



N.3 Luglio 2021

DOSSIER COVID 19

*INDAGINE SULLA DISPONIBILITA' A
VACCINARSI CONTRO IL COVID-19
DA PARTE DELLE PERSONE OSPITATE NEI
CENTRI/STRUTTURE DI ACCOGLIENZA
IN ITALIA*

Procedure,
condizioni di sicurezza,
criticità nei sistemi di
accoglienza in Italia

**TAVOLO ASILO E IMMIGRAZIONE
TAVOLO IMMIGRAZIONE E SALUTE**

Il Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) è una rete costituitasi da oltre un decennio e composta da 28¹ associazioni ed organizzazioni della società civile aventi rilevanza nazionale, con competenze ed esperienze specifiche in materia di diritto d'asilo che si impegnano attivamente nella promozione e nella tutela del diritto d'asilo in Italia e nell'Unione Europea.

In particolare il TAI opera al fine di: a) promuovere adeguate misure che garantiscano la tutela dei diritti fondamentali e percorsi di tutela, accoglienza ed inclusione sociale dei richiedenti e titolari di protezione; b) promuovere un'evoluzione del diritto nazionale ed europeo in materia di asilo che permetta di rafforzare il livello di effettiva protezione giuridica e sociale garantita ai richiedenti asilo e ai titolari di protezione, dando piena attuazione alle norme costituzionali, alle norme di diritto interno, internazionale ed europeo; c) favorire l'adozione di politiche nazionali, europee o internazionali, che consentano di trovare soluzioni efficaci e durevoli alle problematiche della protezione dei rifugiati.

Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) si è costituito informalmente a partire dal febbraio 2019, come esigenza percepita da parte di alcune organizzazioni del Terzo Settore già collegate al Tavolo Asilo - che, a vario titolo, erano impegnate sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per migranti e richiedenti asilo - a seguito dell'emanazione dei 'Decreti Sicurezza'.

La nuova rete si è progressivamente allargata alle principali organizzazioni (ONG, Onlus, Associazioni medico-umanitarie etc.) attive a livello nazionale², dando vita ad iniziative di advocacy, con particolare riferimento a lettere/incontri/sollecitazioni indirizzate ai decisori a livello nazionale e regionale; in tali iniziative la dimensione di denuncia circostanziata è stata sempre accompagnata da proposte e da inviti alla collaborazione tra Istituzioni e con le Istituzioni.

Nel febbraio 2020 le dieci diverse organizzazioni fondatrici hanno approvato una 'Carta d'Intenti' quale strumento condiviso di obiettivi e modalità operative.

¹ Il Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) è attualmente composto dalle seguenti organizzazioni: A Buon Diritto, Acli, Action Aid, Amnesty International Italia, Arci, Asgi, Avvocato Di Strada Onlus, Caritas Italiana, Centro Astalli, Cgil, CIES, Cir, CNCA, Comunità di Sant'Egidio, Comunità Papa Giovanni XXIII, Conngi, Emergency, Europasilo, Fcei, Focus - Casa Dei Diritti Sociali, Fondazione Migrantes, Intersos, Legambiente, Medici Del Mondo Italia, Medici Per I Diritti Umani, Movimento Italiani Senza Cittadinanza, MSF Italia, Oxfam Italia, Refugees Welcome Italia, Save The Children, Senza Confine, SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). Invitato permanente: UNHCR

² Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) è attualmente composto dalle seguenti organizzazioni: Caritas Italiana, Associazione Centro Astalli, ASGI-Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, MSF Italia, MEDU-Medici per i Diritti Umani, Emergency, INTERSOS, MDM-Médecins du Monde missione Italia, MCT-Medici contro la tortura, Sanità di Frontiera, SIMM-Società Italiana Medicina delle Migrazioni. L'UNHCR, l'OIM e l'ISS-Istituto Superiore di Sanità sono componenti esterni permanenti e partecipano a tutte le sue attività senza diritto di voto.

Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il Covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia

Durante questo periodo di emergenza Covid-19, le politiche pubbliche - anche quando formalmente orientate da principi di equità e garanzia dei diritti - non sono state sempre applicate in modo inclusivo ed in grado di garantire, anche operativamente, l'accesso ai diritti per le persone socialmente più fragili. Ad oggi, non si dispone ancora di indicazioni normative nazionali e locali chiare e cogenti, né in un'operatività efficace. Gli ostacoli si sono presentati su tutto il territorio nazionale (anche se con differenze nei singoli contesti regionali e locali) e su più aspetti legati alla gestione dell'emergenza sanitaria (accesso ai dispositivi di protezione, tamponi, accoglienza in sicurezza), che per lungo tempo non sono stati affrontati in modo sistematico.

Queste esitazioni si sono riprodotte anche nell'inclusione nella campagna vaccinale delle persone in situazioni di marginalità sociale e amministrativa; l'implementazione della campagna ha accumulato un ritardo nei confronti dei più deboli a causa di direttive non inclusive da parte delle istituzioni.

Gli scriventi Tavoli hanno sollecitato ripetutamente l'attenzione dei decisori per l'adozione di interventi tempestivi ed efficaci rivolti a tali sottogruppi di popolazione (vedi ricostruzione temporale in Appendice).

Col terzo monitoraggio effettuato a maggio 2021, il Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) e il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) hanno voluto indagare la disponibilità degli ospiti delle strutture di accoglienza (non solo persone migranti, ma anche italiane, accolte dalle strutture per persone senza dimora), a farsi vaccinare.

Questa indagine è intervenuta a sondare l'attitudine dei diretti destinatari a sottoporsi alla vaccinazione, anche al fine di cogliere sacche di resistenza o perplessità e cercare di migliorare lo sforzo informativo, canalizzandolo verso una migliore conoscenza dei benefici della vaccinazione stessa.

Come nelle precedenti rilevazioni, le organizzazioni parte del TAI e del TIS hanno diffuso il questionario fra le reti di accoglienza sparse su tutto il territorio nazionale, chiedendo ai referenti delle strutture stesse di sottoporre ai relativi ospiti il questionario. Alla rilevazione ha poi contribuito l'ISS, fornendo un prezioso supporto nella preparazione della scheda di rilevazione delle informazioni e nell'elaborazione dei dati.

1. La composizione del campione: le strutture di accoglienza, le nazionalità, il grado di istruzione e di permanenza in Italia.

La rilevazione si è chiusa il 31 maggio 2021 e sono state raccolte 308 interviste agli ospiti delle strutture, secondo questa ripartizione:

- il 53,9% è accolto nei progetti del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI);
- il 40,3% nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS);
- il 3,9% nelle strutture per Senza Dimora;
- un restante 2% in case famiglia o in altre tipologie di strutture.

Il campione è soprattutto maschile (71% del totale) e quanto alla provenienza, prevale nettamente il continente africano (69,7%), rappresentato soprattutto dai paesi subsahariani (63,8%) e segnatamente dalla Nigeria, da cui proviene oltre metà dei rispondenti dell'area subsahariana (32,9%). Seguono i cittadini asiatici (19,2%), soprattutto dai paesi del Sud come il Pakistan (8,8%) e il Bangladesh (3,3%). Ci sono poi le nazionalità europee (9,1%), provenienti principalmente da Italia (5,2%), Albania (3,3%) e Romania (0,6%), presenti nei centri per senza dimora, o in altra tipologia di strutture per persone in difficoltà (dormitori, abitazioni/case famiglia ad es.).

Nel monitoraggio si è indagata anche la variabile del grado di istruzione dei rispondenti, da cui è emersa la prevalenza di un livello modesto, in cui l'istruzione primaria rappresenta il 42,5%, ma "nessun grado" raggiunge la soglia significativa del 9,7%. Segue la secondaria di primo grado, con il 27,6% e la secondaria di secondo grado con il 3,3%. I laureati sono appena lo 0,7% del campione.

La permanenza in Italia da parte dei cittadini stranieri intervistati è inferiore a cinque anni per il 77% del campione. All'interno di questa fascia temporale si possono estrarre ulteriori specifiche: ad esempio chi è presente da meno di 3 anni costituisce il 13,3%; chi è da meno di un anno il 5,2% e chi è da meno di 6 mesi il 3,9%.

Si tratta comunque di una composizione che riflette a pieno la compagine dei cittadini stranieri giunti in Italia non proprio recentemente, ma accolti nel sistema di accoglienza da più di qualche anno, probabilmente in attesa di ricevere una pronuncia definitiva sul proprio status giuridico, a seguito della proposizione di un ricorso avverso una precedente decisione negativa sulla domanda di protezione internazionale avanzata. Anche le nazionalità dei rispondenti parrebbero avallare questa interpretazione: si tratta infatti di provenienze con tassi molto contenuti di riconoscimento della domanda di protezione internazionale, circostanza che determina proprio una più lunga permanenza nelle strutture in attesa della definizione dei gradi di giudizio a seguito di impugnazione.

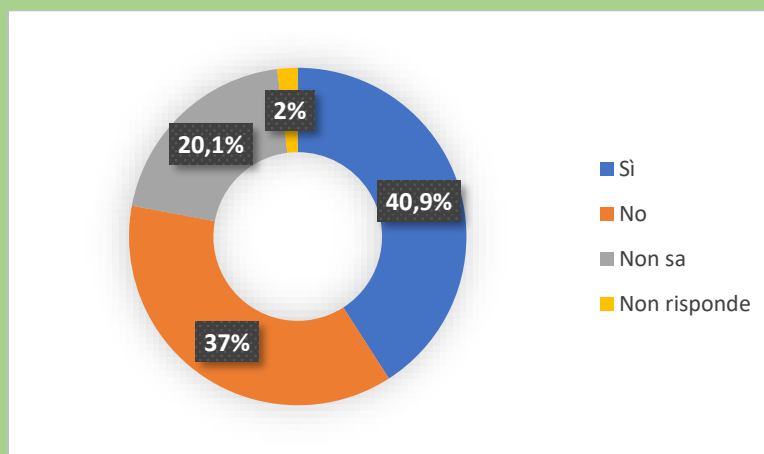
Permanenza in Italia degli intervistati

	N	%
DA MENO DI 1 ANNO	28	9.0
DA 1 A <5 ANNI	209	67.9
>= 5 ANNI	55	17.9
OSPITE ITALIANO	16	5.2
TOTALE	308	100.00

2. La disponibilità a sottoporsi alla vaccinazione

Gli ospiti delle strutture dichiarano in netta maggioranza di essere a conoscenza della disponibilità di un vaccino per evitare di ammalarsi di COVID-19 (89,3%); tuttavia *l'intenzione di farlo* (compresi quelli che dichiarano di aver già effettuato la prenotazione o ricevuto il vaccino) *si ferma al 40,9% degli intervistati*. Vi è poi il 37% del campione che dichiara di non volersi sottoporre al vaccino e il 20,1% non sa, non ha maturato una opinione/scelta al riguardo.

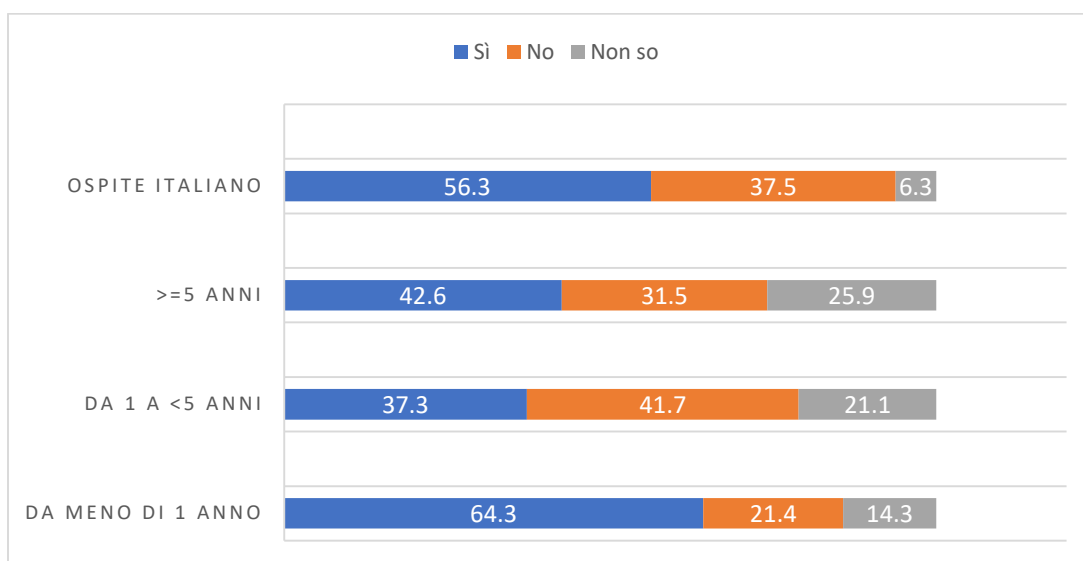
Disponibilità a vaccinarsi



Incrociando i dati con le variabili precedentemente descritte del campione, emerge che:

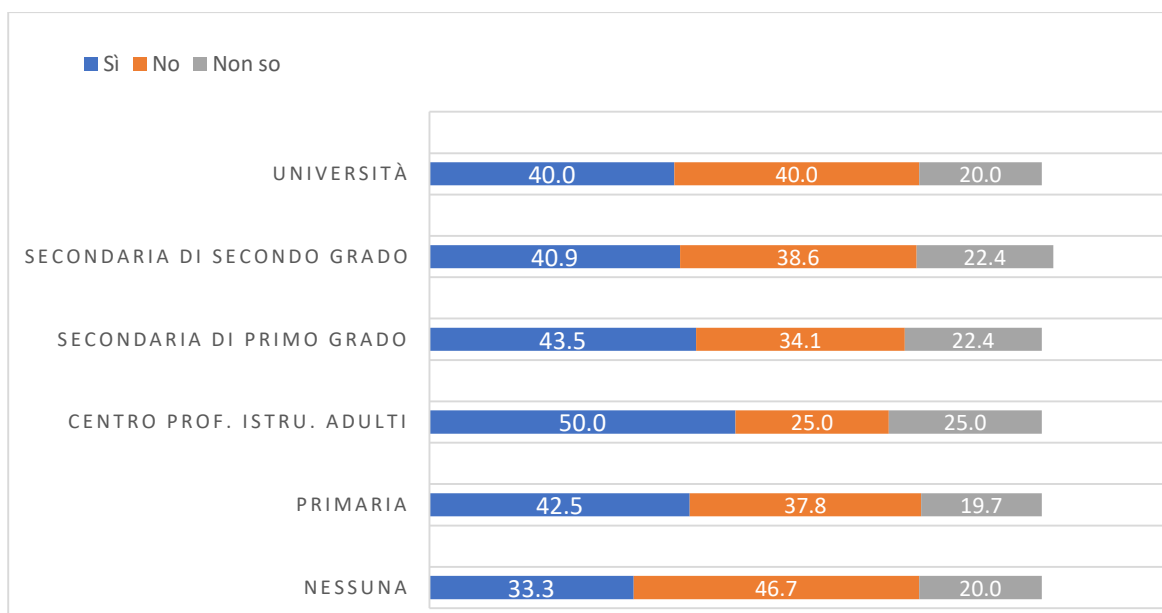
- **Quanto alle provenienze per continente**, la maggiore disponibilità nei riguardi della vaccinazione è espressa dai cittadini dell'Asia del Sud (62,8% di favorevoli); mentre fra i cittadini africani prevale la non disponibilità (43,5%), ad eccezione dei nordafricani, che risultano invece favorevoli con un'incidenza del 61,1%. Fra gli europei c'è una significativa "spaccatura del campione": la media continentale è la stessa tra favorevoli e contrari (46,4%); tuttavia, i dati in dettaglio mostrano che lo scetticismo prevale soprattutto nei cittadini dell'Europa dell'Est (Albania, in particolare), raggiungendo il 70% di "no", mentre fra quelli dell'Unione Europea prevale il "sì" con una media del 55,6%. Quanto ai provenienti dall'America, il campione è rappresentato unicamente dai provenienti dall'America del Sud, i cui cittadini sono ampiamente favorevoli al vaccino (66,7%);
- **I favorevoli alla vaccinazione** sono soprattutto quelli che sono presenti in Italia da meno di un anno (64,3% di "sì", in questa fascia di permanenza) seguiti da quelli che lo sono da 5 anni o più (42,6%). L'adesione si abbassa notevolmente in coloro che si trovano nella fascia temporale mediana di permanenza in Italia, ovvero fra 1 e 5 anni, che costituiscono la maggior parte del campione di riferimento. Il dato parrebbe dunque legare l'indisponibilità al vaccino alla generale sfiducia per la situazione individuale sospesa, ancora non risolta (come parrebbe desumersi dall'incrocio fra la variabile degli anni di permanenza in Italia con quella della situazione di accoglienza correlata).

Disponibilità al vaccino in base agli anni di permanenza in Italia



- Relativamente al **livello di istruzione**, la minore adesione al vaccino è manifestata da chi dichiara di non aver conseguito alcun grado di istruzione (46,7% di no). L'indisponibilità in qualche modo diminuisce al crescere di un determinato livello scolastico (medio-basso): il no scende al 37,8% fra chi ha il livello della primaria (detenuta, in termini assoluti, dalla maggioranza del campione), al 25% in chi frequenta un Centro Professionale di Istruzione per Adulti (CPIA); al 34,1% in chi ha il livello della scuola secondaria di primo grado; tuttavia il dissenso prende a risalire leggermente in chi ha il livello della scuola secondaria di secondo grado (38,6%) e un'istruzione universitaria (40%).

Disponibilità al vaccino in base al livello d'istruzione



3. Perché no? Le motivazioni alla base del dissenso

Il monitoraggio ha indagato le motivazioni alla base dell'indisponibilità alla sottoposizione al vaccino. Considerando unitariamente i "no" e i "non so", la motivazione prevalente (che riguarda il 46% delle risposte totali) consiste nel ritenere che *"il vaccino può essere pericoloso"*.

Segue, nell'ordine, la motivazione *"non ho fiducia negli operatori sanitari e nelle informazioni che danno"* (15,3%).

Uno scetticismo legato dunque, principalmente, ad un importante gap informativo riportato dal campione, in grado sia di determinare una scelta di dissenso che di profonda incertezza, bloccando le persone rispetto alla scelta di sottoporsi al vaccino.

Trovano poi spazio altre argomentazioni come *"il vaccino non è obbligatorio quindi non serve"* (11,9%) o anche *"il covid non è pericoloso"* (9,1%); ovvero *"ho già avuto il Covid quindi no"* (2,8%). Ancora una volta, dunque, motivazioni collegate a informazioni scientificamente non fondate vengono poste alla base della non adesione al vaccino.

Non trovano spazio invece argomentazioni legate alle convinzioni culturali/religiose delle persone intervistate, che vengono riportate come ragioni per la non adesione o l'incertezza solo nel 3,4% dei casi.

In conclusione, si rileva come **il processo di formazione della volontà piena e consapevole rispetto ad una scelta di tutela della propria salute sia determinato da informazioni non complete o non corrette.**

Le motivazioni del no/non so sulla disponibilità a vaccinarsi

RISPOSTE	(%)
NON HO FIDUCIA NEGLI OPERATORI SANITARI E/O DELLE INFORMAZIONI CHE DANNO	15,3
IL COVID-19 NON È PERICOLOSO	9,1
IL VACCINO NON È OBBLIGATORIO QUINDI NON SERVE	11,9
IL VACCINO PUÒ ESSERE PERICOLOSO	46,0
LE VACCINAZIONI NON RISPETTANO LE MIE CONVINZIONI CULTURALI E/O RELIGIOSE	3,4
PERCHÉ HO GIÀ AVUTO IL COVID-19	2,8
ALTRE MOTIVAZIONI	23,9

4. Quale è la fonte informativa principale delle persone; quella che orienta le loro scelte rispetto al vaccino?

La maggior parte delle risposte ottenute evidenzia come la fonte informativa principale, in grado di contribuire alla formazione di una volontà/scelta sulla sottoposizione al vaccino, sia rappresentata dalla televisione/radio (50,0%); seguita dall'averne parlato con un amico/connazionale (39,4%). Per oltre un terzo del campione, poi, hanno rilevanza anche le informazioni acquisite tramite i social network.

Meno importante una potenziale fonte diretta: ovvero l'informazione fornita dall'operatore sanitario, dichiarata solo da 1 intervistato ogni 10.

Si conferma poco rilevante anche in questa batteria di risposte il riferimento della propria comunità religiosa, con cui afferma di aver parlato di questo argomento l'8,3% degli intervistati.

Le fonti informative, analizzate in relazione alle altre variabili, pongono in risalto come a rivolgersi a TV e radio siano soprattutto le persone che sono in Italia da 1/5 anni e anche di più, compresi gli italiani; mentre per chi è da meno di un anno conta di più il canale informativo rappresentato da un amico/connazionale (certamente anche per le problematiche connesse alla comprensione della lingua).

Chi è presente da meno di 1 anno o da 1/5 anni (le due fasce di permanenza più brevi) è anche chi ha utilizzato di più la fonte dell'operatore sanitario. Emerge dunque piuttosto chiaramente non solo come le persone sviluppino la propria idea rispetto al vaccino avvalendosi di fonti mediate non ufficiali rispetto al tema (scarso è il ricorso al personale medico); ma anche che l'informazione pubblica fornita (da radio e tv) non sia completa ed esaustiva circa le caratteristiche, i pro e i contro della vaccinazione, o per lo meno, in grado di abbattere la sfera di dubbio e sfiducia verso la stessa.

Disponibilità a vaccinarsi: fonte delle informazioni

FONTE INFORMAZIONI	DISPONIBILITÀ A VACCINARSI			TOTALE N° (%)
	SI N° (%)	NO N° (%)	NON SO N° (%)	
NE HO PARLATO CON UN AMICO/UN CONNAZIONALE	43 (34,1)	47 (41,2)	29 (46,8)	119 (39,4)
NE HO PARLATO CON LA MIA COMUNITÀ RELIGIOSA	9 (7,1)	5 (4,4)	11 (17,7)	25 (8,3)
LE HO LETTE/SENTITE SU UN SOCIAL NETWORK	43 (34,1)	28 (24,6)	29 (46,8)	100 (33,1)
NE HO PARLATO CON UN OPERATORE SANITARIO	21 (16,7)	8 (7,0)	4 (6,4)	33 (10,9)
LE HO SENTITE IN TV/ALLA RADIO	73 (57,9)	45 (39,5)	33 (53,2)	151 (50,0)
ALTRA FONTE	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

5. In conclusione: si deve fare di più!

Dall'analisi delle risposte fornite emergono, in sintesi e in conclusione, alcune piste di riflessione e di intervento:

- I pregiudizi rispetto al vaccino sono piuttosto trasversali ad una serie di variabili, e attraversano caratteristiche come la durata del soggiorno in Italia, ovvero il livello di istruzione, senza particolari distinzioni. L'attitudine di adesione al vaccino è per certi versi polarizzata fra chi è appena (o quasi) arrivato e chi è da più tempo in Italia, così come c'è maggiore inclinazione fra chi ha un livello medio-basso di istruzione piuttosto che fra chi non ne ha nessuno e chi ha un'istruzione di livello secondario/universitario. Questo sembra attestare la duplice necessità di: **semplificare e diffondere il più possibile una corretta informazione rivolta ai primi (senza alcun livello d'istruzione) e affinare gli strumenti informativi rivolti ai secondi (diplomati/laureati).**

- Una variabile significativa è quella rappresentata dalla provenienza geografica: c'è chiaramente più resistenza fra chi proviene dai paesi dell'Africa subsahariana (prevalentemente dalla Nigeria) - e questo è un dato che era stato già riportato dagli operatori della rete dell'accoglienza e che ha trovato conferma nelle interviste del presente monitoraggio - piuttosto che fra i cittadini asiatici (prevalentemente pakistani e del Bangladesh), che sono più inclini a farsi vaccinare.

Si tratta di un dato importante, che richiede dunque un **più mirato e meno generalizzato sforzo comunicativo, un linguaggio e strumenti specificamente rafforzati, attraverso l'ausilio della mediazione interculturale, in grado di veicolare meglio il messaggio dell'importanza dell'obbligo vaccinale.**

La mancanza di una campagna informativa specifica e mirata crea in generale, in tutto il campione indagato, **una bassa propensione ad aderire all'eventuale offerta vaccinale e su questo, ad avviso delle scriventi organizzazioni, è necessario intervenire quanto prima**, proprio per limitare i contagi, le sintomatologie gravi, le ospedalizzazioni, al fine di favorire per tutte le persone socialmente più fragili - italiane e straniere - l'acquisizione del grado di consapevolezza necessario ad accettare la vaccinazione come strumento di tutela della salute individuale e collettiva.

Appendice
Vaccinazione alle persone socialmente fragili
Tappe principali di un percorso di *advocacy*

12 gennaio 2021: prima riunione mensile dell'anno del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) con all'ordine del giorno come garantire la vaccinazione a persone senza tessera sanitaria. Si fa presente come nel portale AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) sia prevista la vaccinazione per gli STP ma poi è richiesta la tessera sanitaria. Si verifica la possibilità di far modificare tale impostazione.

3 febbraio 2021: l'AIFA recepisce la richiesta di piena inclusione dei soggetti socialmente fragili nella campagna di vaccinazione e indica - nella sezione "FAQ - Vaccini COVID-19" del proprio sito - i documenti necessari per accedere al vaccino (TS, TEAM, STP, ENI, CF temporaneo, qualsiasi documento anche scaduto, auto dichiarazione), indicandone operativamente le procedure.

4 febbraio 2021: lettera del TIS al Ministro della Salute, on. Speranza, avente per oggetto "*Richiesta di Indicazioni Nazionali per una campagna vaccinale anti-SARS-CoV-2/COVID-19 realmente inclusiva dei soggetti socialmente più fragili*".

9 febbraio 2021: pubblicate dal Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, ISS, Agenas, Aifa le nuove "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19"; in particolare l'obiettivo specifico è quello di stabilire l'ordine di priorità con particolare rilievo a considerazioni di carattere sanitario, definito sulla base del criterio del maggior rischio di letalità correlato al Covid-19. Non si fa più riferimento ai gruppi sociodemografici a rischio significativamente più elevato di malattia grave e morte citati nel precedente Piano Strategico (12 dicembre 2020).

25 febbraio 2021: presentato il secondo monitoraggio del Tavolo Asilo Immigrazione (TAI) e del TIS su "Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi d'accoglienza in Italia" con la richiesta dell'inclusione nel piano vaccini della popolazione socialmente fragile.

10 marzo 2021: pubblicate dal Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, ISS, Agenas, Aifa le nuove "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19". Tra le "altre categorie prioritarie" sono considerate le "Comunità residenziali" (Socio-Sanitarie, civili, religiose, etc.).

24 aprile 2021: ordinanza n. 7 del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID 19, Generale Figliuolo, con l'indicazione di vaccinare "*individui non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale*" (cittadini italiani iscritti all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero...; i dipendenti delle Istituzioni dell'Unione Europea ...; gli agenti diplomatici e il personale amministrativo delle missioni diplomatiche ...; il personale di enti e organizzazioni internazionali ...).

30 aprile 2021: interrogazione da parte dell'on. Maggi a risposta scritta (atto 4-09145) al Ministro alla Salute, per sapere "quali indicazioni siano state date a livello nazionale per consentire la vaccinazione a chi si trova sul territorio italiano, ma non è in possesso di documenti quali tessera sanitaria, documento di identità o codice fiscale".

31 maggio 2021: lettera del TIS al Commissario Straordinario Figliuolo, avente per oggetto "*Richiesta urgente di Indicazioni nazionali per porre fine alle disparità di accesso alla campagna vaccinale anti-SARS-Cov2/COVID-19*", sulla necessità di comprendere operativamente la vaccinazione alle persone senza tessera sanitaria e socialmente fragili (STP, ENI, CF temporanei).

18 giugno 2021: Nota del Ministero della salute su "*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*". Si specifica che nonostante questo vaccino debba essere somministrato agli over 60aa, si prevede che, "previo parere del Comitato etico territorialmente competente", possa essere "utilizzato nel caso di campagne vaccinali specifiche per popolazioni non stanziali ... e, più in generale, per i cosiddetti gruppi di popolazione *hard to reach*".

5 luglio 2021: Nota SIMM su circ. min. 18/6/21 e criticità vaccinali *"Vaccini: garantire uno stesso livello di tutela della salute e della dignità per tutti gli esseri umani"*; in particolare si chiede una attenzione sul piano etico in quanto una controindicazione medica (vaccino Janssen per gli over 60) viene superata in deroga, rischiando di relativizzare la tutela della salute di quella che nella circolare è la popolazione genericamente definita "hard to reach", definizione che spesso viene estesa a persone che in realtà non appartengono a questa "categoria".

8 luglio 2021: l'Istituto Superiore di Sanità pubblica il Rapporto Covid (n. 16 del 2021) dal titolo: *"Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim"* che, al punto 1.4. *"Comunità di stranieri e italiani presenti nei centri di prima, seconda accoglienza, trattenimento e in altre situazioni critiche"* chiarisce l'opportunità di un approccio *"inclusivo"* alla vaccinazione nelle strutture d'accoglienza e lascia intravedere l'importanza di un'azione pro-attiva per la popolazione di *"senza dimora non presenti nelle strutture in accoglienza (ma intercettati da mense, ambulatori, cliniche mobili o altre servizi di offerta attiva sul territorio); palazzi occupati; campi Rom; altri insediamenti informali"*.

fine luglio 2021: pubblicazione del Terzo Monitoraggio dal titolo *"Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il Covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia"* da parte del Tavolo Asilo e Immigrazione -TAI e del Tavolo Immigrazione e Salute – TIS.