

PAPER
Marzo 2021

di Sara Morlotti

Rilevanza dell'emergenza sanitaria da Covid-19 nei paesi d'origine dei richiedenti asilo: indici di rischio e valutazione dei tribunali

***RILEVANZA DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19
NEI PAESI D'ORIGINE DEI RICHIEDENTI ASILO: INDICI DI RISCHIO E
VALUTAZIONE DEI TRIBUNALI***

di Sara Morlotti, Ricercatrice Settore Legislazione Fondazione ISMU

Nei mesi scorsi, la Sezione specializzata del Tribunale di Milano, insieme ad altre sul territorio nazionale, ha preso in considerazione il rischio di esposizione al contagio da Covid-19 dei ricorrenti in sede di giudizio per il riconoscimento della Protezione Internazionale (status di rifugiato e protezione sussidiaria) o di una qualche altra forma di tutela quanto al soggiorno, in particolare della protezione umanitaria, e comunque in relazione al rischio di un loro rimpatrio¹. Tale analisi si è rivelata particolarmente interessante e non priva di spunti socio-giuridici nella valutazione di ciò che ormai da quasi un anno è considerata una situazione di emergenza sanitaria globale.

Per la prima volta dal secondo dopoguerra, l'Europa si trova a dover gestire una crisi sanitaria ed economica che ha colpito trasversalmente tutti i paesi del mondo. In tale contesto, è apparso opportuno ai giudici prendere in considerazione e analizzare il rischio di rimpatrio e quello di soggiorno senza permesso alla luce dell'evento pandemico.

1. Asylum trends and Covid

In relazione al primo, va preliminarmente osservato che l'11 giugno 2020 l'Ufficio Europeo di sostegno per l'asilo (EASO) ha pubblicato un secondo rapporto su "[Asy-](#)

¹ Cfr. Tribunale di Milano, decreto del 14 maggio 2020, sospensione causa Covid-19 dell'efficacia esecutiva del provvedimento della Commissione Territoriale per l'asilo; id., decreto del 21 aprile 2020, sospensiva al rimpatrio per emergenza Covid-19. Da ultimo: id., decreto del 16 dicembre 2020, sempre di accoglimento di richiesta di sospensiva.

[lum trends and Covid-19](#)” (il primo era stato pubblicato a luglio), nel quale viene affrontato il tema della correlazione tra l'emergenza legata alla pandemia e la richiesta di asilo politico. Tale testo può costituire, anche in considerazione all'organismo che l'ha adottato, un punto di riferimento per l'autorità giudiziaria nelle decisioni in materia di protezione internazionale.

Tra gli altri argomenti, il Report di EASO evidenzia come **il quadro ufficiale dei dati può essere gravemente distorto dal basso numero di “tamponi” effettuati, nonché dalla scarsa qualità dell'informazione e della raccolta dati nei Paesi d'origine.** È emersa la mancanza di una vera classificazione dei decessi causati del virus, non risultando alcuna distinzione, ad esempio, rispetto ai decessi avvenuti per altre cause. I dati ufficiali sui soggetti risultati positivi e i decessi si rivelano del tutto insufficienti a inquadrare i reali fattori di rischio dei diversi paesi di origine dei richiedenti.

Uno strumento utile per una adeguata valutazione del rischio legato alla situazione epidemica cui sarebbe esposto il richiedente asilo in caso di rimpatrio è costituito dall'INFORM COVID-19 *Risk Index* e dall'INFORM COVID-19 *Warning*, strumenti elaborati dal *Joint Research Centre*, in collaborazione con UN OCHA, che mirano a identificare i paesi a rischio per l'impatto in ambito sanitario e umanitario della pandemia.

In particolare, INFORM COVID-19 *Risk Index* prende considerazione svariati fattori di rischio strutturali, ovvero quelli preesistenti allo scoppio della crisi, e li analizza alla luce delle peculiarità dell'odierna epidemia.

L'[INFORM COVID-19 Warning](#) fornisce, invece, un quadro più dinamico e aggiornato di come quest'ultima si stia evolvendo, di come interagisca sia con altri pericoli, con la vulnerabilità e la capacità di far fronte al rischio di crisi, sia con altri indicatori che, sebbene non direttamente correlabili al coronavirus, aumentano il livello di rischio e l'impatto sul paese in analisi (a titolo esemplificativo si fa riferimento a crisi umanitarie preesistenti, o alla suscettibilità ad eventi calamitosi, al sistema politico e sanitario ecc.).

Più precisamente, i fatti analizzati, direttamente correlati al Covid19, afferiscono alle seguenti tre sfere:

1. “*hazard and exposure*”: comprende tutti i fattori relativi alla possibilità di esposizione al virus, quali ad esempio la densità demografica, l'accessibilità

- all'acqua corrente o la restrittività delle misure imposte;
2. “*vulnerability*”: comprende tutti i fattori relativi alle vulnerabilità intrinseche quali quelle socioeconomiche o relative alla composizione demografica;
 3. c.d. “*coping capacity*”: prende in considerazioni fattori quali le risorse del sistema sanitario atte a valutare la capacità del sistema di fronteggiare e gestire gli effetti e le conseguenze della situazione epidemica in atto.

Figura 1 - indici utilizzati Inform Covid

Risk	INFORM COVID-19 RISK					
Dimension	RISK FORMULA					
	Hazard & Exposure		Vulnerability		Lack of Coping Capacity	
Category	P2P		GEOMETRIC AVERAGE		GEOMETRIC AVERAGE	
	ARITHMETIC AVERAGE		INFORM Vulnerability	Covid-19 Vulnerability	INFORM Lack of Coping Capacity	Covid-19 Lack of Coping Capacity
	WaSH	Population				

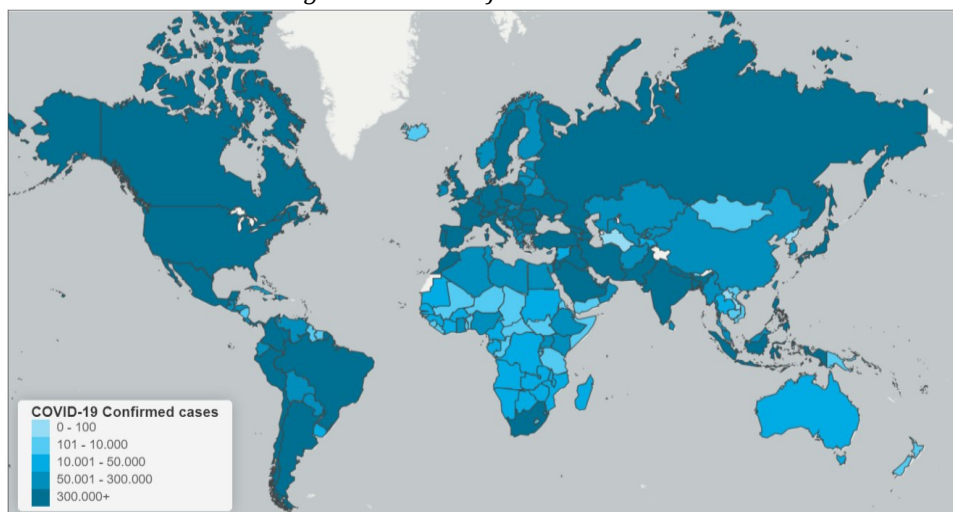
Fonte: Joint Research Centre

Secondo tali composti parametri, per farsi una idea, l'INFORM COVID-19 Risk per l'Italia è di 3.2 (*low level*), un rischio considerato basso secondo i calcoli effettuati, sebbene i contagi secondo la stessa piattaforma siano ormai oltre i 3 milioni di persone e i decessi circa 105 mila.

I Paesi invece con più alto indice di rischio, per nominarne alcuni, sono: Afghanistan, Angola, Bangladesh, Burundi, Cameroon, Repubblica Centro Africana, Chad, Congo, Costa d'Avorio, Eritrea, Etiopia, Somalia ecc.

Paradossalmente, sono i Paesi che a colpo d'occhio hanno meno contagi in atto, come si può osservare dai dati OMS:

Figura 2 - Casi confermati Covid-19



Fonte: OMS, 29 gennaio 2021

2. Alcuni esempi di indice di rischio in Paesi d'origine

Per dare concretezza a quanto detto è utile applicare gli indici di cui sopra ad alcuni Paesi d'origine dei richiedenti asilo in Italia.

Da una lettura dei dati disponibili, emerge, ad esempio, che **in Gambia** i casi totali di contagiati secondo le statistiche ufficiali al 19 febbraio sono 4.510 e i decessi soltanto 139. Sembrano dati irrisori, che suggeriscono una bassa diffusione del virus e poche conseguenze dannose. Tuttavia, secondo la lettura delle fonti di cui sopra, lo stesso Paese ha un indice di rischio pari a 5,7 (*high level* secondo i parametri dello studio) e si trova al trentunesimo posto al mondo per gravità di rischio.

La popolazione totale in Gambia è di 2,28 milioni e la densità di popolazione è molto bassa (153 ab. /km²). Secondo i dati del [Ministero della salute gambiano](#) sono solo circa 37mila i tamponi effettuati da marzo a gennaio 2021. L'unica struttura per analizzare i test nel paese è l'Unità MRC The Gambia.

Vi sono poi elementi di carattere socioeconomico che, come in altri Paesi dell'Africa sub-sahariana, portano a un alto indice di rischio da Covid-19.

Nonostante il crescente contagio il governo del Gambia ha revocato le restrizioni legate alla pandemia, consentendo a imprese, mercati, scuole, ristoranti, bar, palestre, cinema e night club di riprendere le normali operazioni. Le frontiere terrestri e marittime sono state riaperte il 16 ottobre, mentre l'aeroporto ha aperto ufficialmente il 31 dello stesso mese. Secondo il sito Ambasciata U.K. in Gambia "Covid-19

Information” sono poche le norme di sanità pubblica rimaste in vigore, tra cui l’obbligo di indossare mascherine e restrizioni alle riunioni pubbliche.

Si noti che il 40% della popolazione ha meno di 14 anni e il 60% meno di 25 (*Gambia Bureau of Statistics, 2016 Statistical Abstract*, su *gbos.gov.gm*): l’alta percentuale di persone giovani e giovanissime all’interno della popolazione e la bassa densità abitativa concorrono al basso numero registrato di decessi da Covid19, ma ciò non significa che la malattia sia meno rischiosa o meno complessa da gestire per una Paese con un sistema sanitario praticamente inesistente.

La maggior parte delle poche strutture sanitarie si trova nelle aree urbane e ciò significa che l’accesso alla sanità nelle aree rurali non è garantito. In generale poi tutte le strutture lamentano carenza di personale qualificato, strumentazione medica e approvvigionamento di materiale e medicinali. Il Gambia dispone di 1,2 medici per 10.000 abitanti, a fronte di minimo di 23 medici per 10mila abitanti raccomandato dall’OMS (*Medical Doctors per 10.000 population – World Health Organization*). La medicina tradizionale costituisce spesso il primo aiuto per una parte significativa dei cittadini in quanto i guaritori sono molto presenti sul territorio, più accessibili nelle aree rurali e accettano pagamenti in natura o dilazionati nel tempo venendo incontro alle necessità dei pazienti più poveri.

Così come il Gambia, anche il **Bangladesh** ha un rischio molto alto: il suo indice di rischio è calcolato a 5.2 (*high level*). Questo Paese ha una popolazione di circa 169 milioni abitanti e un’alta densità abitativa. I casi registrati di contagio al 19 febbraio sono 542mila e le morti 8.329, tutti dati, seppur modesti, in incremento. L’indice di rischio è aumentato da diversi fattori socioeconomici tra cui la mancanza di forme di sostegno al reddito, l’alto livello di inflazione, la chiusura delle scuole.

Tra i Paesi con il più alto livello di rischio vi è anche l’**Afghanistan**: 6.8 (*very high level*). I contagi sarebbero quasi 60mila e i decessi quasi tremila. Tra i parametri che concorrono all’innalzamento del livello di rischio vi sono la totale mancanza di restrizioni di movimento della popolazione, l’inesistenza di misure di sostegno economico, la scarsa campagna di informazione pubblica. E si potrebbe andare avanti ancora, analizzando diversi Paesi il cui livello di rischio è alto nonostante la poca tracciabilità dei contagi e dei decessi causati dal virus.

3. Riconoscimento di una qualche forma di protezione nazionale alla luce dell'indice di rischio e del conseguente divieto di respingimento

Le fonti sopra richiamate offrono un quadro dell'impatto della pandemia in alcuni Paesi d'origine dei richiedenti asilo, da leggere in chiave individualizzata, tenendo conto anche delle specifiche condizioni personali degli interessati.

Tale quadro ha dato alle Commissioni territoriali e alle Sezioni specializzate dei Tribunali diversi elementi per effettuare una valutazione del rischio che, ove considerato di portata sufficientemente grave, può dare origine a un divieto di respingimento.

Il Tribunale di Milano è una delle corti che hanno dato rilievo alla valutazione del rischio di contagio da Covid-19 per i richiedenti asilo.

Ciò considerando due profili: da una parte, secondo la prospettiva di cui sopra, il rischio per la salute dell'interessato che deriverebbe dal suo rimpatrio in un paese dove non vi sono adeguate misure di risposta alla pandemia; dall'altro, l'esigenza per l'Italia che lo straniero presente sul territorio abbia comunque un permesso di soggiorno per accedere pienamente al sistema sanitario nazionale e ricevere se del caso un'assistenza rispetto al Covid19 con anche le relative misure a tutela della salute collettiva (tracciamento, quarantena ecc.).

Sul primo, quello del rischio da rimpatrio, anche altre corti italiane si sono recentemente espresse. Il Tribunale di Napoli, con decreto del 25.6.2020 ha riconosciuto la protezione umanitaria a un richiedente pakistano, in ragione del rischio a cui andrebbe incontro in caso di rientro nel paese di origine in conseguenza della pandemia da Covid19 anche per l'inadeguatezza del sistema sanitario ivi esistente. Dalle fonti di informazione, emerge in Pakistan una prevalenza di strutture sanitarie a pagamento con pochi ospedali pubblici ai quali possano rivolgersi anche coloro che versano in condizione di povertà. La Corte d'appello di Bari, con sentenza n. 1208/2020, ha riconosciuto la protezione umanitaria ad un richiedente asilo del Senegal, che aveva fondato la sua domanda sulla condizione di estrema povertà nel Paese di origine, per la quale era stato costretto a lasciarlo. La Corte ha effettuato una comparazione tra l'ottima integrazione sociale in Italia e la situazione economico-sociale in Senegal, riscontrando in esso un'iniqua distribuzione della ricchezza ed un elevatissimo tasso di disoccupazione, aggravatasi ancora di più a seguito della

pandemia mondiale da Covid19 e resa problematica nei suoi risvolti quanto alla tutela della salute dall'inadeguatezza del sistema sanitario².

Con riferimento al principio del *non refoulement*, con riguardo alla pandemia, il Tribunale di Milano ha osservato come la Corte di giustizia dell'Unione europea³ abbia affermato che specifiche carenze sistematiche quanto alla tutela della salute, tanto generalizzate quanto destinate a colpire gruppi determinati di persone (nella specie i migranti nei paesi europei) raggiungono livelli tali da integrare gli estremi del "trattamento degradante" quando si supera una determinata soglia di gravità delle carenze. Secondo la Corte europea, ciò si ha quando *"una persona completamente dipendente dall'assistenza pubblica si verrebbe a trovare, a prescindere dalla sua volontà e dalle sue scelte personali, in una situazione di estrema deprivazione materiale che non le consentirebbe di far fronte ai suoi bisogni più elementari quali, segnatamente, nutrirsi, lavarsi e disporre di un alloggio, e che pregiudicherebbe la sua salute fisica o psichica o che la porrebbe in uno stato di degrado incompatibile con la dignità umana"*.

Su tale base, nel caso oggetto del giudizio, il Tribunale, comparando le condizioni di vita di un richiedente asilo nel nostro Paese e quelle in cui verrebbe a trovarsi la persona nel Paese d'origine, ha ravvisato, secondo la logica di cui sopra, una drammatica sproporzione nei due contesti di vita in particolare quanto alla tutela del diritto alla salute, con rischi accentuati dalla pandemia.

4. Diritto alla salute dei richiedenti asilo e necessità di accesso completo alle cure all'interno del sistema sanitario nazionale

Come già accennato, nella valutazione dei casi di richiedenti asilo "denegati", ossia non meritevoli secondo la competente commissione di ricevere un qualche permesso dopo l'esame della domanda, secondo il Tribunale di Milano non può prescindersi dalla considerazione anche di un secondo aspetto relativo alla eccezionale emergenza sanitaria determinata dall'epidemia: le misure adottate in Italia per contrastarla e le relative esigenze.

² Rassegna di giurisprudenza italiana in dirittoimmigrazione.cittadinanza.it, a cura di Flamini-Zorzella.

³ CGUE, sent. del 19.3.2019, nelle cause C-163/17 e C-297/17 e altre.

Tali misure trovano fondamento costituzionale nelle limitazioni alle libertà di circolazione e soggiorno per “motivi di sanità e sicurezza”. Al fine di contrastare la diffusione dell’epidemia, il Governo ha dichiarato lo stato di emergenza. Con successivi decreti sono state imposte progressive, stringenti limitazioni al movimento delle persone, a tutela della salute individuale e collettiva. A tutela della salute individuale e collettiva, l’Istituto Superiore della Sanità (ISS), in collaborazione con l’*European Centre for Disease Control* e il Ministero della Salute, ha inoltre diffuso, il 9 marzo 2020, prescrizioni per le persone che presentino sintomi della malattia. Le istruzioni dell’ISS prevedono che la persona con sintomi debba restare in casa e consultare il medico di famiglia, il pediatra o la guardia medica; non debba accedere al pronto soccorso per evitare di contagiare altre persone; sia sottoposta a un test sulla presenza del virus quando il medico di famiglia lo ritenga necessario.

E allora, osserva il Tribunale, laddove dopo l’esame della domanda si negasse un qualsiasi permesso al richiedente asilo si **determinerebbe l’impossibilità di osservanza delle prescrizioni dell’ISS a tutela della salute individuale e collettiva precludendosi un pieno accesso del richiedente al servizio sanitario nazionale e in particolare alle cure del medico di famiglia**. La legge infatti consente al richiedente asilo che in esito della domanda si vede negare un qualsiasi permesso di soggiorno, solo l’accesso a cure “ospedaliere”, urgenti o essenziali, e gli preclude invece di rivolgersi a un medico di famiglia per l’avvio, come richiesto dall’ISS, delle procedure di monitoraggio e verifica della malattia al di fuori del circuito ospedaliero, con conseguente incremento del rischio per la salute individuale e collettiva.

Ciò ha indotto la Sezione Specializzata del Tribunale di Milano a ritenere che il richiedente asilo denegato - ma non rimpatriabile per le ragioni di cui sopra - debba nell’attuale contesto sanitario mantenere la posizione di regolarmente soggiornante.

5. Conclusioni

Alla luce di quanto esposto, emerge chiaramente come la materia della protezione internazionale e del diritto d’asilo sia in perenne evoluzione e da essa possano scaturire diversi spunti di riflessione. La tutela deve non solo confrontarsi con le continue novelle legislative ma anche costantemente aggiornarsi seguendo l’evoluzione del contesto geopolitico.

L'analisi del rischio di esposizione al contagio da Covid19 delle persone migranti consente una visione peculiare del fenomeno, facendo emergere, da un particolare punto di vista, la sua dimensione globale.

La correlazione di parametri sociali e politici ai dati relativi a contagi e decessi apre poi in particolare prospettive interessanti. Ad esempio, la rilevanza attribuita alla necessità, amplificata dal contesto di pandemia, di avere pieno controllo delle persone soggiornanti sul territorio.

La regolarità del soggiorno in quest'ultima prospettiva non solo aumenta le chance di integrazione sociale, ma diviene elemento essenziale e necessario di ordine e salute pubblica. Infine la considerazione globale dei vari indici analizzati per valutare il rischio in relazione all'ipotesi di un rimpatrio (densità demografica, accessibilità di acqua corrente, crisi umanitarie preesistenti, suscettibilità ad eventi calamitosi, sistema economico, politico e sanitario) permette di ampliare lo sguardo sulle condizioni di vita reali nei paesi d'origine dei richiedenti protezione, favorendo una lettura più consapevole dei complessi motivi che sottendono ai loro percorsi migratori verso il cosiddetto "primo mondo".



Fondazione ISMU è un ente scientifico indipendente che promuove studi, ricerche, formazione e progetti sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali. ISMU collabora con istituzioni, amministrazioni, terzo settore, istituti scolastici, aziende, agenzie internazionali e centri di ricerca scientifica italiani e stranieri.