occupati, mentre altre condividono appartamenti con connazionali ma senza contratti regolari. Molti scelgono di vivere con persone che parlano la stessa lingua poiché il non vivere isolati offre maggiore sicurezza in uno spazio urbano stratificato in termini di classe e caratterizzato da forti disuguaglianze. Vivere in alloggi informali però influisce sull'accesso ai servizi sanitari e assistenziali. Infatti l'articolo 5 del Piano Casa (2014) stabilisce che chiunque occupi "illegalmente" una casa non può richiedere la residenza ufficiale, necessaria per accedere ai servizi.¹⁸

Queste condizioni strutturali fanno sì che le persone senza documenti abbiano spesso un ricorso limitato alle reti di sicurezza, ai servizi statali e alla possibilità di avere risorse a disposizione. Inoltre, molti individui versano regolarmente una quota dei loro guadagni ai loro parenti e amici nel paese di origine o a persone che hanno intrapreso, o stanno per intraprendere, la migrazione. Laddove disponibili, l'assistenza e il welfare provengono da ONG, associazioni del terzo settore, gruppi di volontariato e reti informali formate dagli stessi migranti.^{19,20,21} Tuttavia, spesso si tratta di servizi *ad hoc* e le organizzazioni sono distribuite in modo disomogeneo nelle città.

Come documentato da diverse ricerche, la pandemia di COVID-19 ha ampliato e intensificato le disuguaglianze preesistenti, in particolar modo per le persone immigrate e senza documenti.²² Gran parte del lavoro informale è continuato durante la pandemia e le condizioni di sovraffollamento abitativo hanno impedito il rispetto di buona parte delle regole di distanziamento sociale. La riluttanza ad accedere alle strutture sanitarie fa sì che le persone razzializzate presentino un rischio di più alto di contrarre il virus e di essere ricoverati in ospedale.²³

In alcuni casi ci sono stati dei ritardi diagnostici dovuti al mancato accesso alle strutture sanitarie e questo ha provocato diagnosi meno tempestive e un trattamento di sintomi più acuti causati da uno stato avanzato della malattia.^{24,25,26} Questo comporta un aumento dei rischi di decesso dovuti alla malattia.²⁴ Inoltre, durante i lockdown che si sono susseguiti le procedure burocratiche volte a riconoscere le richieste di asilo e di soggiorno sono state interrotte e/o fortemente rallentate.²⁷

Nel 2020 in Italia, sono state respinte il 76% delle richieste di asilo e le procedure di elaborazione delle richieste sono state soggette a ritardi.^{28,29} Il COVID-19 ha accentuato in diverse maniere lo status liminale e i processi di marginalizzazione che caratterizzano la vita urbana delle persone prive di documenti a Roma.

Salute e assistenza sanitaria delle persone senza documenti in Italia

La Costituzione italiana considera la salute un diritto fondamentale e inviolabile di ogni individuo presente all'interno dei confini nazionali.³⁰ Nonostante ciò, persistono barriere strutturali che negano l'accesso alle cure e alla prevenzione all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn).³¹

In assenza di un codice fiscale, e quindi di una Tessera Sanitaria, esistono dei dispositivi che permettono alle persone prive di documenti di accedere alle cure. Attraverso il rilascio di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), ottenibile presso gli uffici dedicati delle ASL e valido per 6 mesi (rinnovabile), le persone possono accedere ad alcune prestazioni presso gli ospedali e i servizi sanitari locali. Il codice STP garantisce servizi minimi essenziali, come le cure ospedaliere urgenti, l'assistenza alla gravidanza e alla maternità, l'assistenza sanitaria ai bambini, la profilassi, la diagnosi e il trattamento delle malattie infettive e le vaccinazioni. Tuttavia, ci sono dei limiti alla forma di assistenza garantita a un individuo con codice STP. In particolare, non è possibile accedere alle visite del Medico di Medicina Generale (MMG) con un codice STP, poiché si tratta di un servizio assegnato in base al luogo di residenza legale. Si tratta di una lacuna critica poiché implica che molte persone prive di documenti non accedono alle cure se non in caso di urgenza. Qui si spiega quanto diversi studi indicano, ovvero che le minoranze etniche fanno spesso un uso eccessivo del Pronto Soccorso.^{32,33,34}

Nonostante l'esistenza di strutture sanitarie alternative a quelle ufficiali del Ssn, le campagne di informazione sui diritti garantiti alle persone prive di documenti sono limitate. Attualmente, c'è poco sostegno da parte dello Stato nella formazione degli operatori socio-sanitari relativamente alla mediazione culturale e linguistica così come all'integrazione tra sociale e sanitario.³⁵ Pertanto, ci sono lacune evidenti tra la realtà sociale e la legislazione ufficiale.

Il Ssn è decentrato a livello regionale ed è fortemente differenziato al suo interno. La differenziazione si riflette anche nei servizi sanitari dedicati ai migranti privi di documenti, che si muovono su un continuum che va da approcci più inclusivi (ad esempio in Emilia-Romagna) a quelli più escludenti (ad esempio in Lombardia)³⁶. In quest'ultimo caso, le ONG e le associazioni del terzo settore sono i principali fornitori di servizi sanitari per le persone razzializzate e illegalizzate.³⁷ A Roma sono presenti una molteplicità di attori statali e non statali che offrono servizi sanitari e, sebbene questi enti offrano servizi essenziali, non possono ribaltare lo status "di eccezione" di chi è privo di documenti. Pertanto, la situazione delle persone senza documenti esemplifica le profonde disuguaglianze nell'offerta di salute in Italia. Alcuni gruppi di popolazione ricevono sistematicamente livelli differenziati di assistenza alla luce dei medesimi bisogni.³⁸

La risposta dell'Italia al COVID-19

L'Italia è stata uno dei primi paesi europei in cui si è diffuso il SARS-CoV-2 e anche uno dei più duramente colpiti sin dal suo inizio nel 2020. Le misure di contenimento del virus sono state gestite dal governo centrale in accordo con le autorità regionali attraverso la Conferenza Stato-Regioni. Il governo italiano ha dichiarato lo "stato di emergenza" il 31 gennaio 2020 e dal 12 marzo 2020 al 3 maggio 2020 è stato applicato un rigido lockdown nazionale.³⁹ Nella "Fase 2", durata da maggio a giugno 2020, c'è stata una riapertura generale delle attività, anche a partire dall'autunno successivi si sono susseguiti altri lockdown nazionali e locali. Lo stato di emergenza è terminato solo alla fine di marzo 2022.

La campagna di vaccinazione COVID-19 in Italia è iniziata il 27 dicembre 2021.⁴⁰ Il piano vaccinale è stato sviluppato dal governo centrale, attraverso una collaborazione interna tra il Ministero della Salute, il Consiglio dei Ministri e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e Agenas. Il programma di vaccinazione aveva identificato inizialmente tre criteri di priorità: età, comorbilità e categoria professionale.

Le marcate disparità regionali nell'organizzazione del Ssn si sono riflesse nella distribuzione dei vaccini. La governance sanitaria è stata dominata da due tendenze: l'autonomia regionale (in cui le regioni hanno un'influenza significativa nella definizione dei servizi sanitari) e il tentativo di ricentralizzazione da parte dello Stato (in cui il governo centrale sovrascrive l'autonomia delle regioni).⁴¹ Queste due tendenze, seppur in tensione, possono coesistere all'interno di specifici servizi sanitari regionali

Durante la pandemia, e in particolare durante la campagna di vaccinazione, si sono verificate tensioni tra gli attori statali e regionali.⁴¹ Sebbene la campagna di vaccinazione (così come i lockdown e le norme di distanziamento per evitare la diffusione del virus) riflettessero il mandato del governo centrale, la sua implementazione si è differenziata in base alle scelte compiute dai diversi attori della politica sanitaria a livello regionale. Se da un lato il processo per ottenere un vaccino è stabilito a livello nazionale, dall'altro le piattaforme per la registrazione e la prenotazione sono fornite a livello regionale. Il processo decisionale statale/regionale ha influito sull'inclusione vaccinale delle persone prive di documenti e questo elemento di differenziazione rende necessaria una o più ricerche condotte a livello regionale sull'accessibilità della vaccinazione e sulle scelte dei diversi governi regionali.

GLI OSTACOLI E LE BARRIERE CHE NON FAVORISCONO LA SCELTA DI VACCINARSI

Le ricerche mettono in luce come le persone razzializzate e illegalizzate si trovano ad affrontare diverse barriere strutturali nell'accesso ai servizi sanitari pubblici,^{31,35} che hanno profondamente influenzato la loro adesione alla campagna di vaccinazione per il COVID-19.

Questa sezione illustra quali sono gli ostacoli che impediscono l'adozione dei vaccini tra le persone immigrate e senza documenti che vivono in Italia.

Sfiducia pregressa nei servizi sanitari pubblici

- **I bisogni delle persone marginalizzate non sono considerati prioritari** dal governo italiano. Le politiche sociali e sanitarie dedicate alle persone razzializzate e illegalizzate sono caratterizzate da una governance multilivello (Stato-regioni-enti locali) e multiattoriale. Il coordinamento tra i diversi attori e i livelli di governance è spesso limitato e le persone senza documenti si trovano spesso in una sorta di "limbo normativo".²⁸ Per loro il Servizio sanitario nazionale non è un veicolo di equità, quanto un servizio organizzato diversamente in ragione dello status giuridico posseduto. Inoltre, le persone immigrate, nel discorso pubblico, sono spesso identificate come facili capri espiatori per i problemi sociali, economici e sanitari della società tutta e questo comporta un inasprimento dei processi di esclusione e un riprodursi di episodi di discriminazione e violenza razziale.⁴²
- **Assenza di un'assistenza sanitaria completa.** L'accesso a un medico di base non rientra tra i servizi sanitari garantiti per chi è in possesso di un codice STP. Questo rappresenta una grave lacuna nell'accesso alle cure. Nel Ssn, il medico di base è il principale punto di riferimento per la salute e rappresenta un interlocutore centrale per l'accesso alle prestazioni sanitarie specialistiche. L'assenza di questa figura implica la mancanza di un punto di riferimento e di fiducia che possa contribuire a costruire relazioni a lungo termine e avvicinare le persone al Servizio sanitario nazionale.
- **Come ottenere il codice STP.** Le informazioni su come ottenere il codice STP, su come accedere ai servizi e su quali diritti e tutele devono essere garantite sono spesso insufficienti e non di immediata reperibilità. Nonostante la centralità del codice STP per l'accesso ai servizi sanitari, e quindi anche per la vaccinazione, molte delle persone intervistate non ne erano a conoscenza.
- **Barriere linguistiche, differenze culturali e mancanza di comunicazione.** È difficile trovare servizi di mediazione linguistica e culturale nelle strutture sanitarie. Gli operatori sanitari non hanno una formazione specifica nell'ambito della comunicazione interculturale, della medicina transculturale, delle migrazioni e dell'etnopsichiatria. In Italia manca spesso, o risulta insufficiente anche quando presente, una comunicazione chiara, accessibile e disponibile in diverse lingue sui rischi del COVID-19. Inoltre, quando la comunicazione esiste, è spesso limitata ai canali istituzionali, che non sempre costituiscono la principale fonte di informazione.⁴³
- **Paura delle autorità pubbliche.** Le persone senza documenti sono spesso reticenti ad accedere ai servizi sanitari a causa del timore nei confronti delle autorità statali.^{44,19} In particolare, le persone hanno paura di essere segnalati alle forze dell'ordine a causa della mancanza dei documenti e della loro condizione di "irregolarità". I timori riguardano il dover pagare delle multe, essere rinchiusi dentro dei centri per il rimpatrio e, quindi, essere rimpatriati. Questa paura è presente nonostante

sia in vigore il divieto per il personale sanitario, stabilito per legge, di segnalare le persone senza documenti. La segnalazione è un atto contrario non solo alla legge, ma anche al codice deontologico dei medici. Tuttavia, molte persone non ne sono a conoscenza e viene spesso dato per scontato che i servizi sanitari pubblici abbiano un collegamento diretto con le forze dell'ordine. Pertanto, nonostante le tutele legali, molte persone percepiscono le strutture sanitarie statali come poco sicure. A produrre ulteriore sfiducia nei confronti del Ssn sono le precedenti esperienze di discriminazione e violenza razziale vissute dalle persone.

Le limitazioni fisiche e digitali

- Esistono profonde limitazioni poiché lo Stato non ha incluso i possessori del codice STP o ENI nell'infrastruttura digitale delle vaccinazioni. La disponibilità del vaccino per le persone senza documenti è stata ritardata di circa 8 mesi rispetto al resto della popolazione. Anche quando è stata data la possibilità di vaccinarsi a chi era in possesso del codice STP, molte persone non hanno potuto registrarsi autonomamente sulle piattaforme regionali nonostante soddisfacessero tutti i criteri di accesso alla vaccinazione. In molte regioni, l'inclusione delle persone senza documenti nella campagna vaccinale è stata delegata al terzo settore e alle ONG. In alcuni casi queste organizzazioni hanno redatto delle liste per la ASL con l'elenco delle persone con codice STP da vaccinare. È difficile quantificare quanto sia stato efficace questo metodo, poiché ogni organizzazione ha lavorato autonomamente. In alcuni casi la diffusione delle informazioni è stata maggiore, in altri casi limitata.⁴⁵
- **Disparità regionali.** In alcune regioni sono state realizzate diverse iniziative: hub di vaccinazione dedicati con accesso diretto per i migranti; possibilità di registrarsi direttamente dalla piattaforma regionale; giornate di vaccinazione "itineranti".⁴⁶ Ogni regione ha organizzato autonomamente questo aspetto della campagna vaccinale. L'unico intervento di portata nazionale ha riguardato i luoghi di primo arrivo di molti migranti, come, ad esempio, l'hotspot di Lampedusa.
- **Disparità urbane.** A Roma, la gestione della vaccinazione per le persone senza documenti è stata affidata per una buona parte alle ONG, alle associazioni del terzo settore e ai gruppi informali, tranne che in alcuni casi. Sebbene queste organizzazioni siano numerose in città, le modalità di raccolta delle informazioni e di contatto con gli enti responsabili (servizi sanitari, associazioni e ONG) differiscono tra loro. Un'associazione ha attivato un numero di telefono dedicato alla prenotazione dei vaccini e ha compilato liste da inviare alla ASL di riferimento per prenotare le vaccinazioni. Sempre a Roma è stata creata una collaborazione tra gli assistenti sociali di una ASL e alcune occupazioni abitative. In questi casi gli assistenti sociali facevano una volta la settimana uno sportello socio-sanitario dentro un'occupazione abitativa per raccogliere i bisogni sanitari delle persone, per offrire un sostegno burocratico-amministrativo e per gestire le vaccinazioni.
- **Limiti del volontariato.** Le ONG e il terzo settore fanno molto affidamento sul lavoro volontario. Le condizioni di lavoro nel terzo settore in Italia, anche prima della pandemia, erano condizionate da bassi salari, orari di lavoro smisurati, lavori non retribuiti e da dinamiche competitive e di mercato tra le diverse organizzazioni. L'onere di gestire una parte della campagna vaccinale ha intensificato ritmi e orari di lavoro e peggiorato la condizione di sfruttamento di numerosi operatori. Uno di loro ha osservato "Mi occupo di vaccinazioni, ma non riesco a capire le ragioni per cui le ASL non aprono le prenotazioni per tutti. Non ha senso come scelta e come politica sanitaria, sarebbe più semplice se tutti potessero registrarsi". Un altro volontario ha spiegato: "Ho messo il mio numero su tutti i volantini sui vaccini e tutti mi hanno chiamato per chiedere informazioni e per entrare nella lista. Ricevevo più di 50 telefonate al giorno, era impossibile vivere, anche se era una cosa importante da fare".
- **Opinioni diverse sui vaccini.** Specialmente nei gruppi informali, questo lavoro di diffusione di informazione e di compilazione di liste di persone da vaccinare è stato svolto da persone con opinioni anche critiche a proposito dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini e sulle implicazioni di un dispositivo come il Green Pass. In un'intervista, un attivista di un'occupazione abitativa a Roma ha riportato quando segue: "Io sono contrario al vaccino, ma lavoriamo comunque con il servizio pubblico per garantire la vaccinazione agli abitanti dell'occupazione. Io non mi vaccino, ma è una mia scelta che non influisce su quella degli abitanti". L'attivista intervistato non ha fatto coincidere la

propria opinione con l'azione politica messa in campo. Questa testimonianza ci aiuta a tenere a mente che all'interno della società civile, anche quella organizzata nel volontariato e nell'attivismo politico, non ha una posizione univoca sui vaccini. In Italia c'è stato un diffuso movimento critico nei confronti dei vaccini in cui convivevano posizioni fortemente contrarie con posizioni critiche rispetto al Green Pass e non direttamente al vaccino.

La limitatezza delle informazioni a proposito dei vaccini

- **Mancanza di una comunicazione uniforme, efficace e tempestiva per correggere l'esclusione delle persone senza documenti dalla vaccinazione.** La comunicazione istituzionale sul vaccino per le persone prive di documenti è stata sviluppata troppo tardi e le conseguenze dell'esclusione iniziale dalle categorie di persone da vaccinare ha contribuito alla caoticità della situazione. Le strategie di comunicazione variano da regione a regione, ma in generale i tentativi di rivolgersi specificamente alle persone immigrate da parte delle istituzioni pubbliche sono stati limitati.
- **Disinformazione.** Inoltre, i tentativi di ribaltare le informazioni mendaci sui vaccini sono stati limitati. La traduzione in diverse lingue dei documenti e delle informazioni sui rischi del COVID-19 e sulle misure di prevenzione è stata molto limitata⁴⁷, così come è mancata l'attenzione alle preoccupazioni a proposito degli effetti collaterali.

LE DIVERSE PERCEZIONI DEI VACCINI

Le recenti politiche dell'UE hanno classificato i migranti privi di documenti come "esitanti" nei confronti del vaccino. Tuttavia, le persone hanno riferito orientamenti diversi nei confronti dei vaccini COVID-19.⁴⁸⁴⁹ Ciò riflette il cambiamento delle politiche, in base alle quali i vaccini sono stati collegati al certificato digitale Covid dell'UE (Green Pass).

Chi accetta il vaccino...

- **La percezione dei vaccini deve essere compresa in relazione al Green Pass** e alle mutate, e mutevoli, restrizioni ad esso associate. Questa certificazione è obbligatoria sul posto di lavoro, per entrare nella maggior parte degli uffici pubblici, nei negozi (ma non negli alimentari), nei bar e ristoranti e in tutti i luoghi di aggregazione. Dal dicembre 2021, in Italia esistono due tipi di Green Pass: il Super Green Pass, che si ottiene con la vaccinazione o con un certificato di guarigione; e il Green Pass "semplice", che si ottiene con un tampone e ha una durata limitata (24-48 ore). Diversi problemi sono stati segnalati anche nel download del Green Pass per coloro che si sono registrati con il codice STP o con un codice fiscale autogenerato. Fino alla fine di agosto 2021, il Green Pass poteva essere scaricato solo da coloro in possesso di una tessera sanitaria.
- **Sebbene il Green Pass sia stato presentato come una misura di salute pubblica, la percezione di questa misura tra le persone razzializzate e illegalizzate è spesso differente.** Le persone senza documenti intervistate hanno spiegato di aver accettato il vaccino per salvaguardare in primo luogo il proprio posto di lavoro. Il Green Pass è richiesto sul posto di lavoro e i datori di lavoro, anche quando il lavoro è in nero, lo richiedono come prerequisito per lavorare e quindi per ottenere il salario. Secondo quanto riferito, al momento della ricerca le "ispezioni" del Green Pass da parte delle forze dell'ordine erano diventate molto frequenti, specialmente per chi lavorava in un'azienda di pulizia o all'interno di aziende di ampie dimensioni. Sono state riportate esperienze di controlli del Green Pass ma non della regolarità dei contratti di lavoro. Per questo motivo, molte persone si sono riferite al Green Pass come a una sorta di "ricatto", poiché per ottenerlo e per continuare a lavorare si sono sentite costrette a vaccinarsi. In un'intervista una persona ha spiegato che per lei il Green Pass "è una questione di sopravvivenza".
- **In alcuni casi gli operatori sanitari e sociali hanno utilizzato l'argomentazione secondo cui bisogna vaccinarsi per poter mantenere il posto di lavoro.** Le persone senza documenti intervistate hanno riferito come questo approccio da parte degli operatori abbia provocato dei sentimenti di coercizione e sembrava che gli operatori sanitari fossero dalla parte dei datori di lavoro, piuttosto che interessati a salvaguardare la loro salute. Questo aspetto è riportato criticamente da

un operatore sanitario: "Usavamo il Green Pass come incentivo alla vaccinazione. [...] Per convincerli [le persone prive di documenti] dicevamo: "Senza non potrete lavorare". Così li convincevamo, e molte persone si vaccinavano per questo motivo, non per altro. [...] Il Green Pass era una sorta di ricatto, onestamente. Mi duole ammetterlo perché penso che la vaccinazione sia la misura di salute pubblica più importante in assoluto. Uno Stato serio deve farsi carico dei vaccini, non solo del Green Pass, altrimenti la gente decide di vaccinarsi per il lavoro e non per la salute".

- **La sensazione di coercizione si è aggravata quando si sono registrati ritardi nell'ottenimento del Green Pass dopo la vaccinazione per chi aveva un codice STP.** L'impossibilità di ottenere il Green Pass ha avuto forti ripercussioni sulla vita delle persone e i ritardi hanno rafforzato la sfiducia e la diffidenza nei confronti delle istituzioni sanitarie pubbliche. Una donna ha spiegato: "Non ho il contratto e non ho i documenti. Devo portare con me il Green Pass, me lo chiedono ogni giorno. Altrimenti non mi fanno entrare e mi mandano via senza lavoro". In teoria, il Green Pass dovrebbe arrivare subito dopo la vaccinazione. Tuttavia, poiché la procedura è diversa a seconda delle categorie di persone e dei documenti posseduti, si sono verificati dei ritardi. In diversi casi, il ritardo nel ricevere la certificazione ha costretto le persone razzializzate senza documenti a sottoporsi più volte al test rapido COVID-19 (che costa circa 15 euro nelle farmacie locali) in attesa del Green Pass. I malfunzionamenti del sistema hanno colpito chi già si trovava in una situazione di vulnerabilità occupazionale ed economica e sono stati interpretati come una sorta di "inganno", generando ulteriore distanza e sfiducia nel sistema sanitario pubblico. Un operatore sanitario riferisce: "Non potete immaginare quanto fossero arrabbiati i curdi. Siamo andati a prendere i vaccini e i Green Pass non sono arrivati. Si sono arrabbiati con noi e hanno detto 'che fine hanno fatto le nostre certificazioni? Dobbiamo lavorare!'".
- **La scelta di vaccinarsi è stata spesso influenzata dai meccanismi di governance associati al COVID-19 e non dalla paura di contrarre il virus.** Pertanto, il fatto che vi siano molte persone che in assenza di documenti e con un background migratorio alle spalle che hanno deciso di vaccinarsi, non è indicativo di una particolare fiducia nel Servizio sanitario italiano. Gli intervistati hanno riportato sentimenti di rabbia, frustrazione, ansia e depressione per la perdita di autonomia e per la sensazione di coercizione legata al vaccino. Ad esempio un ragazzo ha detto: "Ho deciso di vaccinarmi per il Green Pass perché me lo chiedevano tutti in ogni spazio. Non avevo paura del virus, ma della burocrazia, e ogni volta lo Stato diventa più discriminatorio e razzista. Penso che il Green Pass sia uno strumento di esclusione". In molti casi, la campagna di vaccinazione non è diventata un'opportunità per mettere in contatto le persone emarginate con le istituzioni. L'equità vaccinale non si esaurisce con la disponibilità del vaccino, ma è costituita dai processi che si attivano intorno ad esso.

...e chi lo rifiuta

- **Molte persone arrivate in Italia durante la pandemia avevano già ricevuto il vaccino.** I vaccini ottenuti al di fuori dell'UE (Filippine, Indonesia, Turchia, Russia, ecc.) spesso non erano riconosciuti dalle autorità italiane e, in generale, dell'Unione Europea. Le persone appena arrivate si sono dunque trovate in una situazione paradossale: la mancanza del Green Pass causata dal mancato riconoscimento della vaccinazione già avvenuta e allo stesso tempo l'impossibilità di vaccinarsi per motivi medici, dato che le persone erano già state vaccinate. Un operatore sanitario racconta: "Diverse volte abbiamo incontrato persone che erano già state vaccinate, ad esempio nelle Filippine, ma spesso arrivavano con il vaccino cinese, che qui non è riconosciuto". Ogni caso era diverso e bisognava trovare soluzioni diverse".
- **Disinformazione.** Molte persone hanno espresso sfiducia nei confronti dei canali di informazione ufficiali e istituzionali che forniscono informazioni sulla vaccinazione contro il COVID-19. Questo scetticismo ricalca alcuni dei discorsi prevalenti nei movimenti di protesta No Vax e No Green Pass che hanno avuto luogo in Italia. Le ICT (tecnologie dell'informazione e della comunicazione) e i social media svolgono un ruolo centrale nella ricerca e nella condivisione di informazioni durante il percorso migratorio. L'uso di questi canali di informazione continua a essere centrale anche per chi si stabilisce in Italia in modo permanente, e costituiscono un'alternativa ai canali di comunicazione istituzionali e ufficiali, verso i quali c'è una mancanza di fiducia e di cui c'è anche una scarsa

conoscenza.^{50,51,52} Anche nel caso della campagna vaccinale, le persone si sono spesso rivolte ai social media, tra cui WhatsApp, Facebook, Instagram, TikTok. A causa della mancanza di regolamentazione su questi canali, molto spesso venivano intercettate informazioni errate o approssimative a proposito dei vaccini e degli effetti collaterali. In un'intervista una persona senza documenti racconta: "Per una serie di motivi ho dovuto assentarmi dal lavoro per qualche settimana e, per fortuna, ho avuto il tempo di fare qualche ricerca. So che in televisione non dicono sempre la verità, ma per fortuna c'è chi la dice, magari su Facebook o nei gruppi Telegram. Lì ho trovato informazioni sui rischi reali del vaccino".

- Tuttavia, la ragione più comune per rifiutare il vaccino riguardava **la paura della pericolosità degli effetti collaterali**. Questa paura era legata al fatto che molti dovevano continuare a lavorare e venivano pagati alla giornata e non avevano contratti di lavoro. In questo contesto, le persone volevano evitare il rischio di dover restare a casa a causa degli effetti collaterali del vaccino (influenza, raffreddore, debolezza generalizzata, etc). Inoltre, i timori relativi gli effetti collaterali si ricollega anche alle notizie allarmistiche a proposito del vaccino di AstraZeneca relative ai casi di trombosi, di coaguli di sangue e di decessi. Un'altra preoccupazione riguarda lo sviluppo e il brevetto dei vaccini avvenuto in un lasso breve di tempo e in assenza di protocolli "adeguati". Alcuni intervistati si sono sentiti parte di un esperimento scientifico non sicuro.⁵³
- **L'esitazione vaccinale era anche legata all'idea che il vaccino presentasse più rischi rispetto a contrarre il virus**. In una intervista è stato riferito che: "Molti hanno visto amici o parenti risultare positivi al test pur soffrendo di sintomi limitati. Io non ho mai avuto il COVID, ma molti amici sì e, alla fine, si tratta di un'influenza. Perché devo mettere una cosa sconosciuta nel mio corpo per avere la febbre?".
Per altri, il COVID-19 è stata interpretata come una "malattia occidentale" che colpisce le persone in modo diverso a seconda del loro Paese di origine.⁵⁴ Di conseguenza, molti erano riluttanti ad accettare un vaccino che poteva portare effetti collaterali indesiderati, quando il virus stesso non era considerato un rischio significativo per la salute.
- **I sentimenti di frustrazione e coercizione sono stati esacerbati dall'impossibilità di scegliere quale vaccino ricevere**. In molte cliniche e hub è stato somministrato il vaccino Janssen COVID-19 di Johnson&Johnson in dose singola poiché considerato il più adatto per la popolazione "hard to reach" poiché prevedeva una sola dose. Tuttavia, la ricerca ha rilevato che il vaccino J&J ha un'efficacia inferiore (66%)⁵⁵ rispetto ad altri come Vaxzevria (AstraZeneca), BioNTech (Pfizer) e SpikeVax (Moderna) e che richiede anch'esso una seconda dose per garantire copertura anche per le varianti.
- **Dal momento che chi ha un codice STP non può registrarsi autonomamente per il vaccino, è aumentata la percezione di non avere scelta e libertà di azione**. Questo emerge in particolar modo a proposito della possibilità di scegliere quale vaccino fare. Nel Lazio, sulla piattaforma ufficiale, è possibile vedere quale vaccino fanno e in quale hub. Questo porta a una scelta effettiva su quale vaccino fare. Per chi è senza documenti questa possibilità di scelta non c'è, poiché non possono registrarsi da solo e tutto viene mediato da organizzazioni terze. Questa impossibilità di scegliere il vaccino ha esacerbato i sentimenti di frustrazione e la percezione di essere stati costretti a vaccinarsi senza neanche poter scegliere, come invece poteva fare il resto della popolazione, quale vaccino fare. Questo aspetto è emerso chiaramente nelle interviste: "Il vaccino di Johnson dovrebbe avere una tecnologia simile a quella di AstraZeneca. Quindi è pericoloso. Non capisco perché gli altri possano scegliere quale vaccino fare e io no".

AUMENTARE L'EQUITÀ DEL VACCINO COVID-19

Il concetto di equità differisce da quello di uguaglianza, in quanto prende in considerazione i determinanti sociali e le condizioni di vita e socioeconomiche di partenza delle persone.⁵⁶ I servizi di sanità pubblica dovrebbero essere proattivi e costruire relazioni con gli individui e le comunità. Questo dovrebbe avvenire anche "al di fuori" dell'emergenza pandemica, garantendo la continuità delle cure e delle relazioni.

Strategie di comunicazione ad hoc

- È essenziale che la comunicazione pubblica e la diffusione di informazioni sanitarie siano adattate alle specificità linguistiche e culturali. I consigli sulla salute dovrebbero essere disponibili in inglese, francese e arabo, oltre che in rumeno, albanese, cinese, farsi, spagnolo e bengalese. Data la diversità linguistica delle comunità in Italia, è importante utilizzare le infografiche insieme alle informazioni testuali. Le giornate informative itineranti sono state un mezzo efficace per raggiungere le persone, così come la distribuzione di informazioni attraverso le organizzazioni del terzo settore, alcune realtà dei movimenti sociali e le occupazioni abitative. Le campagne sui social media, tra cui WhatsApp e Facebook, ma anche Instagram e TikTok, sono importanti canali di informazione e vanno considerati in quanto tali.
- Le informazioni dovrebbero concentrarsi sui dati relativi l'efficacia dei vaccini e su come ottenere il Green Pass. Oltre alla possibilità di arrivare a riconoscere i vaccini prodotti in altri paesi, come la Cina (Sinopharm) o la Russia (Sputnik V), è importante chiarire quali procedure burocratiche devono affrontare coloro che sono stati precedentemente vaccinate fuori dall'Italia e, in molti casi, con vaccini non riconosciuti. Una soluzione potrebbe essere un procedimento "di eccezione" per riconoscere questi vaccini ai fini dell'ottenimento del Green Pass.

Coinvolgere le associazioni e le organizzazioni della società civile

- I vaccini dovrebbero essere resi disponibili in ambulatori e strutture sanitarie vicine alle aree urbane dove è noto che vivo/lavorano le persone razzializzate. Questo riduce i costi di viaggio per raggiungere le strutture e aumenta la probabilità che le persone scelgano di sottoporsi al vaccino.
- I policymakers e gli operatori sanitari dovrebbero stabilire e costruire forti collaborazioni con le organizzazioni di base. Un esempio potrebbe essere rappresentato dai collettivi e dai movimenti per l'abitare (ad esempio l'Occupazione abitativa di Viale delle Province a Roma), in mobilitazione per lottare per ottenere alloggi e miglioramenti nelle condizioni di vita.^{57, 58} È necessario che ogni sforzo aggiuntivo chiesto ad associazioni di volontariato venga finanziato dallo Stato o da organismi internazionali e dovrebbero essere disponibili risorse per permettere a medici e infermieri di lavorare direttamente presso le cliniche per le persone marginalizzate. Un'ulteriore facilitazione si potrebbe verificare nel caso i professionisti sanitari provenissero dagli stessi paesi di origine delle persone illegalizzate, quando questo non è possibile è essenziale la presenza di mediatori culturali e traduttori integrata con una formazione "transculturale" specifica del personale sanitario.
- Le organizzazioni dei migranti e dei lavoratori e, idealmente, le stesse persone prive di documenti dovrebbero essere strettamente coinvolte in tutte le fasi di progettazione e implementazione delle campagne vaccinali. È essenziale un impegno a identificare i bisogni in modo tale da garantire una risposta efficace e mettere in piedi un processo di co-progettazione e co-produzione delle campagne sanitarie e vaccinali. Questo è un obiettivo essenziale per evitare che anche i tentativi portati avanti con intenti positivi non producano ulteriore stigma e non vadano a irrorare ulteriori processi di esclusione.

Informazioni sanitarie e advocacy

- **Le informazioni in campo sanitario devono tenere conto dei più ampi determinanti socioeconomici della salute che influenzano la vita delle persone.**⁵⁹ Per questo motivo, le informazioni dovrebbero includere e/o indirizzare verso i servizi di supporto per le richieste di asilo, per i diritti del lavoro e per le questioni abitative, nonché per i problemi di salute e psicosociali. In particolare, la somministrazione del vaccino potrebbe essere accompagnata da indicazioni su come procedere per segnalare molestie, violenze e discriminazioni. I social media in questo senso rappresentano un campo interessante di sperimentazione per la creazione di campagne informative sulla salute in maniera inclusiva, condivisa, partecipativa e interattiva.
- **Gli operatori sanitari mantengono un alto livello di discrezionalità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;** pertanto, possono avere diversi impatti sulle possibilità dei pazienti di

beneficiare appieno dei servizi e di vedere riconosciuti i propri diritti.⁶⁰ È necessaria una formazione specifica per gli operatori sociali e sanitari che si interfacciano con le persone razzializzate e marginalizzate. Se da un lato è necessario produrre materiale informativo, dall'altro è importante offrire una formazione adeguata al personale, in modo che le informazioni possano essere fornite nel modo giusto.

- **Costruire la fiducia con il personale sociale e sanitario e i volontari e utilizzando spazi in cui le persone si sentano a proprio agio**, partendo dalla considerazione che gli ambienti sanitari possono essere percepiti come distanti o addirittura ostili. Un approccio proattivo da parte degli operatori sanitari può essere utile, non solo nel campo della vaccinazione, ma anche nella prevenzione e nella promozione della salute in una prospettiva di prossimità. La costruzione della fiducia può essere intesa non solo come un risultato, ma come un vero e proprio processo in cui agiscono diversi attori e in cui la sola dinamica top-down viene decostruita a favore di approcci bottom-up.
- **La costruzione di percorsi di fiducia richiede di pensare in termini di comunità, ma anche di individui.** In questo senso, la relazione medico-paziente deve essere al centro di una riflessione a proposito del ruolo attivo che le persone possono svolgere nel proprio percorso di cura. Le paure e le aspettative nei confronti del rapporto medico-paziente vanno comprese in profondità e per farlo si può condurre una ricerca partecipativa con i pazienti stessi e con le associazioni, i gruppi informali e le ONG che da tempo lavorano con le persone emarginate e razzializzate.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Gli operatori socio-sanitari incontrati durante la ricerca hanno riconosciuto che la distribuzione del vaccino alle persone razzializzate e illegalizzate stata caratterizzata da una visione a breve termine e da un approccio “emergenziale”. Le vaccinazioni COVID-19, pur basandosi su richiami a intervalli di 3-6 mesi per mantenere l'immunità, richiedono un impegno continuo delle strutture sanitarie. Questo documento ha delineato alcune delle misure che possono essere adottate per aumentare l'equità dei vaccini e per rimediare all'iniziale iniquità causata da approcci escludenti e nazionalistici.

Le persone razzializzate e illegalizzate hanno accettato o rifiutato il vaccino soprattutto sulla base delle diverse esigenze lavorative. I “passaporti vaccinali”, grazie ai quali si può continuare a lavorare, anche nel settore “informale”, hanno aumentato l'adesione al vaccino. Tuttavia, l'accettazione del vaccino non ha portato le persone a fidarsi delle autorità statali o dei servizi sanitari pubblici. Al contrario, in questo documento si riporta come la gestione statale del vaccino, ampiamente percepita come coercitiva, ha generato sentimenti di *disempowerment* e sfiducia. Tali approcci dovrebbero essere riconsiderati nella somministrazione dei richiami delle vaccinazioni e per i futuri interventi di sanità pubblica.

Sebbene le ONG e le organizzazioni del terzo settore abbiano avuto un impatto significativo nel facilitare l'accesso ai vaccini, la loro dipendenza dai volontari e l'aggiunta della vaccinazione ai diversi mandati di questi enti in materia di asilo, salute, alloggio, ha teso a sovraccaricare il personale. Inoltre, questo mosaico di interventi non è stato in grado di sfidare e modificare strutturalmente né il funzionamento della campagna vaccinale e in particolare le piattaforme di registrazione regionali, uno dei principali ostacoli alla vaccinazione, né le iniquità strutturali che caratterizzano Servizio sanitario nazionale, percepito come inaffidabile ed escludente.

In futuro, è essenziale incrementare la diffusione del vaccino e abbinare la distribuzione dei vaccini alle informazioni relative alle richieste di asilo, all'alloggio e ai diritti sanitari e, in generale, di cittadinanza. La pandemia COVID-19 ha anche messo in luce le carenze nel tipo di assistenza sanitaria di base a cui le persone illegalizzate possono accedere, in particolare quella che riguarda i medici di Medicina Generale. Per creare relazioni di fiducia consolidate e a lungo termine, la visibilità di questi problemi deve tradursi in un'azione di advocacy.

REFERENCES

1. World Health Organization (2021). COVID-19 immunization in refugees and migrants: principles and key considerations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344793/WHO-2019-nCoV-immunization-refugees-and-migrants-2021.1-eng.pdf>
2. IOM (2020), COVID-19 and the risk of exacerbating existing vulnerabilities, Migration Factsheet No. 6 – The impact of COVID-19 on migrants https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/ICP/MPR/migration_factsheet_6_covid-19_and_migrants.pdf
3. Taran, P. & Kadyshcheva, O. (2022). COVID-19, Migrants, Refugees, Mobile Workers: Global Assessment and Action Agenda. *Revista Tecnológica - Espol*, 34(1), 28-57. <https://doi.org/10.37815/rte.v34n1.889>
4. Armocida, B., Formenti, B., Missoni, E., D'Apice, C., Marchese, V., Calvi, M., Castelli, F., & Ussai, S. (2021). Challenges in the equitable access to COVID-19 vaccines for migrant populations in Europe. *The Lancet Regional Health - Europe*, 6(100147). <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100147>
5. DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri), 17th June 2021. Published on <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/06/17/21A03739/sg>
6. Burström, B., Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617–618. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa095>
7. World Health Organization. (2021). *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: Evidence brief*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348333>
8. Cesareo, V. (2022). Ventisettesimo Rapporto sulle migrazioni 2021. Franco Angeli.
9. Cortignani, R., Carulli, G., Dono, G. (2020). COVID-19 and labour in agriculture: Economic and productive impacts in an agricultural area of the Mediterranean. *Italian Journal of Agronomy*. 15(2), 172–181. <https://doi.org/10.4081/ija.2020.1653>
10. Perrotta, D. & Sacchetto D. (2014), Migrant Farmworkers in Southern Italy: Ghettos, Caporalato and Collective Action. *Workers of the World*, 1(5) 75-79.
11. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), La presenza dei migranti nella città metropolitana di Roma Capitale. <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/La%20presenza%20dei%20migranti%20nelle%20aree%20metropolitane,%20anno%202020/RAM-2020-Roma-Capitale.pdf>
12. Franchi, E., & Gili, R. (2020). COVID-19 epidemic in Italy and the Pandora's box of inequalities: Reopened or never closed? *Journal of Public Health and Emergency*, 4, p. 42. <https://doi.org/10.21037/jphe-20-43>
13. Andall, J. (2016). *Gender, Migration and Domestic Service: The Politics of Black Women in Italy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315254586>
14. Centro studi e ricerche Idos in collaborazione con Centro Studi Confronti, Istituto di Studi Politici S. Pio V (a cura di) (2021). Dossier statistico immigrazione 2021. <https://www.dossierimmigrazione.it/wp-content/uploads/2021/10/SCHEDA-DI-SINTESI-DOSSIER-2021.pdf>
15. Marra, C. (2012). La casa degli immigrati: Famiglie, reti, trasformazioni sociali. FrancoAngeli.
16. Mukumbang, F. C. (2020). Are asylum seekers, refugees and foreign migrants considered in the COVID-19 vaccine discourse? *BMJ Global Health*, 5(11), e004085. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004085>
17. Petrillo, A. (2018). La crisi dell'abitare migrante in Italia. Una prospettiva storica. *Sociologia urbana e rurale*, 117, 19-37. 10.3280/SUR2018-117002
18. DECRETO-LEGGE 28 marzo 2014, n. 47. Gazzetta Ufficiale. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/03/28/14G00059/sg%20>
19. Ambrosini, M. (2015). NGOs and Health Services for Irregular Immigrants in Italy: When the Protection of Human Rights Challenges the Laws. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 13(2), 116–134. <https://doi.org/10.1080/15562948.2015.1017631>
20. Sanfelici, M. (2021). The Impact of the COVID-19 Crisis on Marginal Migrant Populations in Italy. *American Behavioral Scientist*. Vol. 65(10) 1323–1341. <https://doi.org/10.1177/00027642211000413>
21. OECD (2022), *International Migration Outlook 2021*. Available online: <https://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm>
22. Bamba, C., Riordan, R., Ford, J., Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
23. Hayward, S. E., Deal, A., Cheng, C., Crawshaw, A., Orcutt, M., Vandrevale, T. F., Norredam, M., Carballo, M., Ciftci, Y., Requena-Méndez, A., Greenaway, C., Carter, J., Knights, F., Mehrotra, A., Seedat, F., Bozorgmehr, K., Veizis, A., Campos-Matos, I., Wurie, F., ESCMID Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM), (2021). Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *Journal of Migration and Health*, 3(100041). <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100041>
24. European Centre for Disease Prevention and Control (2021), Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake-in-migrants.pdf>

25. Fiorini, G., Rigamonti, A. E., Galanopoulos, C., Adamoli, M., Ciriaco, E., Franchi, M., Genovese, E., Corrao, G., & Cella, S. G. (2020). Undocumented migrants during the COVID-19 pandemic: Socio-economic determinants, clinical features and pharmacological treatment. *Journal of Public Health Research, Journal of Public Health Research*, 27, 9(4). <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1852>
26. Caritas e Migrantes (2021). XXIX RAPPORTO IMMIGRAZIONE 2020. https://www.migrantes.it/wp-content/uploads/sites/50/2020/10/RICM_2020_DEF.pdf
27. Tazzioli, M. (2021). A “Passport to Freedom”? COVID-19 and the Re-bordering of the World. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 355–361. <https://doi.org/10.1017/err.2021.31>
28. ISMU (2020). Beneficiari di protezione internazionale e integrazione in Italia. Focus sull’accesso al sistema abitativo. <https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/04/Italy-National-report-2020.-Beneficiari-di-protezione-internazionale-e-integrazione-in-Italia.pdf>
29. Ero Straniero (2021). Regolarizzazione 2020 a rischio fallimento: tempi lunghissimi e ostacoli burocratici. Alcune proposte per “salvare” una misura necessaria. Available online: https://erostraniero.radicali.it/wp-content/uploads/2021/05/Secondo-report-monitoraggio-regolarizzazione_ERO-STRANIERO.pdf
30. Le decisioni della Corte costituzionale sulla condizione giuridica e i diritti dello straniero. (2012). https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/decisioni_diritti_straniero.pdf
31. Di Napoli, A., Ventura, M., Spadea, T., Giorgi Rossi, P., Bartolini, L., Battisti, L., Cacciani, L., Caranci, N., Cernigliaro, A., De Giorgi, M., Fanolla, A., Lazzeretti, M., Mininni, M., Mirisola, C., Petrelli, A. (2022). Barriers to Accessing Primary Care and Appropriateness of Healthcare Among Immigrants in Italy. *Frontiers in Public Health*, 10(817696), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.817696>
32. Rossi, P. (2016). Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell’accesso ai servizi sanitari. FrancoAngeli.
33. Allegri, C., Banks, H., & Devillanova, C. (2022). Avoidable hospitalizations and access to primary care: Comparisons among Italians, resident immigrants and undocumented immigrants in administrative hospital discharge records. *EClinicalMedicine*, 46(101345), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101345>
34. Nuti, S., Maciocco, G., Barsanti, S. (a cura di) (2013), Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Il Mulino.
35. Issa, E.-H. (2007). La salute degli immigrati ieri, oggi e domani. *Tendenze Nuove*, 1, 39-44. <https://doi.org/10.1450/23676>
36. Pasini, N. (2011), Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello. Franco Angeli.
37. Olivani, P., Panizzut, D. (2019). Attuale legislazione sanitaria italiana per immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale. Terzo Rapporto. https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report_LEGIS_Naga_2019.pdf
38. Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
39. Campagna di comunicazione “Resta a casa”. (2020, March 14). www.governo.it. <https://www.governo.it/it/media/emergenza-sanitaria-coronavirus-resta-casa/14313>
40. Ministero della Salute (2021). Vaccino anti-SARS-CoV-2/COVID-19. Piano strategico. <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78657&parte=1%20&serie=null>
41. Neri, S. (2020). Più Stato e più Regioni. L’evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia. *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 2, 239-255. <https://doi.org/10.1447/98719>
42. Sciortino, G., Palidda, S., Petti, G., Ruspini, P. (2000). Easy Scapegoats: Sans Papiers Immigrants in Italy, Report for the project “Easy Scapegoats: Sans-Papiers Immigrants in Europe” supported within the DG Employment and Social Affairs programme “Preparatory Actions to Combat and Prevent Social Exclusion, VP/1999/011”, Weinheim: Freudenberg Stiftung
43. Behrouz M., Maldonado N., Collins, J., Harriet J., Blundell L. S. (2020). Engaging the vulnerable: A rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe. *Journal of Migration and Health*, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100004>.
44. Vilog, R. B. T., & Piosos III, C. M. (2021). Undocumented in the time of pandemic: Exploring legal violence, health care and human rights of irregular Filipino migrants in Italy and the UK. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 14(3), 209–222. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-09-2020-0072>
45. Merli, G. (2021), Migranti. La campagna di immunizzazione contro il COVID-19 ha raggiunto anche le persone prive di documenti. Ma restano difficoltà e ostacoli per chi è rimasto escluso dall’ultima sanatoria. Published on Il Manifesto, 29.09.2021. Available online: <https://erostraniero.radicali.it/irregolari-ultimi-e-vaccinati/>
46. Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021). *Somministrazione dei vaccini ai migranti*. (2021, September 9). www.governo.it. <https://www.governo.it/it/dipartimenti/commissario-straordinario-lemergenza-covid-19/17884>
47. Pirouz, B., Nejad, H. J., Violini, G. (2020). The Role of Swab Tests to Decrease the Stress by COVID-19 on the Health System using AI, MLR & Statistical Analysis. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.06.02.20120394>
48. Declich, S., Dente, M. G., Tosti, M. E., Ponte, G. D., Marchetti, G., & Tavošchi, L. (2021). Vaccinations for Migrants and Refugees during and after COVID-19. Policy Brief ISPI. Available online: https://www.t20italy.org/wp-content/uploads/2021/09/TF10_PB06_LM02-1.pdf
49. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Tavolo Asilo e Immigrazione, Tavolo Immigrazione e Salute (2021), Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il COVID-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia. Available online: <https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Terzo%20Monitoraggio%20Covid%20-%20TIS-TAI%20rev.pdf>

50. Merisalo, M., Jauhiainen, J. S. (2021) Asylum-Related Migrants' Social-Media Use, Mobility Decisions, and Resilience. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 19(2), 184-198. <https://doi.org/10.1080/15562948.2020.1781991>
51. Sanchez, G., Hoxhaj, R., Nardin, S., Geddes, A., Achilli, L., & Kalantaryan, S. (2018). A study of the communication channels used by migrants and asylum seekers in Italy, with a particular focus on online and social media. European Commission. <https://doi.org/10.2837/7785450>.
52. Frouws, B., Phillips, M., Hassan, A., & Twigt, M. (2016). Getting to Europe the WhatsApp Way: The Use of ICT in Contemporary Mixed Migration Flows to Europe. *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.286259251>.
53. Loomba, S., de Figueiredo, A., Piatek, S.J. *et al.* (2021). Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nature Human Behaviour*, 5, 337–348 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01056-1>
54. Knights, F., Carter, J., Deal, A., Crawshaw, A. F., Hayward, S. E., Jones, L., & Hargreaves, S. (2021). *Impact of COVID-19 on Migrants' Access to Primary Care: A National Qualitative Study* [Preprint]. Primary Care Research. <https://doi.org/10.1101/2021.01.12.21249692>
55. Centers for Disease Control and Prevention (2022), Johnson & Johnson's Janssen COVID-19 Vaccine Overview and Safety. Updated 4th April 2022. Available online: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/janssen.html#print>
56. Wang, Z., & Tang, K. (2020). Combating COVID-19: Health equity matters. *Nature Medicine*, 26(4), 458–458. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0823-6>
57. Grazioli, M. (2021). Rethinking Public Housing Through Squatting. The Case of Housing Rights Movements in Rome. *PACO*, 14(2), 788-805. <https://doi.org/10.1285/I20356609V14I2P78856>.
58. Avallone, G. & Torre, S. (2016). Dalla città ostile alla città bene comune. I migranti di fronte alla crisi dell'abitare in Italia. *Archivio di Studi Urbani e Regionali*, XL(VII), 51-74. 10.3280/ASUR2016-115003
59. Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8(596887), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
60. Perna, R. (2018). Re-bounding EU citizenship from below: Practices of healthcare for '(il) legitimate EU migrants' in Italy. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(5), 829–848. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2017.1362977>

ACKNOWLEDGEMENTS

This brief has been written by Sara Vallerani (sara.vallerani@uniroma3.it) with Elizabeth Storer and Costanza Torre. The research was funded through the British Academy COVID-19 Recovery: G7 Fund (COVG7210058). Research was based at the Firoz Lalji Institute for Africa, London School of Economics.

CONTACT

If you have a direct request concerning the brief, tools, additional technical expertise or remote analysis, or should you like to be considered for the network of advisers, please contact the Social Science in Humanitarian Action Platform by emailing Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) or Olivia Tulloch (olviatulloch@anthrologica.com).

The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. This work was supported by the UK Foreign, Commonwealth & Development Office and Wellcome Trust Grant Number 219169/Z/19/Z. The views expressed are those of the authors and do not necessarily reflect those of the funders, or the views or policies of IDS, Anthrologica or LSHTM.



KEEP IN TOUCH

 @SSHAP_Action
  info@socialscience.org
 www.socialscienceinaction.org
 SSHAP newsletter

Suggested citation: Vallerani, S., Storer, E. and Torre, C., (2022) Key Considerations: Equitable Engagement to Promote COVID-19 Vaccine Uptake among Undocumented Urban Migrants, *Social Science In Humanitarian Action* (SSHAP) DOI: [10.19088/SSHAP.2022.025](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2022.025)

Published May 2022

© Institute of Development Studies



This is an Open Access paper distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International licence (CC BY), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited and any modifications or adaptations are indicated. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>