



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE MEDICHE GENERALI E SCIENZE DEI SERVIZI

Ciclo 37

**Settore Concorsuale: 06/M1 – IGIENE GENERALE E APPLICATA, SCIENZE
INFERMIERISTICHE E STATISTICA MEDICA**

Settore Scientifico Disciplinare: MED/01 - STATISTICA MEDICA

**MIGRAZIONE, MARGINALITÀ E BIOPOLITICHE DELLA SALUTE:
UNA RICERCA MULTIMETODOLOGICA SULL'EQUITÀ E LE CURE
PRIMARIE A BOLOGNA**

Presentata da: Leonardo Mammana

Coordinatore Dottorato

Susi Pelotti

Supervisore

Jacopo Lenzi

Co-supervisor

Chiara Bodini

Túlio Batista Franco

Esame finale anno 2026

Migrazione, marginalità e biopolitiche della salute: una ricerca multimetodologica sull'equità e le cure primarie a Bologna

Abstract

Decenni di ricerche hanno documentato la persistenza di disuguaglianze di salute, in particolare per le persone con background migratorio ed esposte a marginalizzazione sociale. Resta tuttavia poco esplorato in che modo i servizi sociosanitari contribuiscano a ridurre (o, al contrario, a riprodurre) tali disuguaglianze.

Per approfondire tali dinamiche, nel 2021 è stata avviata a Bologna una ricerca in collaborazione con il Dipartimento di cure primarie e il Gruppo migranti e vulnerabilità dell'Azienda USL di Bologna.

Lo studio adotta un approccio multimetodologico, combinando:

- Uno studio osservazionale retrospettivo sulle disuguaglianze nelle ospedalizzazioni evitabili (OE) tra cittadini italiani, migranti residenti e persone con tessera STP (Straniero temporaneamente presente), basato sull'analisi delle Schede di dimissione ospedaliera nel periodo 2005-2024.
- Un'analisi qualitativa etnografica dei servizi sociosanitari rivolti a persone migranti, attraverso osservazioni partecipanti e interviste semistrutturate a operatori, per esplorare bisogni di salute e caratteristiche organizzative;

Lo studio quantitativo ha evidenziato un rischio significativamente maggiore di OE per le persone migranti (odds ratio = 1,67) e soprattutto per le persone con STP (odds ratio = 2,58), confermando la presenza di barriere consistenti nell'accesso alle cure primarie. L'analisi qualitativa ha coinvolto 20 servizi sanitari e sociali, mettendo in luce barriere di accesso strutturali, frammentazione organizzativa e carenze di governance interistituzionale orientata all'equità. Sono emerse alcune buone pratiche legate all'accessibilità e alla centralità della persona, ma prevalentemente circoscritte a singole esperienze.

Assumendo una prospettiva di determinazione sociale, lo studio mostra come le disuguaglianze osservate riflettano processi di esclusione e razzismo strutturale, che si manifestano tanto nelle politiche migratorie quanto nell'organizzazione dei servizi, configurando gli spazi sociosanitari come luoghi di riproduzione delle disuguaglianze. Alcune pratiche orientate all'equità agiscono in contrasto a questi meccanismi, ma in assenza di una governance strutturata, interistituzionale e partecipativa, restano esperienze frammentate e poco influenti.

Lo studio sottolinea, infine, il valore di un impianto multimetodologico come strumento per comprendere i processi di disuguaglianza e supportare il rafforzamento dei servizi.

Premessa

Il presente lavoro si inserisce nel dibattito scientifico sul rapporto tra migrazioni, salute e organizzazione dei servizi, con l'obiettivo di analizzare le disuguaglianze di salute nel territorio bolognese e di esplorare in che modo i servizi sociosanitari possano contribuire alla loro riproduzione o, al contrario, al loro contrasto. Attraverso un'analisi integrata dei bisogni di salute e delle pratiche organizzative, la ricerca intende offrire elementi utili a una riflessione su come processi strutturali influenzano disuguaglianze ed equità. La ricerca è ispirata ad un approccio di ricerca azione e adotta un disegno multimetodologico che integra un'analisi quantitativa delle ospedalizzazioni evitabili e uno studio qualitativo-etnografico volto a esplorare bisogni di salute, determinanti sociali, percorsi migratori e modelli organizzativi dei servizi territoriali. Lo sforzo è stato quello di proporre un approccio innovativo, combinando strumenti epidemiologici a quelli qualitativo-etnografici, e di adottare una cornice teorico-critica ispirata alla determinazione sociale della salute, e agli studi biopolitici e postcoloniali.

Il lavoro rappresenta il risultato di un percorso maturato da una postura privilegiata, prossima e interna ai servizi, che ha consentito un accesso diretto ai contesti organizzativi e alle pratiche quotidiane di cura. Tale percorso è stato possibile grazie al coinvolgimento, alla disponibilità e alla partecipazione attiva di numerosi professionisti dell'AUSL di Bologna, dei servizi sociali e del terzo settore. Un contributo particolare è stato offerto dalle professioniste del Gruppo e dell'Équipe Migranti e vulnerabilità dell'AUSL di Bologna, dalla Unità Operativa di Epidemiologia del Dipartimento di Sanità Pubblica e da molti altri servizi territoriali.

Il lavoro si è inoltre avvalso della collaborazione scientifica del Centro di Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna ed è stato arricchito dall'esperienza di studio presso l'Istituto di Salute Collettiva dell'Universidade Federal Fluminense, che ha contribuito ad ampliare lo sguardo teorico e comparativo.

Il testo è articolato in sei capitoli: il primo inquadra la letteratura di riferimento e la cornice teorico-critica; il secondo descrive le metodologie adottate; il terzo presenta i risultati quantitativi; il quarto i risultati qualitativi; il quinto propone una discussione integrata dei risultati alla luce della cornice analitica; il sesto espone le conclusioni.

Si precisa infine che nel testo viene utilizzata, per ragioni di semplificazione linguistica, la forma grammaticale del maschile sovraesteso, pur nella consapevolezza che essa non è rappresentativa della pluralità delle soggettività coinvolte. Quando possibile, sono state adottate formulazioni inclusive.

Indice

Capitolo 1 - Introduzione

1.1 - Migrazione, salute e accesso alle cure	8
1.2 - Determinazione sociale e teorie critiche	15
1.3 - Contesto, razionale e obiettivi della ricerca	25

Capitolo 2 - Metodologia

2.1 - Premessa	30
2.2 - Analisi delle ospedalizzazioni evitabili nell'Azienda USL di Bologna	31
2.3 - Analisi qualitativa-etnografica dei bisogni di salute e delle caratteristiche organizzative dei servizi sociosanitari	36
2.4 - Integrazione multimetodologica	38

Capitolo 3 - Risultati: disuguaglianze nelle ospedalizzazioni evitabili tra cittadini italiani, immigrati residenti e con tessera STP

3.1 - Introduzione	40
3.2 - Esclusioni e caratteristiche del campione di studio	42
3.3 - Odds ratio di OE per immigrati residenti e STP	47

Capitolo 4 - Risultati dell'analisi qualitativa-etnografica

4.1 - Introduzione	51
4.2 - Persone e bisogni di salute	57
4.3 - Caratteristiche organizzative e approccio alla cura	69
4.4 - Evoluzione dei servizi, governance e politiche locali	109

Capitolo 5 - Discussione: bisogni di salute, equità e riproduzione di disuguaglianze

5.1 - Introduzione	122
5.2 - Bisogni, determinanti e disuguaglianze di salute	123
5.3 - Le pratiche dei servizi: tra produzione di equità e riproduzione di disuguaglianze	137
5.4 - Biopolitiche, razzismo strutturale e servizi sanitari	158
5.5 - Metodologia: riflessioni e limiti	170
5.6 - Considerazioni finali: Per una pratica decoloniale e antirazzista	172

Capitolo 6 - Conclusioni

Bibliografia

Acronimi

AUSL: Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

ASP: Azienda Servizi alla Persona

ASCS: Ambulatory Care Sensitive Conditions

BINA: Breve Indice di Non Autosufficienza

CAS: Centri di Accoglienza Straordinaria

CASA: Centro Attività e Servizi AIDS

CIAPI: Coordinamento Interistituzionale Accoglienza e Protezione Internazionale

COT: Centrali Operative Territoriali

CRA o RSA: Case Residenza per Anziani o Residenze Sanitarie Assistenziali

CSM: Centri di Salute Mentale

CSI: Centro di Salute Internazionale e Interculturale

CUP: Centro Unico di Prenotazione

DM-DS: Disagio Mentale e Sanitario

ENI: Europeo Non Iscritto

ETI: Équipe Territoriale Integrata

FAMI: Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione

GEA: Grave Emarginazione Adulta

GMV: Gruppo Migranti e Vulnerabilità

GVM: Gruppo Vulnerabilità e Migranti

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ICD-9-CM: International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification

MGF: Mutilazioni Genitali Femminili

MSNA: Minore Straniero Non Accompagnato

NPIA: Neuropsichiatria Territoriale

OE: Ospedalizzazioni Evitabili

ODG: Oneri di Degenza

OIM: Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

OR: Odds Ratio

PCAP: Punti di Coordinamento Assistenza Primaria

PFFPM: Paesi a Forte Pressione Migratoria
REMS: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza
RTPI: Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale
SAI: Sistema di Accoglienza e Integrazione
SDO: Schede di Dimissione Ospedaliera
SerD: Servizio per le Dipendenze
SPDC: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SRQR: Standards for Reporting Qualitative Research
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
STP: Straniero Temporaneamente Presente
UASS: Unità Attività Socio-Sanitarie
UE: Unione Europea
URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Capitolo 1

Introduzione

1.1 - Migrazione, salute e accesso alle cure

Secondo la definizione dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM), per migrazione si intende *"lo spostamento di una persona o di un gruppo di persone, attraverso il confine internazionale (migrazione internazionale), o all'interno di uno stato (migrazione interna), includendo qualsiasi tipo di spostamento delle persone, a prescindere dalla durata, dalla composizione e dalle cause"* [1].

Dietro questa semplice definizione si cela un fenomeno estremamente complesso e multiforme, che riunisce diverse espressioni di spostamento (volontaria/forzata, interna/ internazionale, a lungo o a breve termine), di motivazioni e di mezzi utilizzati, di storie e di esperienze. Ad oggi i fenomeni migratori, sospinti dalle dinamiche di globalizzazione e disuguaglianza globale, hanno raggiunto dimensioni storiche, coinvolgendo (a gennaio 2024) più di 281 milioni di persone a livello globale e con la previsione di ulteriore crescita nei prossimi decenni a causa dell'impatto dei cambiamenti e della crisi climatica¹ [2]. Di conseguenza, i fenomeni migratori hanno assunto una rilevanza sempre maggiore all'interno del dibattito pubblico e dell'agenda politica, nonché in ambito di sanità pubblica [3].

L'interesse di quest'ultima nei confronti dei fenomeni migratori si è storicamente concentrato sullo studio epidemiologico e preventivo delle malattie infettive ed epidemiche, in ragione del presunto rischio di trasmissione di patologie infettive e tropicali da contesti ad alta endemia verso Paesi a bassa endemia, in linea con l'impostazione storica che ha guidato lo sviluppo della Salute globale e Internazionale [4-8]. Tuttavia, negli ultimi decenni, anche in virtù del consolidamento dell'epidemiologia sociale e delle scienze dei servizi, oltre che di una crescente

¹ Diverse fonti descrivono i flussi internazionali. Il World Migration Report è la pubblicazione di riferimento su migrazioni prodotta dall'IOM (ONU) ogni due anni. L'edizione più recente disponibile è il World Migration Report 2024. [2]

consapevolezza sul tema, lo studio della relazione tra migrazione e salute si è progressivamente ampliato, includendo altri ambiti (es. malattie croniche), approfondendo l'analisi dei determinanti sociali e delle disuguaglianze di salute, ed evidenziando la centralità di politiche, modelli organizzativi e pratiche dei servizi in merito ad aspetti chiave come l'accesso e la continuità delle cure.

A questo proposito, opinione comune nella letteratura epidemiologica è che le persone migranti siano in genere in buone condizioni di salute fisica all'arrivo (*healthy migrant effect*), anche a causa di meccanismi di "selezione" dal Paese di provenienza, e che le disuguaglianze in salute che si osservano successivamente siano il risultato della progressiva "erosione" del capitale di salute della persona influenzato nel tempo da condizioni di vita svantaggiate e barriere nell'accesso alle cure, meccanismo noto come in letteratura come l'effetto "migrante sano, migrante esausto" [9-11].

Come ormai ampiamente sostenuto da una solida e robusta letteratura scientifica prodotta in diversi ambiti disciplinari, l'esperienza migratoria è essa stessa considerata un determinante sociale di salute, correlata alla possibile esposizione a fattori di svantaggio sociale e a barriere nell'accesso alle cure che possono agire durante l'intera esperienza migratoria, dal Paese di origine, durante il viaggio e nel Paese di arrivo (determinanti pre, peri e post migratori) [12-14]. L'insieme di tali fattori sarebbe quindi responsabile delle disuguaglianze in salute che si osservano tra la popolazione residente e quella con background migratorio, diffusamente sia a livello europeo che mondiale [15-16].

Lo sradicamento dal territorio di origine, l'allontanamento da reti familiari e significative, e la riduzione del capitale sociale sono alcuni dei fattori potenzialmente implicati nei meccanismi di generazione delle disuguaglianze osservate, insieme a condizioni lavorative precarie e di sfruttamento, e situazioni abitative svantaggiate [17-20]. Di fatto, in accordo con le stime italiane, secondo un rapporto dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) della Commissione europea, le persone immigrate risiedono tra le fasce di popolazione con indicatori socio economici peggiori, ad esempio presentano un tasso di disoccupazione più alto (con una differenza più marcata tra le persone non provenienti dall'Unione europea), hanno un minore accesso a sussidi statali, sono più

povere e hanno un tasso di povertà relativa in crescita rispetto a quello della popolazione autoctona [21-22].

A livello europeo, le disuguaglianze in salute tra la popolazione residente e le persone migranti sono state ampiamente descritte nel report dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) *“No Public Health without Migrant Health”*, che evidenzia sia prevalenze maggiori di malattie croniche (come ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari) e infettive (tubercolosi, epatiti e infezioni respiratorie) in funzione al periodo di permanenza nel Paese ospite, sia peggiori indicatori di salute materno-infantile (mortalità perinatale, basso peso alla nascita e accesso prenatale ritardato) e salute mentale [15-16]. Se da un lato quindi il report conferma la correlazione tra tempo di permanenza, fattori di svantaggio e disuguaglianza, esso descrive anche come le recenti migrazioni siano caratterizzate da una maggiore prevalenza di condizioni traumatiche e di vulnerabilità, già dalle prime fasi di arrivo, e che tendono poi a esacerbarsi nei periodi successivi [23].

Nel rapporto dell'OMS si evidenzia come le disuguaglianze di salute osservate nei Paesi europei siano di fatto attribuibili, oltre che ai fattori di svantaggio descritti, anche a disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, che permangono diffusamente nonostante il riconoscimento formale del diritto universale alla salute [15-16].

A rendere difficoltoso l'accesso alle cure, secondo gli approcci consolidati, concorrerebbe la ridotta alfabetizzazione sanitaria o health literacy delle persone con background migratorio, definita come l'insieme delle capacità individuali di ricercare, comprendere, valutare e utilizzare informazioni e servizi sanitari in modo consapevole ed informato per tutelare la propria salute [24-27]. Concetto che include anche competenze relazionali e sociali che consentono alle persone di orientarsi nella rete dei servizi, comprendere indicazioni cliniche e interagire in modo efficace e appropriato con il mondo sanitario [25-27]. D'altro canto, approcci maggiormente critici suggeriscono come la competenza sanitaria e l'health literacy non possano essere ridotte a una responsabilità individuale o a caratteristiche culturali, ma vanno piuttosto ricercate nell'interazione tra le risorse individuali e la complessità dei servizi sociosanitari, delle procedure e dei linguaggi utilizzati [28-29]. Secondo Levesque, Harris e Russel, l'accesso non coincide semplicemente con l'uso dei servizi né con la

loro disponibilità, ma è un processo dinamico che si costruisce nell'interazione tra le caratteristiche dei servizi e le capacità e risorse individuali. Questa relazione si sviluppa su cinque domini: l'approcciabilità (*approachability*), ossia l'incontro tra la capacità delle persone di riconoscere un bisogno e la visibilità/riconoscibilità dei servizi; l'accettabilità (*acceptability*), legata alla compatibilità culturale e relazionale tra il bisogno espresso e la potenziale risposta; la disponibilità (*availability*), riferita a organizzazione e fruibilità concreta (orari, prossimità, tempi, modalità) rispetto alla possibilità di raggiungere i servizi; l'accessibilità economica relativa alla sostenibilità dei costi (*affordability*); e l'appropriatezza (*appropriateness*), intesa come la possibilità di essere effettivamente coinvolti nel processo di cura [30].

Queste dimensioni per le persone migranti sono tutte ostacolate da barriere interconnesse di tipo linguistico-culturale, economico, amministrativo, sociale, legate a discriminazione e razzismo, che variano in base a fattori come lo status giuridico, il genere, il reddito e l'istruzione [12,16-19]. In questo senso, il report dell'OMS, già a partire dal titolo, richiama esplicitamente la centralità della salute delle persone migranti come questione di sanità pubblica [15]. Le disuguaglianze osservate non appaiono come esiti inevitabili, ma come fenomeni strutturali e in larga parte prevenibili, legati a fattori sociali, organizzativi e politici. Ciò richiama inevitabilmente una postura orientata alla giustizia sociale e all'equità, interrogando il ruolo delle politiche sanitarie e dei sistemi di cura nel ridurre – o nel riprodurre – tali disuguaglianze [31].

A fronte del quadro descritto, documenti di indirizzo internazionali sottolineano da tempo l'importanza di rafforzare le politiche e i servizi di cure primarie, e di adottare un approccio di equità, facilitando l'accesso ai servizi e garantendo una presa in carico globale, integrata e continuativa nel tempo, soprattutto per le persone in condizioni di vulnerabilità sociale [15-16].

In particolare, il documento “*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*” propone strategie che mirano non solo a rispondere ai flussi migratori non programmati, garantendo ad esempio screening e continuità clinica basati su approcci evidence based ed etici, ma anche azioni volte a rafforzare strutturalmente i sistemi sanitari affinché siano in grado di rispondere in modo

appropriato e sostenibile ai bisogni di salute delle persone migranti [32]. In particolare il documento propone di a) rafforzare i quadri legislativi che promuovono l'accesso ai servizi e di monitorare attivamente la presenza di barriere, così da rimuoverle quando necessario, b) favorire l'accesso alle cure primarie, garantendo adeguati collegamenti con servizi di secondo e terzo livello, con riferimento particolare a salute mentale, vulnerabilità correlate a violenze, tratta, minori non accompagnati c) rafforzare competenze del personale su approcci centrati sulla persona e competenti sul trauma, d) potenziare servizi di mediazione linguistico-culturale, le competenze culturali², promuovere interventi e approcci di health literacy, anche organizzativa, e) rafforzare la capacità dei sistemi informatici di raccogliere dati comparabili e renderli efficacemente disponibili ed utilizzabili per le attività e la programmazione sanitaria f) rafforzare la capacità del settore sanitario di lavorare in modo intergovernativo e intersettoriale anche attraverso partnership strutturate con altri enti (terzo settore, società civile, università, comunità) [32-33]. D'altro canto, come per altri ambiti le raccomandazioni dell'OMS non hanno carattere vincolante per i Paesi, e di fatto l'applicazione a livello europeo di questi principi è frammentata e parziale [14-15].

Nel contesto italiano, dove istituzioni pubbliche e società civile si sono mobilitate da tempo per rispondere ai bisogni di salute delle persone migranti producendo un quadro normativo di accesso alle cure formalmente tra i più garantisti - seppure anche qui applicato in modo eterogeneo tra i territori - le indicazioni dell'OMS hanno trovato risonanza con l'approccio della sanità pubblica di prossimità [34].

Questa cornice teorico-operativa, sviluppata a partire dall'esperienza consolidata nel tempo da enti del terzo settore, servizi sanitari ed esperti di enti nazionali di ricerca, propone un'azione sistemica orientata all'equità e alla promozione della salute delle persone migranti, fondata su lavoro di rete tra servizi sanitari, attori del privato sociale e comunità. L'approccio si basa su tre direttrici principali: l'*outreach* o lavoro di prossimità, inteso come offerta attiva di interventi sanitari e preventivi nei luoghi di

² Per competenza culturale (cultural competence) si intende l'insieme di conoscenze, abilità e atteggiamenti che consentono ai professionisti e alle organizzazioni sanitarie di comprendere e rispondere in modo appropriato ai bisogni di salute di persone appartenenti a contesti culturali diversi, adattando pratiche, comunicazione e servizi al fine di migliorare l'accesso, la qualità delle cure e gli esiti di salute [33].

vita; la “mediazione di sistema”, volta a rendere i servizi più permeabili e accessibili; e il coinvolgimento delle comunità in processi di empowerment e co-costruzione delle risposte, superando una visione esclusivamente prestazionale dell’assistenza [34]. Inoltre, a partire dal 2017, l’Italia si è dotata di specifiche linee guida che definiscono le prassi e gli interventi sanitari da organizzare all’arrivo di persone migranti per garantire screening e accertamenti sanitari, la tutela di situazioni di vulnerabilità socio-sanitaria o correlata trauma e tortura [35-37]. Su questo scenario si è innestata l’importante riorganizzazione delle cure territoriali stimolata dall’impatto della sindemia da COVID-19 e guidata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal relativo Decreto Ministeriale attuativo in ambito sanitario del 2022 (DM 77/2022), che ha promosso il potenziamento, tra l’altro, delle Case della Comunità, confermando queste come nodi centrali per l’accesso alle cure, l’integrazione sociosanitaria, e la partecipazione della comunità [38].

Quest’ultimo punto è particolarmente in linea con le proposte dell’OMS che, in continuità con approcci di *Comprehensive Primary health care* e la dichiarazione di Alma Ata, rilanciano le cure primarie come spazio privilegiato per attivare strategie di promozione della salute orientate all’empowerment, che supportino le persone migranti (e non solo) nell’esercizio dei propri diritti, nella comprensione degli stessi percorsi di cura e nella costruzione di ambienti favorevoli alla partecipazione attiva [39-41]. Tuttavia, almeno nel contesto Italiano, la traduzione operativa di questi orientamenti risulta ancora parziale: la partecipazione resta spesso accessibile solo in contesti e per gruppi limitati, mentre gli approcci di sanità pubblica di prossimità e di mediazione di sistema sono applicati in modo discontinuo e non sistematico, così come linee guida e normative sull’accesso alle cure [42-45]. In coerenza con ciò, questo scarto contribuisce, insieme alle condizioni di svantaggio già citate, alla persistenza di disuguaglianze strutturali nell’accesso e nella salute.

Inoltre in entrambi i documenti dell’OMS viene anche ribadito come, per tutelare e promuovere la salute delle persone con background migratorio, a fianco al rafforzamento dei servizi sia necessario investire su politiche intersettoriali coerenti, secondo il principio “*Health in All Policies*”, riconoscendo come la salute sia influenzata da decisioni prese in ambiti non sanitari – come l’immigrazione (es.

ottimizzando le procedure amministrative affinché non rappresentino barriere al diritto alla salute), l'istruzione, il lavoro e l'abitare [15-16, 32]. Di fatto la letteratura evidenzia come disuguaglianze in salute e nell'accesso alle cure possono essere ulteriormente rafforzate e stratificate da determinanti socioeconomici come politiche di austerità, crisi finanziarie, recessioni, etc, rendendo l'accesso alle cure più difficoltoso (ad esempio attraverso l'aumento dei costi di accesso, riduzione della disponibilità di servizi), alimentando dinamiche di esclusione e marginalizzazione [46-48]. In tal senso, è stato ampiamente documentato come la sindemia da COVID-19 abbia avuto un forte impatto sulle condizioni di vita, di salute e d accesso alle cure delle persone con background migratorio, anche se gli esiti di lungo periodo non sono ancora del tutto chiariti [49-50].

Nonostante il progressivo consolidamento delle conoscenze e una crescente consapevolezza delle disuguaglianze esistenti, queste continuano a persistere e a configurarsi come fenomeni di natura strutturale. Al contempo, i modelli e gli interventi orientati all'equità finora attivati risultano applicati in modo disomogeneo e, per quanto promettenti, mostrano limiti di efficacia nel contrastare i meccanismi profondi di produzione e riproduzione delle disuguaglianze stesse. Inoltre, quanto descritto, evidenzia i limiti di letture semplificate come l'effetto "migrante sano/esausto", richiamando la necessità di un'analisi più ampia dei meccanismi attraverso cui si producono e riproducono disuguaglianze in salute [51]. Infatti, nonostante quanto descritto, ad oggi manca una chiara consapevolezza e comprensione di come i processi di disuguaglianza si sviluppino e alimentano, e in particolare di come questi possono essere veicolati (o contrastati) dai servizi e dalle politiche sociosanitarie. Ciò riguarda, ad esempio, non soltanto il ruolo delle barriere nell'accesso alle cure, ma soprattutto i meccanismi strutturali che ne sono alla base e che ne permettono il mantenimento. Comprendere meglio e a fondo questi aspetti sembra quindi un prerequisito fondamentale per costruire strategie efficaci di equità e promozione della salute e contrastare meccanismi di disuguaglianza strutturale insiti anche nei servizi.

Secondo una visione condivisa dalle strategie proposte dall'OMS e dalla letteratura di riferimento, la ricerca epidemiologica e l'analisi organizzativa dei servizi e delle

pratiche assumono un ruolo decisivo non solo per affinare la produzione di conoscenza, ma soprattutto per orientare la pratica e per costruire leve operative per (ri)orientare le politiche all'equità.

A tal fine l'OMS raccomanda innanzitutto approcci di ricerca interdisciplinari e radicati nei contesti locali (capaci di cogliere la specificità dei territori e dei relativi meccanismi di disuguaglianza), in grado di integrare prospettive epidemiologiche, sociali, e organizzative. La ricerca dovrebbe quindi orientarsi al superamento del know-do gap, rafforzando i meccanismi di traduzione delle evidenze in politiche e pratiche (evidence-to-policy), anche valorizzando approcci collaborativi e partecipativi, coinvolgendo servizi, Università e comunità [15-16]. In questo quadro si collocano anche interventi di Health equity audit, intesi come strumenti di valutazione e miglioramento continuo che consentono di identificare disuguaglianze nell'accesso e negli esiti, orientare azioni correttive e rafforzare la health literacy organizzativa, rendendo, tra l'altro, i servizi più comprensibili, navigabili e risolutivi.

D'altro canto, come descritto, garantire un approccio teorico-analitico e orientato alla pratica, comprensivo e attento a quanto descritto può non essere facile, e anche la scelta di metodologie e approcci è in tal senso significativa, perché può limitare la capacità di comprendere processi complessi e articolati come quelli descritti, e indirettamente contribuire alla persistenza di disuguaglianze strutturali. Per le ragioni descritte, e in linea con le raccomandazioni dell'OMS, emerge dunque l'esigenza di elaborare approcci teorici e metodologici che possano ampliare lo sguardo e la comprensione di questi processi, includendo fenomeni e meccanismi strutturali, attualizzando adeguate cornici analitiche, e fornendo strumenti metodologici e pratici per il rafforzamento dei servizi e delle politiche di equità [6, 15-16, 31-33, 40].

1.2 - Determinazione sociale e teorie critiche

Approccio alla determinazione sociale della salute

Per sostenere gli approcci teorico-metodologici descritti nel paragrafo precedente riguardo lo studio delle disuguaglianze sociali in salute e delle scienze organizzative, assume particolare rilievo la teoria sulla determinazione sociale, diffusa nell'ambito

delle recenti pubblicazioni in epidemiologia sociale e rappresentata negli studi di James Breilh [52].

Secondo l'autore, negli ultimi decenni l'epidemiologia ha prodotto un ampio corpus di evidenze sul ruolo dei determinanti sociali nel generare e modulare gli stati di salute delle popolazioni. I determinanti sociali – intesi come le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano – influenzano in modo decisivo l'esposizione ai fattori di rischio, la vulnerabilità ai processi patologici, e l'accesso ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione [14].

Tuttavia, questi modelli presentano alcuni limiti nel cogliere quelle sfumature più processuali che invece dovrebbero individuare come tali fattori si distribuiscono all'interno della società in funzione di processi sociali, culturali, politici ed economici. Processi che “sfuggono” ai tentativi più classici di misurazione, finendo per non essere considerati, osservati e tanto meno chiamati in causa. In particolare, tendono a descrivere i determinanti come “fattori” separabili e misurabili, trascurando il ruolo che le strutture di potere, i discorsi sociali, le istituzioni e le pratiche organizzative hanno nel produrre attivamente tali disuguaglianze. Ciò non limita solo la comprensione dei processi di salute e malattia, ma anche la possibilità di promuovere equità e affrontare i problemi in modo strutturale [53]. In tal senso, il quadro della determinazione sociale della salute, in linea con altri quadri ecosociali, tenta di superare l'approccio causa-effetto dei “determinanti sociali”, concependo la salute come esito di processi complessi e dinamici, frutto dell'interconnessione e dell'interazione tra diverse dimensioni [54].

La struttura economica, politica e ambientale è alla base dei meccanismi di riproduzione sociale, come il capitalismo, il colonialismo e il razzismo, che influenzano a loro volta i modi di vita dei gruppi sociali (classe, genere, etnia) e le relative relazioni tra condizionamenti sociali e scelte individuali [53-56]. Ciò si ripercuote ulteriormente sulla vita quotidiana di individui e famiglie, con le loro caratteristiche biologiche, psicologiche e culturali. Inoltre, in virtù della sua natura dialettica, la salute è sempre il risultato della tensione tra processi protettivi (di cura e resistenza) e processi distruttivi (di *non* cura) nella società [52]. Le disuguaglianze di salute sono generate da iniquità, cioè condizioni ingiuste, evitabili ed esito di precise relazioni di potere tra i

gruppi sociali, prodotte storicamente e riprodotte (ovvero mantenute) attraverso le politiche, le pratiche, gli stili di vita, la cultura, il sapere e la scienza [53-59].

Le implicazioni di questo quadro teorico riguardano, nel campo epidemiologico e della scienza dei servizi, la necessità di formulare ipotesi capaci di indagare le cause e i meccanismi strutturali dei fenomeni osservati e strategie per agire su questi. In particolare, si pone attenzione ai meccanismi di riproduzione sociale, ovvero a come le strutture di potere si riflettono e si riproducono nelle istituzioni e nelle pratiche, e ai processi di incorporazione, cioè a come le disuguaglianze e le forme di oppressione vengono interiorizzate, influenzando le esperienze soggettive, i comportamenti, le scelte individuali e, in ultima analisi, la salute e la malattia [31, 53, 55, 57-59].

Un approccio affine è descritto nel quadro concettuale della competenza strutturale, sviluppato come evoluzione critica della competenza culturale, che pone l'accento sulle condizioni istituzionali e materiali che modellano in modo sistematico esposizioni, vulnerabilità e opportunità di cura [33, 60-61]. Tale quadro, oltre a rafforzare lo sguardo critico sugli approcci epidemiologici descritti in precedenza, è particolarmente utile perché operativizza la lettura strutturale e processuale del modello di determinazione sociale e ne facilita l'applicazione anche nell'analisi organizzativa dei servizi, mostrando come le disuguaglianze possano prendere forma attraverso dispositivi e pratiche: criteri di accesso e di eleggibilità, vincoli amministrativi e documentali, modalità dell'offerta (es. orari, luoghi), accessibilità alla mediazione linguistico culturale. In questo modo, le barriere di accesso non vengono assunte come neutre o ricondotte a limiti individuali, ma lette come esito prevenibile di tensioni strutturali e rapporti di potere incorporati nelle organizzazioni. L'attenzione può così spostarsi verso strategie che agiscono a monte, rendendo più visibile - e quindi affrontabile - dove, come e perché si generano esclusioni [60-61].

Migrazione, biopolitica e razzismo strutturale

Come argomentato sopra, applicare un approccio di determinazione sociale della salute nello studio delle disuguaglianze e della migrazione può essere di aiuto nel tentativo di comprendere con maggiore chiarezza i processi strutturali che ne stanno alla base, e orientare di conseguenza piste di azione per l'equità.

Come descritto in precedenza, tra i fattori che sembrano avere un ruolo preponderante nei meccanismi di disuguaglianza si evidenziano innanzitutto i percorsi migratori affrontati dalle persone e le modalità di gestione delle frontiere e dell'accoglienza, nonché le politiche e le pratiche messe in atto nel tentativo di governare tali fenomeni. Benché sia noto il peso che questi fattori hanno nell'esposizione ai rischi per la salute, la maggior parte delle evidenze tende a concentrarsi sull'individuazione di specifici fattori di rischio epidemiologico attribuibili a determinati percorsi. D'altro canto, sono pochi gli studi che si interrogano e che tendono a dimostrare se un certo tipo di approccio di gestione delle frontiere e di politica migratoria possa considerarsi un elemento di rischio a sé stante; tantomeno quali possono essere le motivazioni e le ragioni (politiche, sociali, culturali) dietro un certo approccio [62].

Uno sguardo approfondito su questo argomento viene offerto dai *border studies*, ovvero quell'insieme di studi di vari ambiti disciplinari (scienze sociali e giuridiche) che hanno affrontato il tema del confine e delle politiche migratorie, non solo come ambito geografico ma come "metodo", come strumento politico e di governo, e come dispositivo di inclusione e di esclusione [63-64].

Secondo alcuni di questi autori, il confine corrisponde a un dispositivo mobile e biopolitico³ che produce e riproduce il confine esternamente (ad esempio, centri di accoglienza in altri Paesi, accordi con Libia e Tunisia), internamente (centri di accoglienza, detenzione) o tramite politiche securitarie e restrittive, al fine di gestire e controllare la mobilità delle persone [65-67].

In tal senso, il confine non è inteso come una linea geografica che divide territori e culture, ma come un dispositivo amministrativo di governo e di razzializzazione, perché finalizzato soprattutto al controllo della mobilità di persone non europee e nere. In questo modo il confine, lungi dalla possibilità di controllare i flussi migratori, li gestisce in modo permeabile e adattabile alle esigenze produttive europee, facilitando l'ingresso di forza lavoro precaria e sfruttabile quando necessario [64,68].

³ Per biopolitica si intende, secondo Foucault (1976), l'insieme di saperi, pratiche e tecniche di governo attraverso cui il potere gestisce, controlla e amministra la vita delle persone, intervenendo su processi biologici fondamentali, come salute e morte. Un dispositivo biopolitico è uno strumento (normativo, organizzativo o tecnico) che consente di agire tale potere [65].

Questi dispositivi di gestione del confine (border management) hanno la doppia funzione non solo di controllare chi entra e chi esce o chi accede e chi no, ma di governare la vita delle persone in mobilità, differenziandola in base al valore attribuito alla loro vita da strumenti come cittadinanza o “regolarità” [69].

Pilastro di questo approccio, secondo gli studi, è il mantenimento di narrative e discorsi che vedono le persone immigrate come una minaccia e la migrazione come un'emergenza da governare, a giustificazione di misure straordinarie ed eccezionali come i centri di detenzione e le violenze in Libia [64,68-70]. Discorsi e narrative criminalizzanti, così come il ricorso a categorie come “regolari-irregolari”, “noi e loro”, diventano strumenti necessari al governo per mantenere l'ordine e le gerarchie sociali e razziali, a favore del rafforzamento dell'identità nazionale e del controllo di potere [64,68-71].

Sempre all'interno di questa cornice teorica entra il concetto di *slow violence* che, in continuità con il quadro di violenza strutturale⁴, esprime una forma di violenza graduale, diluita nel tempo, spesso invisibile, che non esplode in eventi spettacolari ma si accumula in processi strutturali e micropratiche [72-75]. Secondo alcuni autori, questo dispositivo rappresenta una delle forme di controllo sui corpi e sulle esistenze delle persone migranti: non punta all'eliminazione immediata, ma alla loro gestione, precarizzazione e differenziazione, sia sul piano biologico che su quello sociale.

Ne sono esempi le attese amministrative, l'invisibilità giuridica e le precarietà quotidiane. In altre parole, il sistema di gestione delle migrazioni europee può essere considerato come un sistema di violenze lente, normalizzate e istituzionalizzate, che non si esprimono solo con naufragi o respingimenti ma anche nella sospensione prolungata delle vite e nella precarizzazione sistematica delle esistenze finalizzata al controllo sociale [64-69, 70, 73-75].

Una lettura più critica dei meccanismi descritti, che prova ad andare più a fondo nelle radici storiche e strutturali, viene offerta da Achille Mbembe [76]. Secondo il filosofo e storico camerunense, la gestione migratoria e i meccanismi biopolitici vanno riletti e

⁴ Per *violenza strutturale*, secondo Paul Farmer, si intende l'insieme di forme di violenza indiretta, lenta e spesso invisibile prodotte da assetti sociali, politici ed economici che, pur senza un agente identificabile, causano sofferenza. [72]

storicizzati attraverso una lente postcoloniale⁵, ovvero riconducendo alla continuità delle relazioni di potere coloniale tra Nord e Sud globale, e ai processi di razzializzazione che ne sostengono la legittimità [77-78]. In questo quadro il postcolonialismo non è inteso come una fase storica conclusa, ma come la persistenza di gerarchie, razzializzazioni e dispositivi di dominio che continuano a strutturare l'accesso alla mobilità, alla cittadinanza e ai diritti.

E' a partire da questa rilettura critica che Mbembe introduce il concetto di *necropolitica*, come radicalizzazione di una biopolitica coloniale, orientata non solo a governare la vita, ma anche a garantire e mantenere tali asimmetrie. In tal senso, la necropolitica consiste nell'esercizio di sovranità sulla vita e sulla morte del colonizzato che caratterizzava i territori coloniali, e che oggi si manifesta nella gestione degli spazi di frontiera, dove eccezione, violenza o abbandono sono forme di controllo e governo, normalizzate e accettate [76-79]. Importante considerare come le forme di controllo e violenza espressa secondo Mbembe non sia necessariamente esplicita o interpersonale, ma possa manifestarsi anche tramite le politiche dell'assenza, dell'abbandono e del "lasciar morire", come si osserva nel caso delle omissioni di soccorso, dei naufragi e dei respingimenti delle persone migranti nel Mar Mediterraneo e lungo le frontiere [78-82].

Corollario della storicizzazione delle dinamiche migratorie tramite una lente postcoloniale è affermare che il razzismo è lo strumento e la condizione di effettiva possibilità dell'esercizio necropolitico, ovvero lo strumento tramite il quale si definiscono le gerarchie di valore delle vite. Secondo Mbembe, nel contesto europeo la razzializzazione delle persone migranti opera attraverso meccanismi di *othering*, ovvero continui discorsi pubblici finalizzati a rendere i corpi neri come minacce, eccedenze, costantemente culturalizzati e inferiorizzati, che giustificano e normalizzano le violenze, le morti, le discriminazioni e le differenze [70,76-78].

Il mantenimento dell'ordine e della gerarchia sociale si svolge anche internamente tramite meccanismi di esclusione differenziale e limitazione della presenza e

⁵ Per *postcoloniale* si intende un approccio teorico che analizza le conseguenze storiche, politiche, culturali ed economiche del colonialismo, mettendo in evidenza come le gerarchie di potere, le disuguaglianze e i processi di razzializzazione prodotti in epoca coloniale continuino a strutturare le società contemporanee anche dopo la fine formale del dominio coloniale [77].

dell'accesso allo spazio pubblico [64,70,78-79]. Secondo Mbembe, questa forma di razzismo sistemico⁶ può avvenire in modo velato, come eredità psico-comportamentale o come pratica attiva [78,84].

In un'ottica postcoloniale, il razzismo non va considerato come un'azione interpersonale necessariamente violenta, ma come un'azione di organizzazione della società che si articola attraverso politiche, pratiche, discorsi e saperi. Visione condivisa dalla *Critical Race Theory* (Delgado) e da studi più recenti (Bonilla-Silva; Lentin), secondo i quali il razzismo sistemico definisce l'insieme di processi istituzionali, normativi e narrativi che, in assenza di intenzioni esplicite (*racism without racist*), influenzano in modo strutturale l'accessibilità ai diritti [85-87].

A riguardo, numerose evidenze internazionali ormai consolidate riconoscono il razzismo come una questione centrale di sanità pubblica e di giustizia sociale [88]. Parallelamente, la letteratura documenta l'impatto del razzismo sulla salute sia come esito indiretto dell'esposizione e dell'incorporazione di forme sistemiche e strutturali (attraverso iniquità in ambiti quali abitare, istruzione, lavoro e giustizia penale), sia – in modo diretto – tramite le esperienze di discriminazione quotidiana [89-90]. In questo quadro, la discriminazione percepita e quella internalizzata agiscono come mediatori centrali dell'effetto del razzismo sulla salute, attraverso meccanismi di stress cronico, stigma e interiorizzazione delle gerarchie sociali, con ricadute sul benessere psicologico e sui comportamenti di salute [56-57, 90-92].

Coerentemente, il razzismo e la discriminazione possono essere interpretati come stressor cronici (*racial minority stress*) che determinano una persistente attivazione neurofisiologica dei sistemi dello stress e producono effetti cumulativi nel tempo, soprattutto nei gruppi socialmente razzializzati [91-95].

⁶ Nella letteratura le definizioni di razzismo strutturale, sistemico e istituzionale sono molteplici e talvolta sovrapposte. Secondo Braveman (2022) le due definizioni, colgono due sfumature leggermente differenti: Il razzismo sistemico descriverebbe il funzionamento della società e dei sistemi che ne fanno parte (politico, sociale, sanitario), mentre il razzismo strutturale descriverebbe la profondità storico-istituzionale delle strutture che lo rendono possibile. Il razzismo sistemico includerebbe quello strutturale, che invece sarebbe prodotto, in modo consapevole o meno, da istituzioni, servizi e strutture sociali, attraverso norme, pratiche e discorsi [84].

Nonostante la letteratura sulle disuguaglianze riconosca sempre più chiaramente il ruolo del razzismo strutturale e sistemico nella produzione di disuguaglianze di salute iniqui, la sua analisi empirica nei servizi e nelle istituzioni – soprattutto in ambito sanitario – resta spesso frammentaria o addirittura tabù. Il silenzio sul razzismo e la scarsa ricerca sul razzismo strutturale in sanità non dipendono solo da un “vuoto” conoscitivo, ma possono essere letti come parte integrante del funzionamento stesso del dispositivo razzista: nel contesto postcoloniale, infatti, il razzismo strutturale tende a essere de-tematizzato e ricondotto su un piano apparentemente neutrale, così da sottrarre attenzione ai suoi meccanismi ordinari e alle responsabilità istituzionali [96–99].

Nel contesto italiano, l’idea che il razzismo sia “altrove” (americano, nordeuropeo) o “nel passato” è sostenuta da un insieme di discorsi sociali ricorrenti: una narrazione nazionale di eccezionalismo e innocenza, la rimozione/normalizzazione della storia coloniale e del razzismo fascista nella memoria pubblica, e una concezione “universalista” delle istituzioni e della cittadinanza che tende a presentare lo spazio europeo come naturalmente *post-razziale* [96–99].

Questo avviene attraverso almeno due registri complementari. Da un lato, la color-blindness contribuisce a restringere il campo del riconoscibile, trattando come “razzismo” quasi esclusivamente episodi singoli, anacronistici o apertamente intenzionali e rendendo meno pensabile – e quindi meno investigabile – l’ipotesi di un razzismo sistemico incorporato in procedure, criteri e routine organizzative [96]. Dall’altro lato, la race-evasiveness opera mediante una più ampia elusione del discorso su “razza” e razzismo, sostituendolo con lessici e problemi considerati più legittimi o “tecnici” (differenze culturali, integrazione, sicurezza, irregolarità), con l’effetto di neutralizzare la dimensione politica della razzializzazione e di spostare il focus su spiegazioni individualizzanti o culturalizzanti [100]. In entrambi i casi il razzismo viene trattato come “eccezione” o “devianza”, più che come tecnologia ordinaria di governo in continuità con genealogie storiche e istituzionali che affondano anche in eredità coloniali [97–99]. In altre parole, la race-evasiveness non elimina il razzismo: può renderlo più difficile da osservare, misurare e contestare, anche nei contesti scientifici e accademici, contribuendo a mantenere poco visibili – e

quindi poco governabili – i meccanismi istituzionali che riproducono disuguaglianze di salute [96, 100].

Da qui una conseguenza rilevante per le politiche: se il razzismo produce esiti di salute e di accesso, non misurarlo e non nominarlo significa lasciarlo agire nei risultati senza renderlo riconoscibile, e quindi senza renderlo affrontabile in termini di programmazione e intervento pubblico [101-102]

Infine, sembra utile recuperare il concetto di violenza epistemica elaborato da Fanon, secondo il quale l'oppressione dei processi di colonizzazione determina la distruzione o l'erosione delle forme di conoscenza, valori e culture locali dei popoli colonizzati, a causa dall'imposizione del sistema di sapere, delle istituzioni e dell'ideologia della potenza coloniale [103-104]. Questo processo mina l'identità e la soggettività delle comunità colonizzate, le quali, a causa dell'imposizione della superiorità europea, diventano straniere a loro stesse alla stregua di oggetti subalterni. Infatti, Fanon, descrive come il processo coloniale non si limiti alla violenza fisica e allo sfruttamento economico, ma includa anche una violenza simbolica che mira a imporre la visione del mondo del colonizzatore, sopprimendo o denigrando le culture e le identità dei popoli colonizzati.

Implicazioni metodologiche

In conclusione, è importante considerare le possibili implicazioni di quanto descritto per comprendere i meccanismi di disuguaglianza ed esclusione nell'ambito della migrazione, nonché per le politiche e l'organizzazione dei servizi sanitari.

In primo luogo, nel processo di generazione delle disuguaglianze in salute delle persone migranti è opportuno chiamare in causa processi storici come il colonialismo e il razzismo sistemico, che agiscono in modo continuativo e interdipendente sulle dimensioni e sugli attori già citati.

In particolare, assumono un ruolo centrale le politiche migratorie e i determinanti di salute ad esse correlati, come la gestione della frontiera e dei confini come dispositivo che agisce non solo esternamente, ma anche internamente nelle politiche di soggiorno, accoglienza e accesso alla protezione sociale. Questi processi agiscono in modo continuativo, in una tensione tra esclusione sociale, abbandono e controllo, e

razzismo strutturale e possono manifestarsi tramite l'applicazione di confini mobili e continuativi, politiche e pratiche violente (o normalizzanti la violenza), *slow violence*, necropolitiche dell'abbandono, *othering* e discorsi sociali razzializzanti [73-75]. Nella ricerca epidemiologica occorre quindi saper riconoscere questi meccanismi, al fine di poter identificare come agiscono nei contesti locali e come incidono sulla salute delle persone.

La seconda considerazione riguarda il ruolo dei servizi sanitari. Dal momento che l'arena della governamentalità è composta da tutte le istituzioni e dalle politiche pubbliche, è importante chiedersi il ruolo che i servizi sanitari (e di *welfare*) possono avere in questi processi, e quali siano il grado e le modalità di connivenza e di partecipazione nei meccanismi biopolitici, mettendo in discussione il campo sanitario come un ambito non neutro, ma potenzialmente abitato da queste dinamiche. Confini, necropolitiche, *slow violence* e razzializzazione sarebbero quindi da ricercare anche nelle pratiche organizzative dei servizi e nelle posture e pratiche degli operatori, in particolare nelle differenze e nelle modalità di accesso, nelle tipologie di servizi offerti, in pregiudizi, discorsi e comportamenti discriminatori o respingenti, così come nelle finalità delle politiche sanitarie adottate, già fortemente influenzate da processi di definanziamento, efficientismo e aziendalismo.

Con specifico riferimento al razzismo sistemico, occorre approfondire e valutare il suo potenziale impatto sulla salute e sui percorsi delle persone, nonché sulla declinazione che assume nell'organizzazione dei servizi (razzismo strutturale) e sulle modalità di interazione con le pratiche di governamentalità delle migrazioni.

Una terza importante considerazione riguarda la necessità di porre attenzione non solo sui meccanismi e processi di generazione delle disuguaglianze, ma anche e soprattutto su quelle strategie che agiscono in senso contrario per promuovere equità. Salute e malattie infatti sono esito di tensioni tra forze protettive e distruttive [52-55]. Di conseguenza, se da un lato l'analisi epidemiologica e organizzativa deve saper individuare dispositivi biopolitici e nodi di riproduzione di disuguaglianza che attraversano servizi e istituzioni, è altrettanto rilevante saper riconoscere e dare visibilità all'esistenza di pratiche, posture professionali e strategie che agiscono in senso opposto come forme di resistenza quotidiana, di protezione e di produzione di

cura. Alle logiche di abbandono ed esclusione si possono infatti contrapporre pratiche generative e trasformative, orientate ad esempio al superamento di barriere esistenti, al riconoscimento dei determinanti strutturali della sofferenza, e l'attivazione di dispositivi di prossimità e mediazione, di ascolto e relazione [54-58, 60-61].

Queste pratiche richiamano il carattere soggettivo, interrelazionale e creativo della cura, inteso come lavoro vivo che si produce nello spazio dell'incontro tra professionisti e persone, e capace non solo di rispondere a bisogni ma anche di ridefinire percorsi e assetti organizzativi [105]. In modo analogo, è necessario riconoscere il ruolo che le persone detengono in questi processi, non solo interiorizzando disuguaglianze, vincoli e forme di esclusione che si riflettono nei comportamenti di salute e nei percorsi di accesso ai servizi, ma soprattutto elaborando strategie di auto-cura, di adattamento, di resistenza e di contrasto. Tali strategie, spesso invisibili o sottovalutate, risultano cruciali per superare letture riduzionistiche o colpevolizzanti dei comportamenti, e per valorizzare l'agentività delle persone, riconoscendone un ruolo attivo nei processi di cura [106-107].

1.3 - Contesto, razionale e obiettivi della ricerca

Bologna: migrazione, salute e disuguaglianze nell'accesso alle cure

L'immigrazione nella città di Bologna è una realtà stabile e consolidata, sostenuta da dinamiche familiari, opportunità lavorative e percorsi ormai decennali di inserimento nel tessuto sociale. Secondo i dati dell'Osservatorio regionale, al 1° gennaio 2024 sono 127.654 i cittadini stranieri presenti sul territorio cittadino, pari al 12% della popolazione residente e a circa il 22% dell'intera popolazione straniera residente sul territorio regionale (575.476) [108].

La presenza di una pressione migratoria costante nel tempo ha progressivamente portato le istituzioni locali e la Regione Emilia-Romagna a dotarsi di una serie di strumenti normativi che ad oggi definiscono la programmazione regionale e locale (Piano di integrazione triennale, piano sociosanitario e relativi piani distrettuali) con l'obiettivo di rimuovere le barriere all'inclusione, contrastare la discriminazione e promuovere equità, salute e partecipazione interculturale [109-111].

Coerentemente con questa visione, anche lo sviluppo dei servizi sociosanitari territoriali è stato caratterizzato nel tempo dalla nascita di programmi, attività e, talvolta, servizi specifici orientati a facilitare l'accesso e promuovere la salute delle persone immigrate residenti (ad es., consultori, pediatrie territoriali, servizi per le dipendenze). Nel periodo più recente, la città di Bologna è stata inoltre interessata anche dai flussi migratori "non programmati" di persone rifugiate e richiedenti asilo, che hanno portato oggi la città ad accogliere circa il 25% delle persone richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) presenti in Regione (più di 1200), di cui la maggior parte in strutture di Sistema di accoglienza e integrazione (SAI) (2224 posti per 354 strutture) e, in misura minore, in Centri di accoglienza straordinaria (CAS) (1251 persone per 54 strutture) [112-114]. In seguito all'aumento di questi flussi e alla strutturazione di un ampio sistema di accoglienza, sono state nel tempo integrate specifiche attività orientate a garantire accesso alle cure, prime visite e screening alle persone in arrivo, strutturate anche grazie alle esperienze di specifici progetti FAMI (Fondo asilo, migrazione e integrazione), come *Start-ER* e *ICARE*, che hanno supportato i servizi territoriali mediante la formazione di équipe multidisciplinari per la presa in carico delle vulnerabilità socio sanitarie e l'implementazione delle linee guida nazionali descritte in precedenza [35-38,44-45] .

Questo percorso viene consolidato nel 2022 con l'istituzione da parte dell'Azienda USL di Bologna del Gruppo vulnerabilità e migranti (GMV) e dell'omonima équipe, in recepimento delle indicazioni regionali, complessivamente orientate a recepire le linee guida nazionali e a implementare un sistema di governance multilivello tra Regione, aziende sanitarie e territori [115-118]. Seguendo le indicazioni regionali, il GVM avvia le attività sotto il coordinamento del Dipartimento di cure primarie, con l'obiettivo di integrare attività già esistenti e raccogliere l'eredità di esperienze precedenti. Ad oggi, fanno parte del GVM i referenti dei dipartimenti territoriali (Dipartimento di sanità pubblica, Dipartimento di salute mentale, Dipartimento infermieristico, Dipartimento attività socio sanitarie) e delle principali unità operative territoriali e ospedaliere chiamate in causa nell'assistenza a popolazioni migranti esposte a vulnerabilità sociale [119].

Razionale e obiettivi

Nonostante il quadro complessivo della programmazione regionale e dell'offerta locale, diverse evidenze mostrano la persistenza di importanti disuguaglianze tra la popolazione immigrata e quella residente, evidenziando sia una diversa distribuzione di rischio per condizioni croniche, salute materno infantile e salute mentale, sia un diverso livello di accesso e utilizzo dei servizi sanitari di base [115, 120-123].

Altri studi locali evidenziano importanti differenze rispetto alle ospedalizzazioni evitabili e negli *outcome* di patologie croniche, suggerendo tra l'altro la presenza di importanti barriere nell'accesso ai servizi e di vari fattori che ostacolano la continuità delle cure [120]. Alcuni studi interessanti, analizzando i tassi di ospedalizzazioni evitabili tra persone italiane, straniere ed STP, hanno osservato un maggiore rischio per questi ultimi, evidenziando di fatto una mancanza di accesso alle cure primarie.

Questi studi, seppure non permettano di avere una stima diretta delle presenze sul territorio, agevolano una ricostruzione abbastanza nitida di quello che è l'andamento dell'accesso alle cure primarie. D'altro canto, resta sempre viva la necessità di elaborare un approccio che superi gli attuali limiti metodologici nello studio di questa popolazione [124]. Ciò è anche confermato da recenti evidenze sull'assistenza a persone RTPI, che mettono in luce, tra l'altro, le difficoltà di integrazione tra i diversi servizi coinvolti – afferenti a differenti dipartimenti delle aziende sanitarie – e tra questi, i servizi sociali e il terzo settore [44-45,125]. Inoltre, la recente esperienza della gestione della pandemia e della campagna vaccinale ha ribadito la presenza di forti limiti nella capacità dei servizi di monitorare efficacemente i bisogni di salute, oltre a un ridotto (se non assente) livello di informatizzazione delle reti di cura rivolte alle persone RTPI e immigrate [50, 125-127].

Sebbene tramite questi lavori sia stato possibile caratterizzare alcune delle criticità esistenti, le modalità attraverso cui le disuguaglianze vengono prodotte, e in particolare il ruolo che i servizi hanno in questi meccanismi, resta ancora poco noto. Così come poco è noto rispetto alla salute e ai percorsi di assistenza che riguardano persone migranti non provviste di regolare permesso di soggiorno e/o che accedono ai servizi sanitari e del terzo settore tramite tessera STP (Straniero temporaneamente presente) [44-45, 121-122, 124-126].

Infatti, lo studio epidemiologico di questa popolazione presenta importanti limiti metodologici, legati alla difficoltà di identificare in modo univoco gli individui nei database sanitari, alla mancanza di informazioni su status socioeconomico e tempo di permanenza, e alla possibile sottostima dovuta alla non registrazione degli accessi a servizi di bassa soglia [124]. Anche per tale motivo è difficile ricostruire un esauriente profilo di salute a livello territoriale; inoltre, le informazioni di accesso e utilizzo dei servizi di cure primarie vengono in genere ottenute come stime indirette. In linea con queste considerazioni, la recente formalizzazione del GVM dell'Azienda USL di Bologna rappresenta un punto di osservazione privilegiato di questi meccanismi e un'importante opportunità di raccordo tra ricerca e intervento. Nel 2021 viene avviata una collaborazione tra il Dipartimento di cure primarie dell'AUSL di Bologna, il GVM, e il Centro di studi e ricerca internazionale e interculturale (CSI) dell'Università di Bologna. Obiettivi della collaborazione, ispirata a un approccio di ricerca-azione⁷, consistono nell'analizzare i bisogni di salute della popolazione migrante ed esposta a vulnerabilità sociale, identificare i meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze da parte dei servizi, e proporre possibili strategie operative orientate all'equità [128]. Dopo una prima fase di analisi del contesto, svolta tra il 2021 e il 2022, la ricerca-azione ha permesso di delimitare ulteriormente il campo di analisi, suggerendo la necessità di utilizzare un approccio *mixed methods* [129], ricorrendo a metodologie qualitative e quantitative e definendo come obiettivi specifici e tra loro complementari:

- a) Descrivere il profilo di salute delle persone migranti, le disuguaglianze esistenti, e individuare i determinanti sociali di salute correlati al percorso migratorio e alle modalità di accesso e utilizzo dei servizi sanitari;
- b) Identificare barriere e determinanti organizzativi che incidono sulla qualità dell'assistenza, e descrivere modelli, pratiche e strategie orientati alla promozione dell'equità;

⁷ Per *ricerca-azione* si intende un approccio partecipativo e riflessivo che integra produzione di conoscenza e cambiamento pratico, coinvolgendo attivamente professionisti e contesti studiati nei cicli di analisi, azione e valutazione. In ambito sanitario, la ricerca-azione è utilizzata per migliorare pratiche, organizzazioni e processi di cura attraverso l'apprendimento collettivo e il cambiamento situato [128].

c) Descrivere i processi strutturali e biopolitici che influenzano la salute, le disuguaglianze e l'equità, e identificare i meccanismi di riproduzione all'interno dei servizi.

Capitolo 2

Metodologia

2.1 - Premessa

La ricerca descritta è parte di una collaborazione tra il CSI dell'Università di Bologna e il Dipartimento di cure primarie dell'Azienda USL di Bologna, e ha previsto il coinvolgimento di esperti del Dipartimento di sanità pubblica e altri professionisti afferenti al GVM della stessa Azienda USL.

Disegno di studio

La ricerca è stata condotta a Bologna in un periodo compreso tra settembre 2022 e luglio 2025, e risponde all'obiettivo generale di contribuire a una maggiore comprensione dei bisogni di salute della popolazione migrante ed esposta a vulnerabilità sociale, identificare le barriere e i meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze da parte dei servizi, e possibili strategie operative orientate all'equità.

Il disegno, ispirato agli approcci di ricerca azione e mixed methods [128-129], presenta un impianto multimetodologico costituito da due studi tra loro complementari:

- uno studio osservazionale retrospettivo volto a quantificare e descrivere, tramite l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nel territorio AUSL, le disuguaglianze nelle ospedalizzazioni evitabili tra persone con tessera STP e cittadini residenti, utilizzando l'esito come indicatore indiretto di barriere di accesso/continuità nelle cure primarie e di determinanti sociali e organizzativi;
- uno studio qualitativo-etnografico finalizzato a esplorare l'organizzazione e le pratiche dei servizi sociosanitari coinvolti nell'assistenza a persone migranti esposte a vulnerabilità sociale, ricostruendo bisogni di salute, percorsi di accesso e presa in carico, ostacoli e determinanti organizzativi che incidono sulla qualità dell'assistenza, nonché strategie e buone pratiche orientate all'equità.

I due studi, pur adottando metodologie distinte, sono tra loro complementari nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi della ricerca. Coerentemente con l'impostazione multimetodologica e multilivello dello studio (che prevede linee di indagine e tecniche di raccolta e analisi dei dati differenti) disegni di studio, tempi di svolgimento e metodologie specifiche dei due studi sono affrontati nelle sezioni successive.

In primo luogo, sarà descritta la metodologia quantitativa utilizzata per analizzare i profili di salute, le disuguaglianze e i pattern di accesso/utilizzo dei servizi attraverso dati amministrativi. Successivamente, sarà introdotta la metodologia qualitativo-etnografica, che ha consentito di approfondire bisogni di salute, percorsi di accesso e pratiche organizzative dei servizi, evidenziando criticità e strategie orientate all'equità. Infine, verrà delineato l'approccio adottato per integrare le due linee metodologiche in una cornice interpretativa ulteriore, orientata a identificare e descrivere i processi strutturali e biopolitici che contribuiscono alla produzione e riproduzione delle disuguaglianze.

Tutte le attività di raccolta, conservazione e analisi dei dati, siano esse di natura qualitativa o quantitativa, sono state svolte nel rispetto di un protocollo unitario di trattamento adottato dall'intero progetto. Il Promotore ne garantisce l'applicazione, in conformità con la normativa vigente in materia di riservatezza e sicurezza (d.lgs. 196/2003 e successive modificazioni).

Lo studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Centro, con protocollo n. 36341.

2.2 - Analisi delle ospedalizzazioni evitabili nell'Azienda USL di Bologna

Come descritto in precedenza, questa parte del lavoro trae spunto dalla necessità di individuare una metodologia in grado di superare i limiti dell'approccio epidemiologico tradizionale alla popolazione migrante e con tessera STP, al fine di consentirne un'analisi più approfondita in merito ai bisogni di salute e alle modalità di accesso ai servizi sanitari. Per raggiungere questo obiettivo sono stati esplorati due

approcci complementari. In primo luogo, si è cercato di studiare la popolazione STP attraverso l'analisi del database dell'anagrafe regionale degli assistiti, con l'intento di costruire una coorte da mettere in relazione ai flussi correnti; tale tentativo ha tuttavia incontrato ostacoli tecnici e strutturali che, al momento della redazione del presente lavoro, non è stato possibile superare.

Per ottenere comunque una prima stima dei bisogni di salute e dell'accesso ai servizi nella popolazione STP, è stato successivamente svolto un approfondimento sulle disuguaglianze nelle ospedalizzazioni evitabili (OE) tra popolazione residente, straniera e STP, mediante l'analisi delle SDO. I risultati di questa seconda fase verranno infine integrati con le evidenze emerse dall'analisi qualitativa, al fine di restituire una comprensione più ampia e articolata dei bisogni e dei percorsi di cura delle persone con tessera STP.

La seguente sezione descrive la metodologia adottata per l'analisi quantitativa delle OE nella popolazione residente e migrante del territorio di Bologna nel periodo 2005-2024, prendendo spunto da recenti lavori analoghi [120,124]. Vengono presentate le fonti dei dati, le variabili di esito e di controllo, i criteri di inclusione ed esclusione del campione e le procedure di analisi statistica utilizzate. L'obiettivo è valutare le differenze nell'accesso e nell'efficacia delle cure primarie tra cittadini italiani, migranti documentati e non documentati (STP), utilizzando le SDO come base informativa.

Dati

Lo studio utilizza le SDO dell'Azienda USL di Bologna e delle due Aziende ospedaliere Sant'Orsola e Rizzoli nel periodo 2005-2024. Per ogni episodio di ricovero, il dataset include fino a sei diagnosi e procedure mediche, codificate secondo la *International Classification of Diseases, Ninth Revision – Clinical Modification* (ICD-9-CM), oltre a variabili contestuali (regione, provincia e azienda sanitaria locale), caratteristiche demografiche (età, sesso, paese di cittadinanza) e variabili socioeconomiche (stato civile, livello di istruzione, copertura assicurativa sanitaria). I dati provengono dal database anonimizzato delle dimissioni ospedaliere della Regione Emilia-Romagna.

Definizione delle variabili

Le variabili di esito dello studio sono la proporzione complessiva di OE, definite sulla base delle *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), rapportate al totale delle ospedalizzazioni. È inoltre previsto lo studio di tre sottocategorie: ospedalizzazioni evitabili dovute a) a peggioramento di condizioni croniche, b) a diabete, o c) a condizioni acute, secondo quanto indicato nella letteratura precedente [124, 130]. Le condizioni riconducibili alle OE sono state identificate secondo la definizione proposta dalla *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), come riportato in nella tabella 1 [131]. Le definizioni degli indicatori e i relativi codici ICD-9-CM sono riportati in appendice, tabella A1.

Tabella 1 - Indicatori AHRQ per classificare le ospedalizzazioni evitabili

PQI	Indicatori AHRQ	Popolazione
<i>Diabete</i>		
1	Ospedalizzazioni per complicanze acute del diabete	18+
3	Ospedalizzazioni per complicanze croniche del diabete	18+
14	Ospedalizzazioni per diabete non controllato	18+
16	Amputazioni degli arti inferiori in persone con diabete	18+
<i>Condizioni croniche*</i>		
5	Ospedalizzazioni per BPCO o asma negli adulti anziani	40+
7	Ospedalizzazioni per ipertensione arteriosa	18+
8	Ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca	18+
15	Ospedalizzazioni per asma negli adulti giovani	18–39
<i>Condizioni acute e a patologie prevenibili da vaccino</i>		
11	Ospedalizzazioni per polmonite acquisita in comunità	18+
12	Ospedalizzazioni per infezioni delle vie urinarie	18+

* si considerano anche i 4 indicatori riconducibili a diabete.

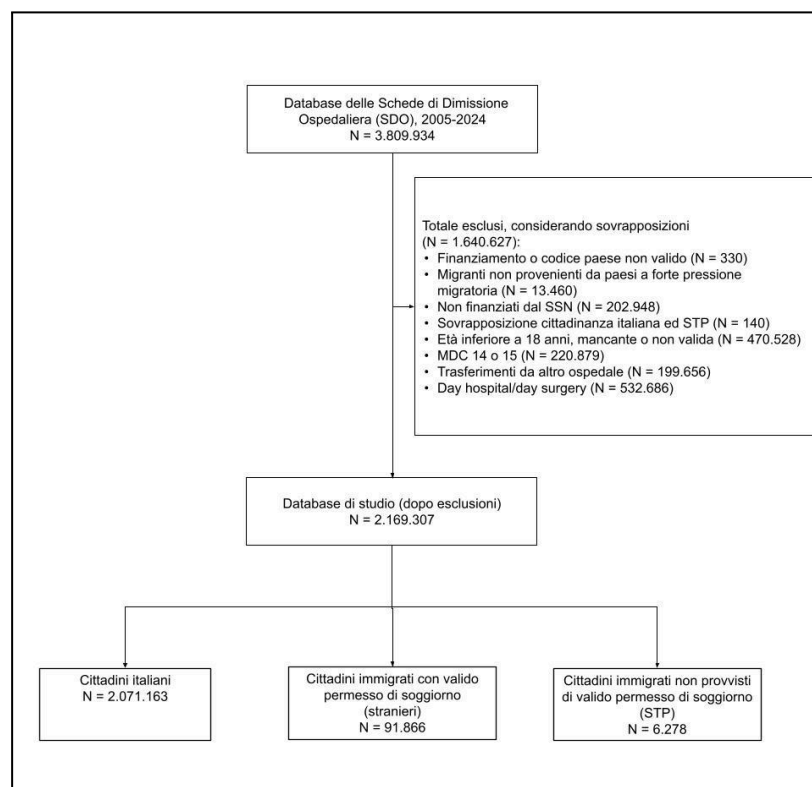
L'unità di analisi è il singolo ricovero, distinto in relazione alla popolazione di riferimento in tre categorie: cittadini italiani (categoria di riferimento), cittadini

immigrati con valido permesso di soggiorno (stranieri) e cittadini immigrati non provvisti di valido permesso di soggiorno (STP). Tale condizione è stata identificata attraverso il codice amministrativo di finanziamento del ricovero (ODG – onere della degenza), che specifica la fonte di finanziamento (Servizio sanitario nazionale [SSN], spese private, ecc.). Le persone non provviste di valido permesso di soggiorno, sono riconoscibili grazie ai codici STP, associati a specifici codici ODG.

Popolazione dello studio

Dal database delle dimissioni ospedaliere avvenute nel territorio di Bologna tra il 2005 e il 2024 sono stati esclusi i record con informazioni incomplete sulla cittadinanza o sulla diagnosi principale. Altre esclusioni (Fig.1) sono state svolte seguendo quanto indicato nella letteratura di riferimento, e con l'obiettivo di eliminare possibili fattori confondenti [124].

Figura 1 - Flow Chart della popolazione di studio.



L'analisi è stata limitata ai cittadini italiani e agli immigrati provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), secondo la definizione Istat, comprendente Africa, Asia

(esclusi Israele e Giappone), America centrale e meridionale (Appendice, Tabella A2). Ci si è poi concentrati su un campione omogeneo di ospedalizzazioni interamente finanziate dal SSN (“campione iniziale SDO”), escludendo quelle finanziate parzialmente o totalmente da risorse private o assicurazioni, poiché fortemente correlate a reddito e ad altre variabili socioeconomiche non osservabili. Le ospedalizzazioni possono aver avuto luogo in strutture pubbliche o private accreditate. Sono stati inoltre escluse le ospedalizzazioni relative a gravidanza, parto e puerperio (MDC 14), neonati e lattanti (MDC 15) e minori di 18 anni, poiché per queste categorie esistono codici di registrazione specifici che garantiscono il rilascio di un permesso di soggiorno temporaneo e il pieno accesso alle cure sanitarie. Sono stati infine esclusi i trasferimenti da altri ospedali, per evitare duplicazioni.

I PFPM comprendono anche i nuovi Paesi UE, ma i cittadini di questi Stati sono stati esclusi dall’analisi principale poiché non possono rientrare nella categoria di cittadini non provvisti di regolare permesso di soggiorno.

Analisi statistica e reporting

Le analisi sono state eseguite con l’ausilio di modelli di regressione logistica per stimare la probabilità di OE complessiva o appartenente a una delle tre sottocategorie di riferimento (cronico, diabete, acuto).

La principale variabile indipendente del modello è lo status di accesso al SSN, che distingue tra cittadini italiani (categoria di riferimento), cittadini immigrati con valido permesso di soggiorno (stranieri) e cittadini immigrati non provvisti di valido permesso di soggiorno (STP).

Le variabili di controllo individuali incluse nei modelli sono: classe di età, sesso, macro-area di provenienza, stato civile, e un’ulteriore categoria “missing” per tenere conto della quota di valori mancanti per le ultime due variabili. L’analisi dei dati è stata condotta con il software Stata 19. Le dimensioni d’effetto legate all’esposizione anagrafica sono state riportate come odds ratio aggiustati (OR) aggiustati e accompagnati da intervalli di confidenza al 95% (IC 95%).

2.3 - Analisi qualitativa-etnografica dei bisogni di salute e delle caratteristiche organizzative dei servizi sociosanitari

Obiettivo dello studio è esplorare l'organizzazione e le pratiche dei servizi sociosanitari coinvolti nell'assistenza a persone migranti esposte a vulnerabilità sociale, ricostruendo bisogni di salute, percorsi di accesso e presa in carico, ostacoli e determinanti organizzativi che incidono sulla qualità dell'assistenza, nonché strategie e buone pratiche orientate all'equità.

Questo studio adotta un approccio qualitativo e presenta un disegno di ricerca multifasico e multicentrico [132]. La descrizione dello studio e dei risultati segue le linee guida *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* [133].

Disegno di studio e contesto

Lo studio è un'indagine qualitativa-etnografica, svolta mediante interviste semi-strutturate con operatori e osservazioni delle pratiche dei servizi sociosanitari coinvolti nell'assistenza a persone migranti ed esposte a vulnerabilità sociale [134-135]. Lo studio si è svolto tra settembre 2022 e luglio 2025 nel territorio di competenza dell'Azienda USL di Bologna.

Criteri di inclusione

Il coinvolgimento dei servizi si è basato su un criterio di campionamento intenzionale, tramite un meccanismo a palla di neve (*snowball sampling*) e mediante un iniziale coinvolgimento dei servizi che compongono il GVM dell'AUSL di Bologna. Successivamente sono stati inclusi servizi e operatori che sono emersi come rilevanti durante interviste e osservazioni, purché coinvolti nei percorsi di assistenza e presa in carico in oggetto [136-137].

Dati raccolti

Osservazioni e interviste sono state svolte seguendo una traccia specifica, riportata in appendice (A3, Traccia semistrutturata per analisi qualitativa dei servizi).

Gli ambiti indagati, riportati sinteticamente sono: a) bisogni di salute della popolazione assistita e/o di riferimento; b) accesso e accessibilità del servizio (criteri, modalità, strategie, barriere, distanza, spazi); c) attività svolte (generalì e specifiche per la popolazione di riferimento); d) approcci alla valutazione e presa in carico dei bisogni; e) integrazione sociosanitaria e governance territoriale (dispositivi, pratiche, criticità); f) vissuti degli operatori rispetto al lavoro di cura.

Gli ambiti della traccia sono stati elaborati in modo specifico per la ricerca, in funzione di quanto emerso da ricerche precedenti e dalla letteratura di riferimento in materia di cure primarie e accesso alle cure per persone migranti [17-20, 34, 42, 44-45, 125-127].

Modalità di raccolta dati

Le interviste sono state svolte singolarmente o in gruppo, online o in presenza, in funzione delle necessità logistiche, della disponibilità degli operatori e dell'accessibilità al campo. Le interviste sono state registrate e successivamente trascritte. Sia le interviste in presenza sia quelle online sono state svolte in modo da garantire la privacy della persona intervistata, previo consenso informato e senza interferire con il regolare svolgimento delle attività sanitarie.

Similmente, le osservazioni partecipanti sono state svolte in funzione della possibilità logistica e di accessibilità del campo: durante le attività assistenziali e di accettazione, in setting ambulatoriali o in contesti di attività esterna o domiciliare. Tutte le osservazioni sono state svolte previo consenso informato di tutti gli operatori presenti e dei pazienti coinvolti, e nel pieno rispetto della privacy. Le osservazioni prevedevano l'annotazione di un diario di campo, durante o subito dopo lo svolgimento delle attività.

Gestione e analisi dei dati

L'analisi delle interviste e delle osservazioni è stata condotta da un solo ricercatore seguendo il *framework method*, mediante analisi tematica e approccio deduttivo–induttivo [138-139]. Le trascrizioni e i diari sono stati codificati in base alle principali aree tematiche della guida all'intervista (a-f), individuate anche attraverso la revisione della letteratura. Successivamente, per ciascuna area è stata effettuata una

seconda fase di analisi, al fine di identificare i sotto-temi. Tutti i processi di analisi sono stati condotti mediante una griglia digitale (Microsoft Word) e anonimizzati. Non è stato utilizzato alcun software specifico per l'analisi. I dati sono stati raggruppati per etichetta e organizzati in tabelle.

Infine, i risultati sono stati concettualizzati secondo la prospettiva della *Comprehensive Primary Health Care* (accessibilità, continuità della cura, partecipazione comunitaria, governance) e delle raccomandazioni e strategie descritte nel paragrafo 1.1 [32, 34-40].

2.4 - Integrazione multimetodologica

In continuità con l'impianto multimetodologico descritto, la presente sezione esplicita il passaggio metodologico e analitico adottato per integrare i risultati quantitativi e qualitativi in una riflessione interpretativa più articolata, orientata a descrivere i processi strutturali che influenzano la salute, la produzione di disuguaglianze e l'organizzazione dei servizi. L'analisi procede riportando in modo graduale i risultati emersi dalle due linee metodologiche precedentemente descritte e dai rispettivi campi di approfondimento, ricomponendo all'interno di un piano di lettura processuale e di determinazione sociale della salute [52-55, 58-60].

L'analisi si concentra in particolare sui meccanismi di riproduzione e mantenimento dei macro-processi, ovvero su quelle dinamiche attraverso cui processi strutturali come razzismo e colonialismo si traducono e si rendono operativi nella vita sociale, in forme concrete di regolazione e organizzazione, includendo norme, dispositivi amministrativi e pratiche operative dei servizi [56-60]. Dispositivi e logiche biopolitiche (necropolitiche, slow violence, othering e culturalismi, violenza epistemica, dispositivi discrezionali di confine, pratiche di invisibilizzazione) verranno ricondotti agli ambiti tematici-analitici che hanno guidato l'analisi qualitativo-etnografica dei determinanti di salute (migratori in particolare) e organizzativa dei servizi (accessibilità, modelli di presa in carico, continuità di cure, integrazione, governance, monitoraggio e raccolta dati) [63-65,69-76].

Accanto all'analisi dei meccanismi di riproduzione dei processi strutturali, si tenterà inoltre di dare visibilità alle soggettività, evidenziando sia meccanismi di incorporazione dei processi sopra descritti e sia le strategie individuali e collettive di cura, adattamento e resistenza, attraverso cui persone e operatori cercano di fronteggiare vincoli strutturali, negoziare l'accesso ai servizi e costruire margini di protezione e significato nelle proprie traiettorie di salute e di vita. [53-55,60,106-107].

Nei capitoli 3 e 4 saranno riportati separatamente i risultati dei due studi, quantitativo e qualitativo-etnografico. Nel Capitolo 5, tali risultati verranno discussi in modo graduale e integrato. Nel paragrafo 5.2 il profilo di salute e i pattern di disuguaglianza emersi dall'analisi quantitativa saranno discussi e contestualizzati alla luce delle evidenze qualitative, al fine di inquadrare e commentare i determinanti sociali e organizzativi sottostanti. Successivamente (paragrafo 5.3), verranno discussi in modo specifico i risultati dell'analisi organizzativa dei servizi, facendo riferimento ai quadri della *Comprehensive Primary Health Care* e alle raccomandazioni richiamate nel paragrafo 1.1 [32, 34-40]. Infine (paragrafi 5.3 e 5.4), seguendo lo schema analitico delineato nella presente sezione, si tenterà di elaborare una lettura dei processi strutturali e biopolitici che contribuiscono a produrre e riprodurre le disuguaglianze osservate, in coerenza con gli obiettivi principali della ricerca. In conclusione, verranno infine discusse alcune implicazioni operative e possibili raccomandazioni orientate all'equità, sulla base delle evidenze prodotte.

Capitolo 3

Risultati: disuguaglianze nelle ospedalizzazioni evitabili tra cittadini italiani, immigrati residenti e con tessera STP

3.1 - Introduzione

La seguente sezione presenta i risultati dell'analisi quantitativa condotta sulle ospedalizzazioni evitabili (OE) nel territorio di Bologna nel periodo 2005-2024, con l'obiettivo di esplorare le differenze tra cittadini italiani, stranieri e persone con tessera STP. I risultati sono articolati in due sottosezioni: la prima illustra le caratteristiche generali del campione di studio, le esclusioni effettuate e la distribuzione demografica dei ricoveri; la seconda riporta gli esiti dei modelli di regressione logistica, con la stima degli Odds ratio (OR) aggiustati per ciascun gruppo di popolazione e per tipologia di ospedalizzazione evitabile (cronica, acuta e da diabete).

Il database delle SDO 2005-2024 comprendeva informazioni relative a 3.809.934 ospedalizzazioni (tab.2), corrispondenti a 3.521.118 ricoveri di persone con cittadinanza italiana (92,4%), 275.707 ricoveri di persone con cittadinanza straniera (7,2%) e 13.109 ricoveri di persone con tessera STP (0,3%).

Le ospedalizzazioni evitabili nella popolazione totale sono 173.631 (4,5%), 167.476 (4,8%) per gli italiani, 5.648 (2%) negli stranieri e 507 (3,9%) per gli STP. Il dettaglio del raggruppamento per i decenni 2005-2014 e 2015-2024 sono riportati in Appendice, Tabella A4.

Tab. 2 - Popolazione di studio, risultati generali. Periodo 2005-2024

	Italiani		Stranieri		STP		Tot.
Ospedalizzazioni totali	3.521.118	92,4	275.707	7,2	13.109	0,3	3.809.934
Ospedalizzazioni evitabili	167.476	96,5	5.648	3,3	507	0,3	173.631
Esclusioni	1.449.955	88,4	183.841	11,2	6.831	0,4	1.640.627
Codice paese non valido	0	0,0	329	99,7	1	0,3	330
Paesi non a forte pressione migratoria	0	0,0	13.424	99,7	36	0,3	13.460
Ospedalizzazioni non finanziate da SSN	192.466	94,8	10.482	5,2	0	0,0	202.948
Sovrapposizione italiani e STP	0	0,0	0	0,0	140	100,0	140
Età < 18 anni, o non valida	400.798	85,2	67.909	14,4	1.821	0,4	470.528
MDC 14 o 15	155.712	70,5	61.752	28,0	3.415	1,5	220.879
Trasferimenti da altri ospedali	192.260	96,3	6.703	3,4	693	0,3	199.656
Day Hospital e day surgery	508.719	95,5	23.242	4,4	725	0,1	532.686
Popolazione di studio							
OT, dopo esclusioni	2.071.163	95,5	91.866	4,2	6.278	0,3	2.169.307
OE, dopo esclusioni	163.055	96,7	5.016	3,0	496	0,3	168.567
OE acute	58.169	95,8	2.325	3,8	224	0,4	60.718
OE croniche	104.886	97,3	2.691	2,5	272	0,3	107.849
OE diabete	11.369	92,3	858	7,0	93	0,8	12.320
Genere							
M	1.035.235	95,7	42.518	3,9	3.704	0,3	1.081.457
F	1.035.928	95,2	49.348	4,5	2.574	0,2	1.087.850
Classe di età							
18-24	63.633	87,9	7.959	11,0	814	1,1	72.406
25-44	271.073	86,2	40.219	12,8	3.149	1,0	314.441
45-64	559.797	94,1	33.211	5,6	1.749	0,3	594.757
65-74	428.446	98,3	7.179	1,6	412	0,1	436.037
75+	748.214	99,5	3.298	0,4	154	0,0	751.666
Stato civile							
Coniugato	350.195	97,3	9.493	2,6	275	0,1	359.963
Non coniugato	1.093.209	95,4	49.733	4,3	2.500	0,2	1.145.442
Missing	627.759	94,6	32.640	4,9	3.503	0,5	663.902
Area di provenienza							
Europa	2.071.163	97,7	45.101	2,1	3.062	0,1	2.119.326
Africa settentrionale	0	0,0	16.464	92,2	1.386	7,8	17.850
Africa occidentale	0	0,0	3.999	90,7	409	9,3	4.408
Africa orientale	0	0,0	1.577	92,6	126	7,4	1.703
Africa centro meridionale	0	0,0	877	89,1	107	10,9	984
Asia occidentale	0	0,0	1.095	92,1	94	7,9	1.189
Asia centro meridionale	0	0,0	10.426	95,5	488	4,5	10.914
Asia orientale	0	0,0	5.912	96,9	191	3,1	6.103
America centro meridionale	0	0,0	4.779	93,7	324	6,3	5.103
Apolide	0	0,0	1.636	94,7	91	5,3	1.727

3.2 - Esclusioni e caratteristiche del campione di studio

Differenze tra le esclusioni nelle diverse popolazioni

Dopo l'esclusione dei record corrispondenti ai criteri descritti in figura 1, il campione finale risulta composto da 2.169.307 eventi di ospedalizzazione, pari al 61,6%, con una lieve variazione nella rappresentazione delle percentuali tra i gruppi: i ricoveri complessivi di cittadini italiani sono 2.071.163 (95,5%), quelli degli stranieri 91.866 (4,2%), mentre la percentuale dei ricoveri di persone con tessera STP rimane costante a 0,3% (6.278).

Le ospedalizzazioni evitabili nella popolazione di studio al termine delle esclusioni sono 168.567 (7,8%) nella popolazione totale, 163.055 (7,9%) per gli italiani, 5.016 (5,5%) negli stranieri e 496 (7,9%) per gli STP, evidenziando un incremento della prevalenza relativa delle OE sul totale in tutti i gruppi. Questa differenza nella rappresentazione dei gruppi di popolazione nel campione complessivo sembra in parte imputabile alle differenze demografiche tra le popolazioni e alla conseguente diversa distribuzione delle percentuali di ricoveri corrispondenti ai criteri di esclusione. Nel totale delle ospedalizzazioni escluse, più della metà corrispondono alla somma tra i 532.686 (32,4%) ricoveri in day hospital e 470.528 (28,6%) che riguardano ricoveri di minori. Ricoveri di natura ostetrico-ginecologica o correlati al parto sono 220.879, terzo gruppo per numerosità (13,4%).

Come riportato in tabella 3, i ricoveri di minori o per diagnosi ostetrico-ginecologiche e parti, corrispondono al 70,5% dei ricoveri esclusi di cittadini stranieri e al 76,0% dei ricoveri esclusi di persone con tessera STP, mentre per i cittadini italiani rappresentano il 38,3%.

Tab. 3 - Andamento criteri di esclusioni tra cittadini italiani, stranieri e con tessera STP.
Valori assoluti e percentuali relative

	Italiani		Stranieri		STP	
Esclusioni	1.449.955		183.841		6.831	
<i>Codice paese non valido</i>	0	0	329	0,2	1	0
<i>Paesi non a forte pressione migratoria</i>	0	0	13.424	7,3	36	0,5
<i>Ospedalizzazioni non finanziate da SSN</i>	192.466	13,3	10.482	5,7	0	0
<i>Sovrapposizione cittadini italiani e STP</i>	0	0	0	0	140	2
<i>Età < 18 anni, mancante o non valida</i>	400.798	27,6	67.909	36,9	1.821	26,7
<i>MDC 14 o 15</i>	155.712	10,7	61.752	33,6	3.415	50
<i>Trasferimenti da altri ospedali</i>	192.260	13,3	6.703	3,6	693	10,1
<i>Day Hospital e day surgery</i>	508.719	35,1	23.242	12,6	725	10,6

Classi di età, genere e nazionalità prevalenti nel campione dopo esclusione

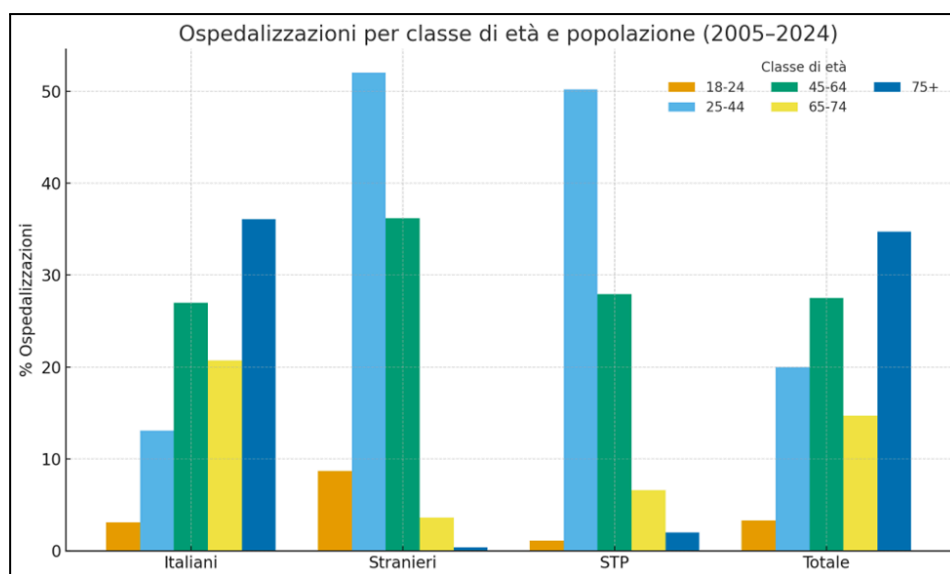
Analizzando la distribuzione percentuale delle ospedalizzazioni per classe di età nei diversi gruppi di popolazione (italiani, stranieri, STP e totale) nel periodo 2005-2024 si osserva una netta differenza nella struttura anagrafica: per la popolazione italiana il 56,8 % dei ricoveri è relativo alle classi di età 65-74 (428.446, 20,7%) e >75 anni (748.214, 36,1%), mentre per cittadini stranieri e persone con tessera STP il numero maggiore di ricoveri riguarda la classe di età 25-44, con rispettivamente 40.219 (43,8%) e 3.149 (50,2%) ricoveri. Il totale risente del peso numerico della popolazione italiana, ma presenta un parziale riequilibrio verso le fasce centrali.

La distribuzione per classi di età mostra lievi variazioni nelle due fasi temporali nella popolazione totale e in quella italiana, mentre sia nella popolazione straniera che in quella STP si assiste ad un maggiore rappresentazione delle classi di età 65-74 e >75 nel periodo 2015-2024 rispetto al periodo 2005-2014. Maggiori dettagli sono consultabili in appendice, tabella A4.

Anche nella distribuzione di genere si evidenziano delle differenze tra i gruppi. Nella popolazione totale i generi sono bilanciati: i maschi corrispondono a 1.081.457 ricoveri (49,9%) e le femmine a 1.087.850 (50,1%). Per la popolazione italiana le percentuali sono simili, mentre si evidenzia una maggiore prevalenza (53,7%) di femmine, pari a 49.348 ricoveri, contro i 42.518 ricoveri di maschi (46,3%) nella popolazione straniera. Il rapporto risulta invertito nella popolazione STP con 3.704 ricoveri di uomini (59%) e

2.574 (41%) di donne. Tali rapporti restano invariati, seppur con lievi differenze, per tutte le popolazioni nel periodo 2005-2014, mentre nel periodo 2015-2024 si evidenzia nella popolazione STP un aumento della differenza tra maschi (67,1%) e femmine (32,9%), pari rispettivamente a 1.618 e 794 ricoveri. Maggiori dettagli sono consultabili in Appendice, tabella A4.

Fig 2. Distribuzione delle ospedalizzazioni per classi di età e popolazione



Per quanto riguarda le aree di provenienza, si evidenzia come l'Europa sia il gruppo più numeroso con 2.119.326 ricoveri (97,6%), seguito da Africa settentrionale [17.850 (0,82%)], Asia centro-meridionale [10.914 (0,50%)], Asia orientale [6.103 (0,28%)] e America centro-meridionale [5103 (0,23%)]. Tale distribuzione rimane stabile nelle fasi temporali 2005-2014 e 2015-2024 per le aree di provenienza Europa e Africa settentrionale, mentre per tutte le altre si evidenzia un lieve aumento nel periodo 2015-2024 rispetto al decennio precedente (Appendice, tabella A4).

Nella popolazione straniera, la distribuzione delle aree di provenienza resta invariata nell'ordine; tuttavia, le singole prevalenze si modificano notevolmente ed evidenziano un minor peso relativo della popolazione europea (49%) rispetto al totale della popolazione straniera, e un aumento della prevalenza relativa di tutte le altre aree di provenienza, in particolare dell'Africa settentrionale che rappresenta il 17,9% (tab 4).

La distribuzione delle prevalenze resta stabile nei periodi di osservazione, con lievi differenze tra i due periodi per Europa e Africa settentrionale.

Tab 4 - Distribuzione delle prevalenze delle aree di provenienza. Confronto tra italiani, stranieri ed STP

Area di provenienza	2005-2024		2005-2014		2015-2024	
Popolazione totale						
Europa	2.119.326	97,7	1.140.484	97,9	978.842	97,4
Africa settentrionale	17.850	0,8	9.558	0,8	8.292	0,8
Africa occidentale	4.408	0,2	1.896	0,2	2.512	0,2
Africa orientale	1.703	0,1	1.010	0,1	693	0,1
Africa centro meridionale	984	0,0	450	0,0	534	0,1
Asia occidentale	1.189	0,1	502	0,0	687	0,1
Asia centro meridionale	10.914	0,5	4.773	0,4	6.141	0,6
Asia orientale	6.103	0,3	2.643	0,2	3.460	0,3
America centro meridionale	5.103	0,2	2.443	0,2	2.660	0,3
Apolide	1.727	0,1	687	0,1	1.040	0,1
Stranieri						
Europa	45.101	49,1	19.244	46,5	25.857	51,2
Africa settentrionale	16.464	17,9	8.736	21,1	7.728	15,3
Africa occidentale	3.999	4,4	1.679	4,1	2.320	4,6
Africa orientale	1.577	1,7	929	2,2	648	1,3
Africa centro meridionale	877	1,0	384	0,9	493	1,0
Asia occidentale	1.095	1,2	441	1,1	654	1,3
Asia centro meridionale	10.426	11,3	4.504	10,9	5.922	11,7
Asia orientale	5.912	6,4	2.510	6,1	3.402	6,7
America centro meridionale	4.779	5,2	2.241	5,4	2.538	5,0
Apolide	1.636	1,8	681	1,6	955	1,9
STP						
Europa	3.062	48,8	2.009	52,0	1.053	43,7
Africa settentrionale	1.386	22,1	822	21,3	564	23,4
Africa occidentale	409	6,5	217	5,6	192	8,0
Africa orientale	126	2,0	81	2,1	45	1,9
Africa centro meridionale	107	1,7	66	1,7	41	1,7
Asia occidentale	94	1,5	61	1,6	33	1,4
Asia centro meridionale	488	7,8	269	7,0	219	9,1
Asia orientale	191	3,0	133	3,4	58	2,4
America centro meridionale	324	5,2	202	5,2	122	5,1
Apolide	91	1,4	6	0,2	85	3,5

Nella popolazione STP, Europa e Africa settentrionale si confermano i gruppi più numerosi, con una prevalenza di quest'ultima relativamente superiore rispetto agli stranieri (22,1%). L'ordine della distribuzione delle altre aree resta invariato rispetto alla popolazione totale e straniera, eccezion fatta per l'Africa occidentale (6,5%) che diventa il quarto gruppo più rappresentato e l'Asia Orientale (3,0%) che invece rappresenta la sesta area di provenienza. Anche in questo caso la distribuzione nei due periodi di osservazione resta stabile con lievi variazioni per tutte le aree di provenienza.

Ospedalizzazioni evitabili e differenze tra gruppi

La tabella 5 mostra le distribuzioni delle numerosità e delle prevalenze delle tipologie di OE per italiani, stranieri ed STP, e nei tre intervalli di tempo.

Tab. 5 - Ospedalizzazioni evitabili in italiani, stranieri ed STP nei periodi 2005-2024, 2005-2012 e 2015-2024

Ospedalizzazioni, dopo esclusioni	2005-2024		2005-2014		2015-2024	
Italiani						
Totali	2.071.163		1.119.231		951.932	
Evitabili	163.055	7,9	91.645	8,2	71.410	7,5
OE acute	58.169	35,7	27.896	30,4	30.273	42,4
OE croniche	104.886	64,3	63.749	69,6	41.137	57,6
OE diabete	11.369	7,0	7.767	8,5	3.602	5,0
Stranieri						
Totali	91.866		41.349		50.517	
Evitabili	5.016	5,5	2.329	5,6	2.687	5,3
OE acute	2.325	46,4	979	42,0	1.346	50,1
OE croniche	2.691	53,6	1.350	58,0	1.341	49,9
OE diabete	858	17,1	453	19,5	405	15,1
STP						
Totali	6.278		3.866		2.412	
Evitabili	496	7,9	277	7,2	219	9,1
OE acute	224	45,2	109	39,4	115	52,5
OE croniche	272	54,8	168	60,6	104	47,5
OE diabete	93	18,8	66	23,8	27	12,3

Nel periodo 2005-2024 le OE totali sono state 163.055 (7,9%) negli italiani, 5.016 (5,5%) negli stranieri e 496 (7,9%) negli STP. La prevalenza delle OE sui ricoveri totali nel periodo 2015-2024 ha un valore inferiore che nel periodo 2005-2014, sia per italiani (da 8,2% a 7,5%) e sia per gli stranieri (da 5,6% a 5,3%), mentre aumenta per gli STP (da 7,2% a 9,1%).

Negli italiani, le OE per condizioni croniche sono il 64,3 % delle OE totali nel periodo 2005-2024, contro il 35,7% delle OE acute. Le OE per complicanze del diabete sono il 7%. Tuttavia, la prevalenza di OE per condizioni croniche varia dal 69,6% nel periodo 2005-2014 al 57,6% del 2015-2024. Ugualmente si riduce la prevalenza di OE per complicanze del diabete.

Anche nella popolazione straniera nel periodo 2005-2024 le OE per condizioni croniche sono maggiormente frequenti (53,6%) che per le condizioni acute (46,4%), ma con uno scarto minore rispetto al gruppo degli italiani. Le OE per complicanze relative al diabete sono invece il 17,0%. Ugualmente come per gli italiani, tra i due periodi 2005-2014 e 2015-2024 si assiste a una riduzione delle OE per condizioni croniche (da 58,0% a 49,9%) e a un aumento delle OE per condizioni acute (da 42,0% a 50,1%). Inoltre, è possibile osservare che la prevalenza delle OE per condizioni croniche negli stranieri è sempre inferiore rispetto agli italiani, mentre le OE per condizioni acute sono sempre superiori.

Allo stesso modo, sebbene si osservi una riduzione nella prevalenza delle OE per complicanze del diabete tra il primo (19,5%) e il secondo periodo (15,1%), questa si mantiene stabilmente superiore rispetto agli italiani.

L'andamento della distribuzione delle prevalenze di OE croniche e acute negli STP è simile a quello della popolazione straniera. Nel periodo 2005-2024, le OE per condizioni croniche (54,8%) sono maggiormente frequenti rispetto alle acute (45,2%), ma con meno scarto rispetto agli italiani. OE per complicanze del diabete (18,8%) sono più frequenti che in stranieri e italiani. Anche in questo caso si assiste ad una riduzione delle OE croniche e a un aumento di quelle acute tra il primo ed il secondo periodo. Come per gli stranieri, è possibile osservare che la prevalenza delle OE per condizioni croniche negli STP è sempre inferiore rispetto agli italiani, mentre le OE per condizioni acute e per diabete sono sempre superiori.

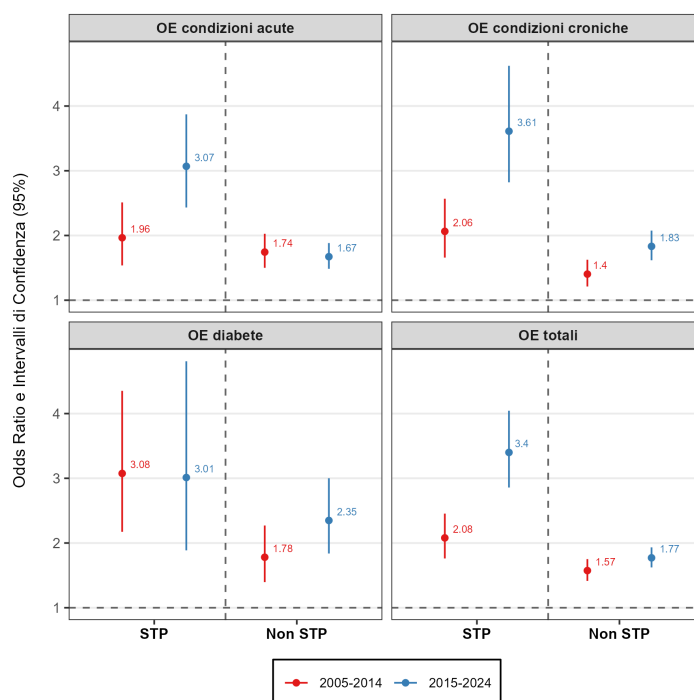
3.3 - Odds ratio di OE per immigrati residenti e STP

La tabella 6 e la figura 3 riassumono i principali risultati delle analisi logistiche multivariate, relative alle OE complessive e per sottocategorie, per i periodi 2005-2014 e 2015-2024. La Tabella 7 riporta i risultati completi delle stime per il 2005-2024. Le stime relative ai periodi 2005-2014 e 2015-2024 sono riportate in Appendice, tabella A5.

Tab. 6 - Odds Ratio delle ospedalizzazioni evitabili per stranieri e STP rispetto a italiani.

	STP								
	2005-2024			2005-2014			2015-2024		
	OR	Inf	Sup	OR	Inf	Sup	OR	Inf	Sup
PQ_overall	2,58	2,29	2,90	2,08	1,76	2,45	3,40	2,86	4,04
PQ_acute	2,44	2,06	2,88	1,96	1,54	2,51	3,07	2,43	3,87
PQ_chronic	2,60	2,22	3,06	2,06	1,66	2,57	3,61	2,82	4,62
PQ_Diabetes_	3,02	2,30	3,97	3,08	2,17	4,35	3,01	1,89	4,81
	Stranieri non STP								
	2005-2024			2005-2014			2015-2024		
	OR	Inf	Sup	OR	Inf	Sup	OR	Inf	Sup
PQ_overall	1,67	1,56	1,79	1,57	1,41	1,75	1,77	1,62	1,93
PQ_acute	1,70	1,55	1,87	1,74	1,50	2,03	1,67	1,49	1,88
PQ_chronic	1,58	1,44	1,74	1,40	1,21	1,63	1,83	1,62	2,08
PQ_Diabetes_	2,00	1,69	2,38	1,78	1,40	2,27	2,35	1,84	3,00

Fig. 3 - Odds Ratio di tutte le OE per STP e Stranieri. 2005-2014 e 2015-2024



Dalla Figura 3 emerge che per tutte le tipologie di OE e in entrambi i periodi 2005-2014 e 2015-2024 la probabilità (OR) di OE, rispetto ai cittadini italiani è sempre maggiore sia per gli STP e sia per gli stranieri. Tutte queste stime sono calcolate al netto dei potenziali confondenti elencati nel secondo capitolo.

Considerando le OE totali nel periodo 2005-2024, gli OR aggiustati risultano pari a 1,67 (IC 95%: 1,56-1,79) per gli stranieri e 2,58 (IC 95%: 2,29-2,90) per gli STP. Tra il 2005-2014 e il 2015-2024, l'OR aumenta significativamente per gli STP (fig. 3), mentre non aumenta in modo significativo per gli stranieri. Inoltre, l'OR per gli STP è maggiore rispetto agli stranieri e statisticamente significativo sia nel periodo complessivo che nei due decenni.

Per quanto riguarda le condizioni croniche, negli stranieri l'OR è pari a 1,58 (IC 95%: 1,44-1,74) mentre per gli STP è superiore e pari a 2,60 (IC 95% 2,22-3,06). Nel secondo periodo (2015-2024), l'OR aumenta significativamente per gli STP a 3,06 (IC 95%: 2,82-4,62), mentre negli stranieri aumenta a 1,83. Il rischio per gli STP è maggiore rispetto agli stranieri e statisticamente significativo, sia nel periodo complessivo che nei due decenni.

Per le OE da condizioni acute nel periodo complessivo 2005-2024, l'OR è pari a 1,70 (IC 95%: 1,55-1,87) per gli stranieri e pari a 2,44 (IC 95%: 2,06-2,88) per gli STP. Nel secondo periodo si evidenzia un aumento del rischio per gli STP rispetto agli italiani, con un OR di 3,07 (IC 95%: 2,43-3,87); questo risultato si conferma significativo ma è attenuato nel periodo precedente (OR 1,96, IC 95%: 1,54-2,51). L'andamento è analogo per gli stranieri, seppur questi presentano un OR più basso degli STP sia nel periodo 2005-2014 e sia nel 2015-2024, rispettivamente 1,74 (IC 95% 1,50-2,03) e 1,67 (IC 95% 1,49-1,88).

Le OE per complicanze del diabete evidenziano le differenze più marcate rispetto agli italiani, con un OR pari a 2,00 (IC 95%: 1,69-2,38) per gli stranieri e 3,02 (IC 95%: 2,30-3,97) per gli STP nel periodo 2005-2024. Tuttavia, gli intervalli di confidenza indicano che, seppur l'OR degli STP sia maggiore, la differenza tra i due gruppi di

stranieri non è statisticamente significativa né nel periodo complessivo né nei periodi 2005-2014 e 2015-2024.

Tab. 7 - Odds Ratio per singole variabili rispetto a italiani. 2005-2024

	OE totali			OE acute			OE croniche			OE diabete		
	OR	inf	sup	OR	inf	sup	OR	inf	sup	OR	inf	sup
<i>STP</i>	2,58	2,29	2,90	2,44	2,06	2,88	2,60	2,22	3,06	3,02	2,30	3,97
<i>Stranieri</i>	1,67	1,56	1,79	1,70	1,55	1,87	1,58	1,44	1,74	2,00	1,69	2,38
<i>M</i>	1,00			1,00			1,00			1,00		
<i>F</i>	0,93	0,92	0,94	0,90	0,88	0,91	0,96	0,95	0,97	0,79	0,76	0,82
<i>2005-2014</i>	0,98			1,00			1,00			1,00		
<i>2015-2024</i>	0,97	0,96	0,98	1,40	1,37	1,42	0,78	0,77	0,79	0,59	0,57	0,62
<i>18-24</i>	0,54	0,51	0,57	1,10	1,03	1,18	0,21	0,19	0,23	0,40	0,33	0,46
<i>25-44</i>	0,57	0,55	0,59	1,01	0,96	1,05	0,32	0,32	0,34	0,46	0,42	0,49
<i>45-64</i>	1,00			1,00			1,00			1,00		
<i>65-74</i>	2,04	2,00	2,08	1,75	1,70	1,81	2,18	2,12	2,23	1,40	1,33	1,48
<i>75+</i>	6,30	6,20	6,41	5,10	4,97	5,24	6,37	6,24	6,51	1,58	1,50	1,65
<i>Coniugato</i>	1,00			1,00			1,00			1,00		
<i>Non coniugato</i>	1,51	1,48	1,53	1,69	1,64	1,75	1,38	1,35	1,41	1,25	1,18	1,33
<i>Stato civile mancante</i>	2,17	2,13	2,21	2,39	2,31	2,46	1,94	1,90	1,98	1,67	1,58	1,77
<i>Unione Europea</i>	1,00			1,00			1,00			1,00		
<i>Europa centro orientale</i>	0,92	0,84	1,01	0,94	0,83	1,07	0,91	0,80	1,03	0,63	0,50	0,81
<i>Africa settentrionale</i>	1,52	1,39	1,66	1,21	1,07	1,37	1,78	1,58	2,01	2,49	2,03	3,05
<i>Africa occidentale</i>	1,70	1,48	1,96	1,31	1,08	1,60	2,15	1,77	2,62	2,32	1,70	3,16
<i>Africa orientale</i>	1,29	1,06	1,57	1,09	0,81	1,46	1,42	1,11	1,82	2,98	2,08	4,26
<i>Africa centro meridionale</i>	1,26	0,94	1,68	0,87	0,56	1,36	1,68	1,17	2,42	2,60	1,54	4,40
<i>Asia occidentale</i>	0,83	0,63	1,09	0,67	0,44	1,03	0,97	0,69	1,37	1,33	0,73	2,41
<i>Asia centro meridionale</i>	1,80	1,62	1,99	1,43	1,24	1,64	2,15	1,87	2,46	2,39	1,90	3,01
<i>Asia orientale</i>	1,09	0,95	1,24	1,10	0,91	1,32	1,07	0,89	1,29	0,99	0,70	1,41
<i>America centro meridionale</i>	0,81	0,70	0,95	1,09	0,89	1,32	0,57	0,44	0,73	0,68	0,41	1,02
<i>Apolide</i>	0,37	0,28	0,49	0,46	0,31	0,67	0,34	0,23	0,49	0,55	0,28	1,09

Capitolo 4

Risultati dell'analisi qualitativa-etnografica

4.1 - Introduzione

Dati raccolti

I dati sono stati raccolti tra la fine del 2022 e l'inizio del 2025, tramite osservazioni e interviste semistrutturate condotte con il personale di 20 servizi sociosanitari coinvolti nello studio (tab. 8). Le osservazioni sono state effettuate in dieci servizi per un totale di 30 sessioni, con un numero variabile per ciascun servizio in base alla possibilità di accesso al campo e al raggiungimento della saturazione delle informazioni.

Le osservazioni hanno riguardato attività di accettazione e di accoglienza, attività clinico-assistenziali o educative in contesti ambulatoriali o di prossimità (outreaching), e incontri di équipe (organizzative, discussioni di casi), a seconda delle opportunità offerte da ciascun contesto. Le interviste semistrutturate sono state condotte in tutti i servizi coinvolti (tab.8), eccetto uno, con un numero variabile di interviste per servizio e per un totale di 31. Le interviste sono state sia singole (18) sia di gruppo (13), coinvolgendo 69 persone e differenti tipologie di personale (tab.8).

Tab 8a - Dati raccolti, servizi e tipologia di personale coinvolto

Servizio	Oss		Interviste - personale coinvolto
Centro Salute Donne Straniere e loro Bambini, Dipartimento Cure Primarie	3	1	Ginecologhe (2), ostetriche (2), assistente sanitaria (1), mediatrici (2)
Centro di prevenzione e Tisiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica	2	1	Igienista (1), infermiere (2), tecnico prevenzione (1)
Pediatria Territoriale (Navile), Dipartimento Cure Primarie	1	1	Igienista (1), Infermiere (1)
Ambulatorio integrato dipendenze patologiche e assistenza alle popolazioni vulnerabili, Dipartimento Salute Mentale	2		Psichiatra (2), Ass. sanitario (2), Infermiere (2), psicologo (2), educatori (2)

Tab 8b - Dati raccolti, servizi e tipologia di personale coinvolto

Servizio	Oss	Interviste e personale coinvolto
Servizio Sociale Popolazione Vulnerabile e Bassa Soglia, Unità Attività Socio Sanitarie (UASS)	1	Assistente sociale (1)
UO Assistenza Penitenziaria, Dipartimento Cure Primarie	1	Infettivologo (1)
Equipe Vulnerabilità e Migranti	10	9
<i>Area Salute Mentale</i>	5	Psichiatra (2), Psicologhe (2), infermiere (1)
<i>Area prime visite</i>	2	3 Mediche (2), Infermiere (1)
<i>Area infermieristica Transculturale</i>	1	Infermiere (1)
Equipe Bassa Soglia e Centro C.A.S.A, (vari dipartimenti)	3	2 Mediche (2), Infermiere (1), Psicologo (1)
Servizio Sociale Ospedaliero	1	Assistente sociale (1)
Pronto Soccorso	1	Medici (2)
Amministrazione e Ufficio Stranieri	2	Personale amministrativo (3)
Governo clinico/Equità	1	Dirigenti sanitari (2)
Servizio sociale - Area Protezione Internazionale, ASP	3	Dirigenti e Assistenti sociali (3)
Servizio di consultazione etnopsichiatrica	4	1 Psichiatra (1), Psicologi (2), infermiere (1)
Ente gestore CAS	1	Educatore (1), Medica (1)
Servizio sociale - Area Grave Emarginazione Adulta	1	Dirigente/assistente sociale (1)
Ass. Approdi	1	Psicologhe (3)
Ass. Biavati	2	1 Medici (2)
Ass. Infermieri di strada	1	1 Infermiere (3)
Ass., Sokos	2	1 Medici (2), personale accoglienza (2)
tot.	30	31 69

*Ass.: Associazione; ASP: Azienda Servizi alla Persona; CAS: Centro di accoglienza Straordinaria; SSN: Servizio Sanitario Nazionale; RTPI: Richiedente e titolare di protezione internazionale

Servizi coinvolti: tipologia e attività principali

Le tipologie dei servizi coinvolti nello studio sono riportati nelle tab. 9a e 9b. Complessivamente sono stati coinvolti servizi sanitari territoriali e ospedalieri, servizi sociali specialistici, ed enti del terzo settore. Questi possono essere ulteriormente distinti per tipologia di attività svolta e per le persone e i bisogni ai quali si rivolgono.

Tab 9a - Servizi coinvolti e popolazione di riferimento, Azienda USL di Bologna

Servizio	Popolazione di riferimento
Centro di prevenzione e Tisiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica	Tutta la popolazione, con focus per chi vive in comunità e RTPI di recente arrivo
Centro Salute Donne Straniere e loro Bambini, Dipartimento Cure Primarie	Donne straniere e minori, di recente arrivo e/o con difficoltà linguistiche o difficoltà di accesso al SSN
Pediatria Territoriale (Navile), Dipartimento Cure Primarie	Minori stranieri non accompagnati e minori stranieri in nucleo
Ambulatorio integrato dipendenze patologiche e assistenza alle popolazioni vulnerabili, Dipartimento Salute Mentale	Tutta la popolazione, con focus su persone senza dimora, STP e RTPI
UO Assistenza Penitenziaria, Dipartimento Cure Primarie	Tutte le persone accolte nelle case circondariali di Bologna e IPM
Servizio Sociale Popolazione Vulnerabile e Bassa Soglia, Unità Attività Socio Sanitarie (UASS)	Persone senza dimora, e in condizioni di non regolarità/residenza, RTPI e MSNA
Equipe Bassa Soglia e Centro C.A.S.A, (vari dipartimenti)	Persone senza dimora accolte in strutture
Equipe Vulnerabilità e Migranti, (Vari dipartimenti)	Persone migranti RTPI di recente arrivo

*Ass. : Associazione; ASP: Azienda Servizi alla Persona; CAS: Centro di accoglienza Straordinaria; IPM: Istituti penali per minorenni; MSNA: Minore straniero non accompagnato; SSN: Servizio Sanitario Nazionale; STP: Straniero temporaneamente presente; RTPI: Richiedente e titolare di protezione internazionale

Il Centro di tisiologia e prevenzione del Dipartimento di sanità pubblica si occupa di controllo e profilassi della tubercolosi latente e attiva, in qualità di hub regionale e per tutta la popolazione generale, con particolare riferimento alle persone che vivono in contesti di comunità. È coinvolto nelle attività di screening e vaccinazioni a favore della popolazione richiedente asilo e in parte della bassa soglia.

Il Centro salute donne straniere e i loro bambini è parte della rete dei consultori territoriali e da circa 30 anni garantisce assistenza materno-infantile, in linea con la programmazione regionale e locale, a donne e bambini che non riescono ad accedere al resto dei consultori per barriere linguistiche o di altra natura. Nel tempo è diventato riferimento anche per le donne e i minori RTPI in accoglienza e, in particolare, per i percorsi di presa in carico delle vulnerabilità materno-infantili, vittime di tortura e maltrattamenti correlati a mutilazioni genitali femminili.

La Pediatria territoriale è un servizio che afferisce alla rete delle pediatrie territoriali del Dipartimento di cure primarie, garantendo, come da mandato regionale, attività di prevenzione e profilassi ai minori di 14 anni, e altre attività di pediatria comunitaria. Localizzato nella Casa della comunità di un quartiere ad alta prevalenza di famiglie straniere e vicino alla sede del Comune di Bologna, è diventato riferimento come ambulatorio pediatrico per minori stranieri non accompagnati (MSNA).

L'Ambulatorio integrato dipendenze patologiche e assistenza alle popolazioni vulnerabili si occupa di assistenza e gestione di disturbi correlati all'uso e al consumo di sostanze, con particolare riferimento alle persone senza dimora, in condizioni di vulnerabilità sociale e migranti. Storicamente attivo nei confronti della popolazione senza dimora e bassa soglia, è diventato riferimento anche per la rete dell'accoglienza di persone RTPI.

Il Servizio sociale popolazione vulnerabile e bassa soglia, afferente alla UASS di integrazione sociosanitaria di livello sovradistrettuale, è un servizio sociale sanitario che si occupa di facilitare l'integrazione sociosanitaria e di promuovere il raccordo e il coordinamento tra servizi sanitari, sociali e di accoglienza, con particolare riferimento alle persone migranti e senza dimora.

L'équipe Vulnerabilità e migranti è un gruppo multidisciplinare coordinato dal Dipartimento di cure primarie, ma composto da professionisti afferenti a vari dipartimenti territoriali e ai servizi citati in precedenza. Svolge attività rivolte a persone RTPI di recente arrivo in relazione alle linee guida regionali e nazionali (prime visite e screening, valutazione e consultazione per casi complessi, vulnerabilità sociosanitarie, vittime di tratta e tortura). Si completa con un gruppo interdipartimentale (GVM) che ha funzione strategica e programmatoria.

L'équipe bassa soglia e Centro C.A.S.A è un gruppo composto da professionisti di più dipartimenti e unità operative e assistenziali, tra cui l'Unità di assistenza penitenziaria, popolazioni migranti e vulnerabili del Dipartimento infermieristico, medici del Dipartimento di cure primarie, psicologi territoriali e assistenti sociali del Servizio sociale popolazione vulnerabile e bassa soglia. Si occupa di garantire continuità assistenziale e coordinamento medico alla popolazione a bassa soglia e senza dimora all'interno di strutture di accoglienza nell'ambito del progetto di dimissioni protette, e gestisce il centro diurno C.A.S.A dove si svolgono attività di tipo educativo e di continuità assistenziale per persone senza dimora e HIV positive.

L'Unità operativa di salute penitenziaria del Dipartimento di cure primarie assicura l'assistenza sanitaria primaria all'interno delle strutture detentive e sviluppa progetti per le persone in dimissione dal carcere.

Tab 9b - Servizi coinvolti e popolazione di riferimento, altri enti

IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	Servizio sociale Ospedaliero	Popolazione generale
	Pronto soccorso	Popolazione generale
	Governo clinico e Ufficio Stranieri	Popolazione generale
Comune di Bologna	Servizio di consultazione etnopsichiatrica	Persone migranti RTPI di recente arrivo
	Servizio sociale - Area Protezione Internazionale, ASP	Persone migranti RTPI di recente arrivo

	Servizio sociale - area bassa soglia e marginalità, ASP	Persone senza dimora ed esposte a marginalità
Terzo settore	Ente gestore CAS	Persone migranti RTPI di recente arrivo
	Ambulatorio Ass. Sokos	Persone migranti, senza dimora o cittadini indigenti che non accedono a SSN
	Ambulatorio Ass. Biavati	Persone migranti, senza dimora o cittadini indigenti che non accedono a SSN
	Ass. Infermieri di strada	Persone migranti, senza dimora o cittadini indigenti che non accedono a SSN
	Ass. Approdi	Persone migranti RTPI di recente arrivo

*ASS.: Associazione; ASP: Azienda Servizi alla Persona; CAS: Centro di accoglienza Straordinaria; SSN: Servizio Sanitario Nazionale; RTPI: Richiedente e titolare di protezione internazionale

Nell'ambito dei servizi sociali e di accoglienza sono stati coinvolti i servizi dell'Azienda servizi alla persona (ASP) del Comune di Bologna che coordina e gestisce l'Area protezione internazionale, di riferimento per i progetti SAI (Sistema accoglienza e integrazione), e l'area Grave emarginazione adulta (GEA), di coordinamento e gestione per i servizi sociali e bassa soglia e di accoglienza per persone senza dimora presenti sul territorio di Bologna.

Parte del servizio ASP Protezioni internazionali è anche il Centro di consultazione transculturale, che si occupa di consultazione etnopsichiatrica e supporto psicologico a persone migranti e RTPI accolte in SAI. Per l'ambito dell'accoglienza a persone RTPI è stato coinvolto anche un Centro di accoglienza straordinaria.

In ambito ospedaliero, i servizi coinvolti sono stati un pronto soccorso, il Servizio sociale ospedaliero (area minori) e servizi amministrativi e di coordinamento come l'Ufficio stranieri e il Governo clinico.

Infine, sono state coinvolte quattro associazioni di volontariato con attività differenti: i due ambulatori di assistenza primaria e specialistica e presenti nel territorio da più di 20 anni (Ass. Sokos e Ass. Biavati) rivolti a persone che non accedono al SSN per diverse ragioni, l'Ass. Infermieri di strada che, nata da poco tempo, integra le precedenti garantendo assistenza infermieristica nelle sedi dei due ambulatori, e l'Ass. Approdi, che si occupa di supporto psicologico a persone migranti e RTPI.

Introduzione ai paragrafi successivi

Nei paragrafi successivi verranno presentati i risultati di osservazioni e interviste. Per garantire l'anonimato delle persone coinvolte si farà esplicito riferimento soltanto alla tipologia di servizio (sanitario territoriale, ospedaliero, sociale e terzo settore) e all'ambito di lavoro o competenza.

Sarà prima riportato quanto emerso in merito ai bisogni di salute osservati o riferiti dagli operatori, suddivisi per ambito di riferimento. Successivamente, saranno descritte le caratteristiche organizzative dei servizi coinvolti, suddivise per a) strategie di facilitazione dell'accesso e di accoglienza, b) approcci e strumenti di valutazione del bisogno, c) approcci alla persona e alla cura, d) integrazione sociosanitaria. Infine, saranno presentate le percezioni in relazione al mandato dei servizi e alla governance territoriale.

4.2 - Persone e bisogni di salute

Uomini adulti

Gli operatori descrivono come, al momento dell'arrivo, i bisogni sanitari più frequenti degli uomini adulti riguardino patologie infettive e lesioni direttamente correlate al viaggio. La scabbia è una delle condizioni più segnalate, spesso complicata e aggravata dalle torture e dai mancati trattamenti ricevuti nei centri detentivi libici. Accanto a essa, si osservano segni fisici di un percorso migratorio caratterizzato da violenza, privazione e condizioni di sopravvivenza estrema, come ustioni, dermatiti e infezioni secondarie. All'arrivo, la maggior parte degli uomini, "sta bene" o presenta disturbi lievi, ma le conseguenze del viaggio – in termini di privazione di cibo, acqua e sonno e accumulo di stress – si riflettono comunque sulla qualità generale

della salute e sul benessere psico-fisico, generando disturbi transitori che pur non configurando una patologia organica, si collocano in una zona di confine fra disagio fisico e psicologico come sintomi funzionali, dolori muscolari, insonnia o astenia.

Con il progredire della permanenza nei centri, emergono invece condizioni croniche e complesse. Tra le più frequenti vengono segnalati problemi odontoiatrici, patologie croniche come diabete, epatiti e tubercolosi, spesso già acquisite nei paesi di provenienza e mai trattate adeguatamente. Tali patologie tendono a scompensarsi nel periodo di accoglienza, in parte per la difficoltà di accesso continuativo ai servizi di cure primarie, in particolare per l'assistenza protesica e odontoiatrica, che restano fortemente limitate nelle forme di accoglienza diffusa. Si osserva, inoltre, un aumento del "burden" complessivo di cronicità e patologie complesse nei nuovi flussi. Infatti, mentre in passato prevalevano le problematiche psichiatriche acute, oggi si riscontra un incremento delle patologie croniche e complesse, non facilmente collocabili all'interno dei percorsi esistenti. Secondo gli operatori, tali "zone grigie" rappresentano uno spazio intermedio fra la cronicità sanitaria e la vulnerabilità sociale, dove i confini tra i due ambiti si sovrappongono. Vengono citati, ad esempio, casi di adulti affetti da malattie croniche, disabilità o condizioni oncologiche, e in condizioni di non autonomia o non autosufficienza che non riescono ad accedere a percorsi adeguati in quanto non presentano criteri di vulnerabilità sufficienti per accedere al SAI, e allo stesso tempo non possiedono i prerequisiti amministrativi o anagrafici per poter accedere alle strutture residenziali per anziani (CRA o RSA). Queste persone restano nei CAS, dove la loro condizione tende a peggiorare per la mancanza di assistenza sanitaria continuativa e di figure competenti nella gestione di situazioni complesse. In parallelo, si rileva un progressivo invecchiamento della popolazione migrante residente, con aumento di persone affette da malattie croniche e degenerative, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale e di strumenti valutativi più sensibili alle difficoltà cognitive e neurologiche.

Similmente, per gli uomini con background migratorio non all'interno dei circuiti di accoglienza, da osservazioni e interviste è emerso un profilo sanitario caratterizzato da cronicità trascurate e precarietà lavorativa. Le patologie più ricorrenti riguardano l'apparato muscolo-scheletrico – spesso dovute a lavori logoranti, movimenti ripetitivi

e carichi pesanti – e i disturbi odontoiatrici. Molti uomini lamentano dolori articolari e lombalgie non trattate, patologie croniche mal gestite (come diabete o ipertensione) e difficoltà nell'accesso ai farmaci. Come nel caso degli uomini in accoglienza, anche in questo caso le cure odontoiatriche e protesiche rappresentano un bisogno diffuso e insoddisfatto, anche nei casi di dolore acuto o infezione. Vengono segnalate anche situazioni di malattie infettive da convivenza forzata, come scabbia e infezioni cutanee, tipiche dei contesti abitativi sovraffollati e dei dormitori informali.

La salute mentale degli uomini adulti rappresenta uno degli ambiti più complessi e trasversali delle narrazioni raccolte. Gli operatori riportano una varietà di quadri che non sempre trovano corrispondenza in categorie diagnostiche definite, ma che riflettono un continuum di sofferenza legato a diversi fattori. Si descrivono sindromi di sradicamento, stress migratorio e sindromi di accoglienza, con manifestazioni che possono essere sia internalizzate (ansia, depressione, insonnia), sia esternalizzate (agitazione, rabbia, comportamenti aggressivi). Queste condizioni tendono a cronicizzarsi nel tempo, spesso in assenza di interventi strutturati di sostegno psicologico. Gli operatori sottolineano che la sofferenza psicologica è quasi sempre legata a una storia di violenza o di trauma – diretto o indiretto – e che la sua espressione dipende fortemente dal contesto culturale e relazionale in cui l'uomo si trova inserito.

Molti uomini manifestano disturbi somatici come dolori gastrointestinali ricorrenti o cefalee persistenti, che vengono letti come sindromi incorporate ed espressione fisica di ansie e preoccupazioni. Altri riferiscono disfunzioni sessuali, come possibili effetti dello stress migratorio e del trauma vissuto, ma anche come riflesso della perdita di ruolo e identità.

In generale, la sofferenza maschile tende a essere più visibile, spesso tradotta in comportamenti rabbiosi od oppositivi. Gli operatori riconoscono che questi agiti non sono solo espressione di disagio individuale, ma anche reazioni a “disallineamenti sulle aspettative”, cioè al divario fra ciò che gli uomini immaginavano di trovare in Europa e la realtà della vita nei centri o nei percorsi di accoglienza. In alcuni casi, tali condotte vengono percepite come non conformi alle regole o alle dinamiche dei

progetti, mettendo in difficoltà il sistema stesso che si trova a doverle gestire più in termini disciplinari che terapeutici.

Molte persone manifestano un bisogno profondo di ascolto e relazione, più che di interventi sanitari strettamente intesi. Gli operatori riferiscono che numerosi accessi ai servizi avvengono per cercare un momento di attenzione o uno spazio di parola, piuttosto che per un problema clinico definito.

Tra le cause della sofferenza vengono citati stress lavorativo, precarietà, barriere di accesso alle cure, sovraccarico di responsabilità economiche verso la famiglia d'origine e isolamento sociale. Spesso la migrazione stessa rappresenta un fattore scatenante o aggravante, agendo su un equilibrio già compromesso da esperienze pregresse di lutto, fallimento o perdita.

X: "Ho capito...io a Francesco avevo detto che volevo andare a scuola e fare lo stage...per non avere troppi pensieri...poi ho avuto problemi di salute...le visite sono sempre molto in là...(mesi)".

X "Credete a quello che dico...il mio problema è andare a lavorare...se vado non fumo..."

osservazione, Servizio di Consultazione Transculturale

Molti operatori fanno riferimento a sindromi post-traumatiche in persone che hanno subito gravi violenze fisiche o psicologiche, soprattutto durante la detenzione in Libia. Questi quadri si manifestano con intensità variabile: dalla perdita di sogni e motivazione vitale, fino a veri e propri scompensi psicotici. Gli intervistati sottolineano che i sintomi tendono a emergere solo dopo la "fase di sopravvivenza", quando la persona si percepisce al sicuro e può lasciar emergere il trauma.

Il trauma viene descritto come stratificato, con componenti pre-migratorie, migratorie e post-migratorie. La fase di accoglienza, con la sua indeterminatezza e complessità burocratica, può fungere da fattore di riattivazione del trauma, generando stress, ansia e sintomi psicosomatici. Gli operatori segnalano anche tentativi suicidari, episodi di agitazione acuta dovuti a interruzioni terapeutiche o a paure legate alla salute e alla virilità (ad es., patologie testicolari), e casi di sfruttamento lavorativo con esiti depressivi severi. Vengono inoltre descritti fenomeni di transfert psicotico verso

operatori o mediatrici, che riflettono la complessità relazionale della cura e la fragilità dei confini emotivi tra curante e assistito.

Donne, nuclei e minori stranieri non accompagnati

Gli operatori e le operatrici dei servizi consultoriali e dell'équipe Migrazione e Vulnerabilità (MeV) descrivono un'evoluzione del fenomeno migratorio caratterizzata da un progressivo peggioramento dei percorsi di vita e da una maggiore esposizione a traumi e violenze.

Numerose donne riferiscono esperienze di abusi e violenze sessuali subite durante il viaggio migratorio o durante la detenzione in Libia, che lasciano esiti traumatici rilevanti. Alcune di esse riportano anche la sofferenza derivante dall'aver assistito a violenze sui propri figli o dall'essere state ricattate attraverso questi ultimi, con un impatto psicologico profondo, generando sindromi caratterizzate da autolesionismo o ideazioni suicidarie, e quadri depressivi in gravidanza.

Tra i bisogni prevalenti nelle donne e nuclei familiari in accoglienza, vengono segnalate condizioni di grave sofferenza nella salute mentale, spesso silente, e situazioni di maternità fragile. In alcuni casi, gli episodi di violenza e maltrattamento si protraggono anche all'interno dei percorsi di accoglienza. Talvolta, viene riferito che il successivo trasferimento strutture protette, spesso isolate e periferiche, comporta l'esposizione ad ulteriori vulnerabilità, oltre che al rischio di perdere funzioni di supporto previste dal sistema di accoglienza per richiedenti asilo, generando ciò che viene definito come un "paradosso di protezione".

Un altro tema ricorrente riguarda le richieste di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), spesso correlate a violenze sessuali subite nel corso del viaggio o successivamente.

Al fine di rispondere a questi bisogni, i consultori hanno progressivamente adattato le proprie pratiche, sviluppando una forma di "specialismo" dedicato alle donne migranti, in particolare nei casi di mutilazioni genitali femminili (MGF), vulnerabilità legate alla violenza e alla tortura. Per quanto riguarda le MGF, il personale rileva la necessità di percorsi di accompagnamento all'emersione e alla consapevolezza, evidenziando i limiti di un approccio culturalista che rischia di ridurre la complessità

del fenomeno. Viene segnalata anche una certa tendenza, da parte di alcuni operatori dell'accoglienza, a presumere automaticamente la presenza del tema MGF, senza avviare percorsi di ascolto e apertura con la dovuta delicatezza .

Accanto alle tematiche legate alla violenza e alla salute riproduttiva, emergono bisogni legati all'identità di genere, all'orientamento sessuale e alla contraccezione, nonché episodi di violenza ostetrica, che rivelano la necessità di servizi più sensibili alla diversità e all'esperienza soggettiva delle donne migranti, in grado di rispondere con nuovi linguaggi e bisogni, anche in ambito certificativo. Infine, alcuni operatori segnalano specificità emergenti nei figli minorenni delle donne accolte, in particolare differenze culturali nella percezione di disturbi come l'autismo e la presenza di ipoacusie o ipovisioni non riconosciute precocemente.

Tra le donne migranti fuori dai circuiti di accoglienza emergono bisogni complessi e spesso "sommersi", difficilmente noti ai servizi. Gli operatori segnalano casi di patologie croniche gravi, non seguite o diagnosticate tardivamente, che coinvolgono interi nuclei familiari. Le condizioni sanitarie delle donne provenienti da Paesi a basso reddito o da contesti rurali sono spesso segnate da esiti di vita lavorativa dura o da scarsa accessibilità ai servizi sanitari di origine. In particolare, vengono citate donne provenienti dall'Europa dell'Est, con corpi "usurati" da anni di lavori manuali, domestici o fisicamente logoranti. Gli operatori parlano di "silenzi" e "barriere economiche" che ostacolano la diagnosi e la presa in carico, anche nei casi di patologie rare o complesse. Si osserva inoltre la coesistenza di diverse forme di svantaggio: analfabetismo, matrimoni forzati, povertà e indigenza, che si riproducono nei contesti di accoglienza o nella vita in Italia, in una continuità tra vulnerabilità pre- e post-migratorie. Le difficoltà linguistiche, unite alla dipendenza economica e relazionale dai partner maschi, rappresentano barriere significative all'accesso alle cure. Diverse operatrici riferiscono che la scarsa autonomia delle donne – spesso legata a dinamiche di controllo da parte dei mariti o compagni – ritarda l'iscrizione al SSN, la scelta del pediatra per i figli e l'accesso a servizi preventivi. In alcuni casi, il controllo maschile si estende al rapporto con il sistema sanitario, con uomini che si interpongono tra operatrici e pazienti, limitando la possibilità di comunicare liberamente e determinando forme di isolamento domestico e sopraffazione.

Vengono segnalati anche disturbi psicologici e forme di sofferenza psichica conseguenti ad aborti spontanei o a lutti familiari, che possono sfociare in ansia, insonnia e, in alcuni casi, autolesionismo. La mancanza di reti sociali e di spazi di ascolto adeguati aggrava l'isolamento e il rischio di cronicizzazione del disagio.

Per quanto riguarda i figli, si sottolineano gravi barriere amministrative e burocratiche all'iscrizione al SSN. In numerosi casi, i minori non dispongono né di tessera sanitaria né di codice STP, perché il permesso di soggiorno dei genitori è scaduto o in fase di rinnovo. Alcuni operatori segnalano che le procedure di rilascio STP non vengono applicate correttamente nei pronto soccorso, con conseguente inaccessibilità al pediatra di libera scelta e interruzione della continuità assistenziale.

Il personale che lavora con minori stranieri non accompagnati (MSNA) riporta un mutamento significativo dei flussi migratori negli ultimi anni, con un incremento di disturbi legati alla salute mentale e comportamenti devianti, associati a percorsi migratori complessi, con vissuti traumatici e un crescente consumo di sostanze (come Lyrica o Rivotril), anche a scopo ricreativo. Il bisogno di salute si intreccia con la vulnerabilità psicosociale, con la percezione di un aumento di neurodiversità e di quadri psicopatologici complessi, spesso aggravati dalla separazione o dall'allontanamento dai nuclei familiari. Alcuni operatori distinguono fra tipologie di reati prevalenti, osservando una maggiore incidenza di condotte micro-criminali e patrimoniali, talvolta inserite in percorsi pre-organizzati di devianza, o correlate alla diffusa sensazione di isolamento e alla mancanza di figure educative di riferimento, che espongono i minori a maggior rischio di entrare in circuiti criminali o di sfruttamento.

Questo profilo si traduce anche in pattern di accesso: per scarsa conoscenza dei percorsi e assenza di reti, alcuni ragazzi utilizzano servizi di bassa soglia (ad es., Sokos) per medicazioni o ferite pur avendo diritto al SSN. In parallelo, emergono bisogni clinici sottotracciati (cronicità o condizioni congenite non diagnosticate) e problemi comportamentali che ostacolano l'inserimento scolastico. Viene inoltre citato il fenomeno della mobilità sanitaria transnazionale, con minori provenienti dall'Europa dell'Est o da altri Paesi che giungono in Italia per trattamenti pediatrici od oncologici. Un momento particolarmente critico è quello del passaggio alla maggiore età, in cui la

transizione da soggetto tutelato a soggetto autonomo avviene spesso in assenza di strumenti adeguati di accompagnamento. Questo comporta situazioni di “limbo amministrativo”, con perdita o sospensione del permesso di soggiorno e conseguente scopertura sanitaria proprio in una fase di elevata vulnerabilità.

Trasversalmente ai diversi sottogruppi, gli operatori individuano nelle barriere amministrative e burocratiche il principale ostacolo all’accesso ai servizi sanitari. Le persone prive di residenza o di permesso di soggiorno regolare si trovano spesso in una condizione di esclusione dai percorsi ordinari, anche quando avrebbero diritto all’assistenza. Un problema ricorrente riguarda la mancata possibilità di iscriversi al SSN in assenza di residenza o di domicilio dichiarato, anche per persone con codice STP o ENI (europeo non iscritto). Tale condizione comporta la perdita dell’assistenza di base, dell’accesso all’assistenza domiciliare, delle esenzioni per reddito o patologia e di percorsi dedicati per l’assistenza territoriale, anche nel caso di persone allettate o disabili. Gli operatori segnalano che, anche laddove l’accesso è formalmente garantito, vi sono errori di registrazione anagrafica, scadenze non rinnovate e difficoltà di riconoscimento delle esenzioni, che finiscono per tradursi in costi a carico della persona. Gli operatori evidenziano come queste criticità non derivino solo da barriere normative, ma anche da atteggiamenti disomogenei e talvolta “menefrehisti” da parte del personale amministrativo, che può scoraggiare o rimandare gli utenti per incertezza o mancanza di conoscenze aggiornate. Inoltre, si riscontrano frequenti disomogeneità tra i diversi sportelli URP (Ufficio relazioni con il pubblico) o CUP (Centro unico di prenotazione), che producono confusione tra gli utenti e gli stessi operatori: in alcuni casi vengono applicate codifiche errate nelle ricette, o esenzioni non rinnovate per scadenza automatica, determinando il pagamento improprio del ticket.

Persone senza dimora e in grave emarginazione adulta

Le persone senza dimora o in condizione di grave marginalità rappresentano uno dei gruppi più fragili e complessi all’interno dei servizi sociosanitari territoriali. Gli operatori descrivono una popolazione in costante mutamento, composta da individui

con storie di povertà estrema, precarietà abitativa e disagio psico-fisico, spesso aggravato da percorsi di esclusione istituzionale e stigmatizzazione sociale.

Le persone intercettate dai servizi per la GEA, dalle unità di strada, dai presidi sanitari interni ai centri di accoglienza e dagli ambulatori di bassa soglia presentano profili sanitari e sociali eterogenei, ma accomunati da un alto livello di vulnerabilità e da una scarsa continuità di cura.

Gli operatori identificano quattro sottogruppi principali:

- Persone senza dimora o in estrema povertà, con difficoltà di accesso ai servizi sociali e sanitari tradizionali;
- persone migranti e cittadini stranieri privi di regolare permesso di soggiorno e di residenza anagrafica, spesso in condizione di indigenza;
- Persone in dimissione ospedaliera che, terminate le cure acute, non possono rientrare a domicilio per mancanza di un'abitazione o di una rete familiare (ad es., pazienti in ossigenoterapia, in fase di post-infezione o in trattamento antibiotico prolungato);
- Soggetti ad alta vulnerabilità sociale e sanitaria, come anziani non autosufficienti, persone con disabilità o malattie croniche, pazienti oncologici e famiglie con minori in emergenza abitativa.

Un fenomeno crescente segnalato dagli operatori è quello delle persone che accedono al pronto soccorso durante la notte per cercare riparo o ristoro, specialmente nei mesi invernali, o che vengono condotte dalle forze dell'ordine in stato di alterazione da sostanze o alcool, e che non trovano successiva presa in carico a causa dell'assenza di una rete di riferimento.

Sul piano sanitario, la condizione delle persone senza dimora è caratterizzata da un'elevata comorbidità, con più patologie croniche non curate o gestite in modo discontinuo. Gli operatori segnalano una combinazione ricorrente tra malattie croniche degenerative, dipendenze da sostanze e disturbi psichici. Si tratta di quadri clinici di lunga durata, spesso aggravati dalla vita di strada, dalla cattiva alimentazione e dalla prolungata esposizione alle intemperie. In molti casi, la mancanza di un medico di riferimento e di un domicilio impedisce la continuità terapeutica e la riconciliazione farmacologica, generando riacutizzazioni frequenti e ospedalizzazioni

ripetute. Le patologie più frequenti includono diabete, malattie cardiovascolari, ictus, broncopatie croniche, malattie autoimmuni, neoplasie e insufficienze renali. Le dipendenze da alcol e sostanze sono ampiamente diffuse e spesso si intrecciano con disturbi di salute mentale, in un quadro di doppia diagnosi. Gli operatori segnalano anche la presenza di disturbi cognitivi e deficit neuropsicologici in persone con HIV cronico o con pregresse patologie neurologiche. Alcuni di questi pazienti necessitano di assistenza domiciliare leggera, ma la mancanza di residenza o di caregiver rende quasi impossibile attivare tali percorsi.

Le condizioni igieniche e di cura personale sono frequentemente compromesse: si segnalano infezioni cutanee, micosi, ulcerazioni da decubito, ferite croniche e problemi podologici (callosità, funghi), aggravati dall'impossibilità di mantenere una routine di igiene quotidiana. Diversi utenti accedono agli ambulatori di bassa soglia unicamente per ottenere farmaci di uso continuativo o per piccole medicazioni. Oltre ai bisogni sanitari, emergono bisogni primari e relazionali di pari importanza. Gli operatori sottolineano la domanda di accoglienza temporanea, di soluzioni abitative dignitose e di sostegno economico immediato, insieme a necessità di tipo amministrativo come il rinnovo dei documenti, la residenza fittizia o la mediazione con i servizi sociali.

Sul piano relazionale, viene evidenziata la centralità della fiducia: molti utenti richiedono non solo una cura, ma una presenza costante e riconoscibile. La costruzione di rapporti stabili tra operatore e utente è considerata un elemento terapeutico in sé, in grado di favorire l'aderenza ai trattamenti e di prevenire situazioni di abbandono o di crisi.

Gli interventi di accompagnamento, mediazione e continuità relazionale sono considerati strumenti indispensabili per colmare il divario tra servizi e persone. Gli operatori insistono sulla necessità di spazi di prossimità in cui la relazione di fiducia diventi parte integrante del percorso di cura, più ancora dell'erogazione prestazionale. Secondo gli operatori, negli ultimi anni si è assistito a un aumento significativo del numero di persone intercettate dai servizi di bassa soglia e, parallelamente, a una trasformazione del profilo della marginalità urbana. Le nuove povertà non riguardano più soltanto persone con lunghi percorsi di esclusione

sociale, ma anche persone italiane e migranti che, a seguito di crisi economiche o lavorative, precipitano rapidamente in condizioni di indigenza. La pandemia di COVID-19 e la crisi economica successiva hanno avuto un effetto amplificatore, generando una nuova fascia di “poveri inattesi”: lavoratori informali, persone che hanno perso l'alloggio che sono uscite dai percorsi di accoglienza, famiglie monogenitoriali o nuclei disgregati.

Gli operatori descrivono inoltre un marcato invecchiamento della popolazione senza dimora, con aumento di casi complessi che richiedono assistenza sanitaria continuativa e soluzioni ibride tra salute, assistenza e abitare. Cresce il numero di persone con patologie croniche stabilizzate ma disabilitanti, di pazienti oncologici, e di soggetti con doppia diagnosi socio-sanitaria o con gravi disabilità fisiche. Viene segnalata una trasformazione “cumulativa” delle fragilità, in cui povertà, malattia e isolamento si sovrappongono in percorsi lunghi e circolari, difficili da interrompere. Alcuni operatori parlano di “migrazioni interne” tra i diversi circuiti della marginalità: persone che passano dai dormitori ai centri notturni, dagli ospedali alle strutture di bassa soglia, e poi di nuovo alla strada, senza riuscire a stabilizzare la propria condizione. Diversi casi descritti negli ambulatori e nei servizi di bassa soglia evidenziano la circolarità dei percorsi tra sistemi diversi di accoglienza e marginalità. Gli operatori raccontano, ad esempio, di persone originariamente inserite nei percorsi per richiedenti asilo che, una volta uscite dai programmi di accoglienza, si sono ritrovate in strada e successivamente prese in carico dai servizi per senza dimora. In un caso emblematico, una persona con gravi problemi vascolari ha subito l'amputazione di entrambi i piedi prima di riuscire a ottenere l'ingresso in un progetto SAI.

Persone detenute o in dimissione da strutture penitenziarie

Gli operatori e le operatrici che lavorano in ambito penitenziario e nei servizi territoriali di riferimento descrivono una popolazione detenuta eterogenea, ma accomunata da fragilità sanitarie e sociali profonde, aggravate dal contesto di istituzione totale e dalle barriere strutturali che condizionano l'accesso alla cura. Le persone in carcere o in fase di dimissione rappresentano uno dei gruppi più esposti al rischio di esclusione sanitaria, in particolare nei passaggi tra interno ed esterno, dove

si interrompe spesso la continuità assistenziale. Gli operatori descrivono il carcere come un contesto altamente dinamico e instabile, caratterizzato da continui ingressi e uscite, trasferimenti e mutamenti organizzativi. Questa fluidità rende complesso il monitoraggio sanitario e la presa in carico continuativa, soprattutto per i detenuti con patologie croniche o disturbi mentali.

I problemi di salute più frequenti riguardano patologie croniche mal gestite e discontinue, analoghe a quelle osservate nei gruppi vulnerabili esterni al carcere: diabete, ipertensione, malattie infettive e disturbi muscolo-scheletrici. Anche le patologie odontoiatriche rappresentano un bisogno ricorrente, spesso sottovalutato o non trattato durante la detenzione. Gli operatori segnalano inoltre una significativa presenza di disturbi psichici e comportamenti autolesionistici. Gli episodi di autolesionismo vengono descritti come risposte a situazioni di tensione interna, isolamento, o frustrazione per la mancanza di contatti con l'esterno, più che come veri tentativi di suicidio. Gli operatori sottolineano che i gesti autolesivi o le condotte auto-punitive sono talvolta modalità attraverso cui i detenuti tentano di riaffermare un controllo su di sé o di ottenere attenzione e ascolto da parte dell'istituzione. La privazione di libertà produce effetti diretti sul corpo e sulla mente: sedentarietà, mancanza di attività fisica, sovraffollamento e assenza di stimoli relazionali determinano una progressiva perdita di tono fisico e cognitivo. Le limitazioni alle visite e ai colloqui, in particolare durante la pandemia, hanno acuito sentimenti di isolamento e abbandono, portando a un aumento degli episodi di autolesionismo e di disagio psichico.

Uno dei principali fattori di disuguaglianza segnalati dagli operatori riguarda la differenza di trattamento tra detenuti definitivi e persone in custodia cautelare. Mentre i primi, avendo una pena definitiva, possono essere inseriti in percorsi educativi o terapeutici, i secondi restano spesso in una condizione di sospensione giuridica che impedisce l'attivazione di programmi strutturati. Gli operatori sottolineano inoltre l'esistenza di disuguaglianze nell'accesso alle misure alternative, come la custodia cautelare domiciliare. Tali differenze sono spesso determinate da fattori socio-economici e amministrativi: avere un reddito stabile, un domicilio e un permesso di soggiorno regolare aumenta la probabilità di ottenere una misura alternativa,

mentre chi ne è privo – come molti detenuti stranieri – rimane più a lungo in carcere. Si tratta dunque di una disuguaglianza che non deriva da criteri giudiziari, ma da condizioni sociali e legali che si intrecciano, riproducendo forme di razializzazione e marginalità giuridica.

Le persone detenute in fine pena o prossime alla dimissione presentano bisogni complessi di reinserimento sociosanitario e abitativo. Si tratta di uomini e donne che, dopo lunghi periodi di reclusione, devono ricostruire reti di riferimento, affrontare condizioni di salute cronicizzate e riadattarsi a una vita autonoma. La fase di dimissione rappresenta, infatti, un momento particolarmente critico. Gli operatori descrivono un vuoto sistemico nel passaggio dal contesto penitenziario a quello territoriale, in cui molti detenuti perdono il diritto alla presa in carico o vengono dimessi senza un progetto sanitario o sociale definito. La mancanza di coordinamento tra sanità penitenziaria e servizi territoriali comporta la discontinuità terapeutica: terapie farmacologiche interrotte, appuntamenti specialistici non fissati, e assenza di riferimenti amministrativi per l'iscrizione al SSN o per la presa in carico dei pazienti cronici. Tali criticità si sommano alle difficoltà abitative e lavorative, generando un rischio elevato di ricaduta in condizioni di marginalità o di recidiva.

4.3 - Caratteristiche organizzative e approccio alla cura

Accesso e accoglienza

Il personale ha riportato come i criteri di accesso e di esclusione non siano sempre ben definiti. Nessuno dei servizi coinvolti ha espresso criteri formali di esclusione: al massimo vengono operate forme di riorientamento, come spiegano alcuni operatori – “non chiediamo documenti, se una persona ha il medico di base lo invitiamo ad usarlo...”. In alcuni casi i criteri di accesso rispondono agli indirizzi di programmazione regionale o aziendale; in altri non risultano chiari, oppure non esistono affatto. Altre volte i criteri sono più circoscritti, ad esempio “situazioni di fragilità culturale, di passaggio, o bambini con patologie croniche rare che richiedono l'integrazione tra più servizi”.

Nella maggior parte dei casi, l'accesso è diretto e la persona può presentarsi negli orari di apertura senza la necessità di prenotazione. Tuttavia, molti servizi godono anche di collaborazioni con strutture di accoglienza e altri servizi, che oltre a fungere come canale di primo confronto, valutazione o inquadramento precoce, permettono segnalazioni e programmazioni di accesso via mail o telefono. Per l'accesso a prestazioni specialistiche è possibile anche prenotare tramite il personale, il telefono, le piattaforme social o tramite CUP.

In alcuni contesti l'accesso è facilitato da strategie proattive, come la chiamata diretta: ad esempio la Pediatria territoriale contatta le famiglie o le strutture di accoglienze di bambini non vaccinati o in attesa di richiamo, monitorando costantemente gli elenchi dei residenti. Un approccio analogo prevede l'intercettazione di altri potenziali bisogni attraverso l'approfondimento delle reti familiari o abitative della persona seguita, come nel case management infermieristico. Al fine di facilitare l'accesso, alcuni servizi combinano più interventi sanitari nello stesso appuntamento per ridurre il numero di accessi della stessa persona.

L'iscrizione sanitaria, la tessera STP o la tessera sanitaria non sono richieste nella maggior parte dei casi. Alcuni servizi, pur non ponendo la tessera STP come pre-requisito formale, la prediligono per facilitare la registrazione della prestazione, soprattutto quando non si tratta di cure urgenti. Nei servizi ospedalieri in particolare è stato evidenziato come l'accesso è sempre garantito in fase acuta, sebbene possano emergere difficoltà nella continuità assistenziale, in particolare in condizioni di indigenza o di assenza di rete sociale. In altri casi la regola è: "si cerca sempre una soluzione". A parte i servizi di emergenza che funzionano 24 ore su 24, la maggior parte dei servizi opera la mattina, cinque giorni su sette, mentre altri prevedono attività anche nel pomeriggio, seppur non quotidianamente. Alcuni operatori riferiscono un'elevata flessibilità, con disponibilità a prolungare l'orario o modificare i turni per garantire la presa in carico.

Sempre nell'ambito degli orari di apertura, alcune persone propongono fasce serali di apertura del CUP mentre altre ritengono che l'attività serale non sia necessaria per servizi non urgenti. Vi è anche chi sostiene che gli orari ordinari siano sufficienti, poiché anche le persone migranti devono organizzarsi, come chiunque altro, rispetto

agli impegni lavorativi. Rispetto alla disponibilità geografica, molti servizi risultano facilmente raggiungibili, situati in aree centrali o ben collegate dai mezzi pubblici, o inseriti all'interno di Case della comunità, con accettazioni comuni, segnaletica e accesso facilitato. In diversi casi, i servizi privilegiano una dimensione di prossimità territoriale e relazionale, collocandosi in luoghi di fiducia o vicini alle persone destinatarie. Alcuni esempi sono gli sportelli sociali nelle stazioni, gli ambulatori di continuità nei dormitori o presso centri di accoglienza, o i servizi del terzo settore nei quartieri con alta presenza di famiglie con background migratorio. Al fine di supportare l'accesso, frequentemente i servizi hanno sviluppato attività di prossimità, attraverso unità mobili o campagne mirate condotte nei centri di accoglienza o in altri luoghi di prossimità (ad es., camper SerD, vaccinazioni presso i CAS o nei Centri di bassa soglia).

Diversi operatori, tuttavia, riportano criticità legate alla centralizzazione di molti servizi, difficilmente raggiungibili dalle aree periferiche specialmente per famiglie con background migratorio e persone domiciliate in strutture di accoglienza periferiche. Alcuni servizi risultano poco visibili o difficili da individuare, privi di segnaletica adeguata o traduzioni in lingua. Queste condizioni riducono aderenza e autonomia degli utenti. Sempre in questo ambito sono presenti approcci differenti, in quanto alcuni operatori ritengono opportuno limitare la riconoscibilità pubblica dei servizi dedicati a migranti o persone senza dimora, per evitare stigma o barriere di accesso. Tutti i servizi descrivono l'erogazione di prestazioni gratuite o senza ticket, indipendentemente dallo status della persona. In altri casi la gratuità è collegata alla natura di attività di profilassi o vaccinazione. Al fine di abbattere parzialmente le barriere linguistiche, alcuni servizi utilizzano materiali informativi in più lingue, disponendo negli spazi anche cartelloni e brochure sui diritti e sull'accesso alle cure talvolta esplicitamente orientati all'inclusione di persone migranti o senza dimora:

"...ci sono diverse locandine (...), una della città, una dice "Guardare il mondo da un altro punto di vista" sotto ad un mondo stilizzato con alcune figure umane che immagino cerchino di rappresentare diverse popolazione del mondo. Un'altra cita "SOCCORSO (...). Assistenza medica gratuita per emarginati e immigrati"

osservazione, ambulatorio medico terzo settore

Tutti i servizi, ad eccezione di quelli tecnici o di secondo livello, prevedono una funzione di accoglienza, ma le modalità con cui questa viene svolta differiscono in termini di approccio organizzativo, postura degli operatori e finalità. In diverse osservazioni svolte presso servizi sanitari non dedicati e del terzo settore, l'accoglienza agli spazi del servizio, sebbene strutturata (stanza a personale dedicato), è agita come mera funzione di smistamento, orientata a filtrare e indirizzare gli accessi negli ambulatori o a gestire le priorità, in relazione a criteri clinici o di prenotazione degli appuntamenti.

Talvolta l'operatore/trice non salutava neanche le persona e si limitava a chiedere "cosa devi fare?" nel corridoio o nella sala d'aspetto, per poi procedere alla consultazione del gestionale per verificare se la persona era già in carico o eventualmente registrare la prenotazione. Nei casi osservati, non era mai presente personale di mediazione linguistico culturale in accoglienza. Similmente, secondo quanto riportato da alcune interviste, l'accoglienza fornita dai presidi di accoglienza o portineria delle strutture ospedaliere, dei poliambulatori e delle Case della salute, svolgerebbe una funzione ancora più basilare, limitandosi a dare semplici indicazioni su come raggiungere servizi e avendo oltretutto poca familiarità con persone straniere, tantomeno competenze linguistiche.

Diversamente, da altre osservazioni e interviste emerge una modalità di accoglienza, intesa come occasione per una prima, informale, valutazione e presa in carico del bisogno. Questa funzione è svolta più tipicamente da sportelli sociali a bassa soglia (GEA e PI), ma in alcuni casi anche da servizi sanitari.

L'accoglienza, in questo, svolge anche quindi anche una funzione di rapida valutazione, oltre che di aggancio e relazione, che mira a valutare bisogni, status amministrativo, competenze linguistiche e livello di autonomia, e a distinguere eventuali bisogni urgenti e indifferibili (ad es., minore o nucleo monogenitoriale senza dimora appena arrivato sul territorio) o differibili. Se differibili, il personale svolge una informativa minima sulla rete dei servizi e programma un appuntamento in cui avviare un colloquio più approfondito e l'eventuale presa in carico. Questa modalità di accoglienza è stata così descritta:

“...tu vai e sicuramente verrai colloquiato quel giorno stesso...non c'è, lista d'attesa, non c'è che ti rimando...magari può essere anche un colloquio veloce, ma un primo colloquio per dar modo a te di esprimerti e agli operatori di capire...”

Intervista, operatore servizio sociale

Certamente questa impostazione risuona negli approcci anche di altri servizi, ma solo in questi casi sembra una pratica codificata nell'organizzazione del ruolo, nella scelta e nell'organizzazione del personale. D'altro canto, emerge come la funzione di accoglienza non sia esclusivamente ridotta a un dominio organizzativo, ma sia una funzione esercitata attraverso specifiche competenze e una postura volta alla costruzione di una relazione di fiducia e all'ascolto attivo.

“Quello del colloquio, che cioè non dobbiamo dimenticarcelo, ma è uno strumento del servizio sociale, non sta perdendo del tempo perché il colloquio è lo strumento principale con cui si instaura poi una relazione, anche quando non hai una risorsa.”

Intervista, operatore servizio sociale

Ciò viene non solo esplicitato dalle interviste, ma anche confermato dalle osservazioni, dove l'accoglienza è proposta come semplice triage. Dove invece l'accoglienza è assente o non strutturata, prevalgono rimbalzi, silenzi e incomprensioni. In diversi contesti è stato possibile osservare mappe, poster o disegni realizzati dal personale sanitario per rendere lo spazio esteticamente più accogliente. Tuttavia, solo in pochi contesti gli operatori riportano di disporre di spazi realmente accoglienti, luminosi e rispettosi della privacy.

Nella maggior parte dei casi gli ambienti risultano medicalizzati, datati, asettici o poco luminosi, talvolta con sbarre alle finestre e guardie giurate all'ingresso. Oltretutto, spesso le condizioni strutturali non garantiscono privacy e riservatezza, o per spazi condivisi o per comportamenti inadeguati da parte del personale.

Approcci e strumenti di valutazione dei bisogni

Approcci valutativi

Ulteriore ambito di analisi riguarda le modalità e gli strumenti adottati dai servizi per svolgere la valutazione dei bisogni della persona durante le prime fasi di presa in carico. In base a quanto osservato, queste variano in funzione dei setting di lavoro e per obiettivi e ambiti esplorati. Un primo modello riguarda le valutazioni svolte nei servizi sanitari rivolti primariamente a persone RTPI e in cui si eseguono le prime visite e gli screening all'arrivo. In questi servizi la prassi valutativa prevede l'anamnesi clinica e migratoria, seppure con profondità diverse in base al mandato.

Nei servizi di profilassi l'attenzione valutativa si concentra su anamnesi vaccinale e in parte alla clinica, mentre risultano generalmente meno esplorati gli aspetti sociali o di vulnerabilità. Il riferimento sono le linee guida su vaccinazioni ma non sembrano essere utilizzati strumenti valutativi più specifici. Nei servizi dedicati a prime visite generiche o specialistiche, la valutazione è di tipo clinico generale ma anche orientata a cogliere vulnerabilità ed eventuali fattori di rischio correlati al percorso migratorio e di accoglienza, inclusi l'accesso e l'iscrizione al SSN e altri bisogni di orientamento. In questo caso è coinvolto personale medico-infermieristico, con profili di competenze diversi, talvolta anche etnopsichiatrico.

Altri strumenti di valutazione che emergono dalle pratiche riferite di alcuni servizi di salute mentale, che adottano un approccio etnopsichiatrico sono il genogramma e l'eco-mappa. Questi strumenti vengono utilizzati per approfondire le dimensioni familiari e relazionali significative della persona e l'importanza che queste hanno nella vita presente e passata.

L'anamnesi migratoria e la ricerca attiva ma non invasiva delle vulnerabilità sono ambiti condivisi nelle valutazioni anche di altri servizi specialistici dedicati a persone migranti, anche se non sembrano esserci specifici strumenti valutativi concordati. L'unico strumento condiviso tra questi servizi, sebbene non sia propriamente finalizzato ad una valutazione, è rappresentato dalla scheda di segnalazione della presenza di vulnerabilità, utilizzata dalla rete dell'accoglienza e da alcuni servizi sanitari per richiedere l'attivazione dell'équipe MeV. La scheda riporta le motivazioni della richiesta (ad es., presa in carico psicologica, psichiatrica, educazione sanitaria) e

la presenza di eventuali vulnerabilità, e può essere compilata da operatori e operatrici dell'accoglienza. Anche in questo caso, non emerge tuttavia una definizione certa intorno alla "vulnerabilità" né quale sia la lente valutativa condivisa all'interno della rete e che gli operatori dovrebbero utilizzare. Diversamente, in base alle osservazioni svolte, l'attività valutativa adoperata nei servizi sanitari di assistenza primaria del terzo settore sembra essere soprattutto monoprofessionale (medica) e maggiormente focalizzata sulla dimensione clinica (e alla prestazione), e in parte su quella amministrativa. Nelle osservazioni svolte, l'anamnesi migratoria, sociale (ad es., abitativa, lavorativa, ecc.) non è routinaria e non sono stati identificati strumenti valutativi standardizzati o il riferimento a linee guida e protocolli su persone migranti. Inoltre, emergono prassi molto differenti tra gli stessi operatori sanitari e di accoglienza. Similmente, nei contesti sanitari ospedalieri di urgenza o comunque non dedicati non sono stati riferiti strumenti o prassi valutative differenti da quelle utilizzate nella pratica clinica routinaria.

Anche nei contesti assistenziali della rete della grave emarginazione adulta, emerge un modello valutativo di tipo medico-assistenziale, integrato tuttavia in modo più strutturato con una valutazione educativo-sociale svolta dagli educatori delle strutture che partecipano attivamente alle visite. Nelle osservazioni svolte, non è emerso uno strumento valutativo definito e formalizzato, sebbene la prassi abbia evidenziato l'approfondimento dell'anamnesi migratoria, sociale e clinica, con particolare attenzione ai vissuti di strada, all'autonomia rispetto alla gestione delle terapie, e al profilo amministrativo. La partecipazione degli educatori delle strutture favorisce l'integrazione di più dimensioni valutative e di competenze, fino a comporre un vero e proprio dispositivo valutativo multidisciplinare. Infine, in particolare nei servizi che lavorano con persone RTPI, emerge come spesso la valutazione sia invece orientata a verificare, descrivere o eventualmente certificare la presenza di segni di violenza, tortura o vulnerabilità. La finalità può essere il tentativo di supportare la persona nel percorso di richiesta di protezione internazionale o facilitare il trasferimento in strutture di accoglienza più adeguate.

Dalle interviste emergono anche diversi limiti nelle pratiche di valutazione e negli strumenti utilizzati. Un primo aspetto, ampiamente sottolineato da chi opera

nell'assistenza a persone di recente arrivo, riguarda la difficoltà di accesso alla documentazione sanitaria eventualmente prodotta nei Paesi di origine, in altre tappe del percorso migratorio o anche in fasi precedenti sul territorio bolognese. Ricorre infatti il tema del mancato accesso alle cartelle informatiche di altri servizi e della assenza di un gestionale condiviso e completo. Altri limiti riguardano in particolare la valutazione delle vulnerabilità. Non tutti i setting si rivelano adeguati per garantire una comprensione reciproca e condurre valutazioni approfondite, sia per la scarsità di tempo e risorse, sia per il momento del percorso in cui avviene la presa in carico o per l'assenza di spazi adeguati. Sono inoltre richiamati limiti tecnici e di approccio, in particolare nella valutazione di ritardi di apprendimento e nell'uso di scale o strumenti standard in contesti interculturali. Viene evidenziato come tali strumenti possano risultare poco efficaci anche in presenza di vulnerabilità psicologiche concomitanti, e come talvolta gli strumenti di tipo cognitivo-comportamentale non riescano a cogliere la complessità delle situazioni. In questi casi, si suggerisce l'utilità di un colloquio informale, finalizzato alla raccolta di un'anamnesi sociale e supportato da griglie osservative più flessibili. Un ulteriore limite riguarda la valutazione e l'indagine sulle esperienze di migrazione recente e di esposizione a violenze o traumi, così come la valutazione del rischio suicidario in ambito penitenziario, ostacolata da barriere linguistiche e da competenze non sempre adeguate di alcuni operatori, come gli specializzandi. Infine, vengono segnalati limiti di natura strutturale, legati alla carenza di risorse e alla discontinuità dei servizi: ad esempio, alcune valutazioni specialistiche in ambito ospedaliero sono disponibili solo al mattino e non nei fine settimana.

Modelli multidisciplinari

Il modello di valutazione multidisciplinare caratterizza anche le valutazioni di secondo livello svolte dalle équipes MeV, finalizzate all'approfondimento delle segnalazioni da parte degli operatori/trici dell'accoglienza. L'équipe è composta da professionisti di vari ambiti disciplinari: cure primarie, salute mentale (con profili di etnopsichiatria, psicologia e dipendenze), sociale, e di infermieristica transculturale. L'attivazione del gruppo avviene in funzione della tipologia di vulnerabilità rappresentata e può comprendere due o più figure specialistiche insieme, a seconda degli ambiti e della complessità riferita, fino al coinvolgimento di specialisti di secondo e terzo livello (ad

es., sanità pubblica, malattie infettive, neuropsichiatria infantile, medicina legale), per l'attivazione di percorsi specifici e di altre équipes (ad es., accertamento dell'età nei MSNA, percorso clinico-chirurgico-salute mentale per le donne con mutilazioni genitali femminili, o percorso di certificazione medico legale degli esiti di violenze e torture). I domini che compongono la valutazione multidisciplinare dell'équipe MeV osservati durante le attività sono molteplici e variano da quelli più generali di pertinenza delle diverse branche clinico-specialistiche, ad ambiti più specifici rispetto al background migratorio (storia, percorsi, esposizione a traumi, violenze, torture) o all'adeguatezza delle condizioni di accoglienza rispetto ai bisogni presentati (es. convivenze, distanze) ma anche alle potenziali necessità di supporto e di orientamento dell'équipe dell'accoglienza che ha svolto la segnalazione. Il modello di équipe multidisciplinare è adottato anche in altri servizi, principalmente focalizzati sulla salute mentale e sull'etnopsichiatria. In questi servizi, il modello multidisciplinare si organizza intorno a diversi professionisti della salute mentale di profilo, background e competenze differenti che cooperano insieme nel momento valutativo ed eventualmente nel contesto del colloquio, e che può prevedere il coinvolgimento attivo di educatori e mediatori. Criticità trasversali sono la complessità di organizzare e mantenere attivo il dispositivo, soprattutto in contesti con scarse risorse di tempo e personale:

“...tutti ci ritagliamo effettivamente del tempo, cercando di essere disponibili per quanto si venga, per quanto possibile, incontrarci con gli altri, nel senso che facciamo veramente i tripli salti mortali per fare tutto...”

Intervista, operatore sanitario

Infine, anche se meno caratterizzate, è opportuno riportare le valutazioni di tipo sociale emerse da interviste e osservazioni. I servizi sociali in ambito sanitario sono rappresentati sia in ambito ospedaliero che territoriale. In entrambi i casi la funzione è quella di promuovere l'integrazione sociosanitaria con riferimento alla continuità di cure tra diversi setting assistenziali. In particolare, nel contesto indagato, il servizio della UASS di Bologna è emerso come pilastro delle attività nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria alle persone migranti e bassa soglia. Questo servizio, oltre a partecipare alle attività di valutazione e presa in carico dell'équipe MeV già descritte,

svolge un'altra funzione cardine di continuità assistenziale favorendo il raccordo e l'assegnazione con i Centri di salute mentale (CSM) territoriali per le persone senza dimora ed esposte a grave marginalità adulta in dimissione dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC). Inoltre, supporta l'ingresso in posti letto di dimissione protetta presso i dormitori della rete GEA per pazienti dimessi da altri reparti ospedalieri o che necessitano di continuità delle cure domiciliari. In questo ambito, le valutazioni indagano aspetti come la competenza territoriale dei servizi (ovvero il servizio e il territorio di riferimento della persona in funzione a precedenti residenze o domiciliarità), la storia della persona, le reti familiari e significative, i bisogni economici e assistenziali, la capacità di cura di sé e l'autonomia, la dimissibilità, la disponibilità e la motivazione della persona a partecipare a un percorso. Le valutazioni vengono svolte in modo congiunto con il personale infermieristico delle équipes di bassa soglia e possono ricorrere anche all'utilizzo di strumenti validati come le scale BINA. Talvolta la valutazione include anche il contatto con i comuni di provenienza e il coordinamento per eventuali ricollocazioni.

Mediazione linguistico-culturale

La mediazione linguistico-culturale rappresenta uno dei temi più ricorrenti e un elemento organizzativo centrale in molti dei servizi coinvolti. La maggior parte degli operatori la considera una componente imprescindibile dell'assistenza, pur riconoscendo che il bisogno di mediazione può cambiare nel tempo. Nei servizi afferenti all'AUSL di Bologna, al Policlinico Sant'Orsola e ai servizi sociali del Comune di Bologna, la mediazione è affidata a una cooperativa esterna che garantisce sia la presenza fisica sia la reperibilità telefonica. All'interno di questo sistema rientra anche la mediazione per la lingua dei segni, accomunata negli stessi capitolati e budget, ma con complessità e modalità operative differenti. In alcuni contesti, la mediazione è teoricamente garantita in modo continuativo, almeno in due lingue, in parallelo su più ambulatori e a supporto delle funzioni di accettazione. Le lingue più frequentemente coperte in presenza sono arabo, francese e cinese, mentre altre vengono gestite tramite chiamate o grazie alla disponibilità delle stesse mediatrici. Una particolarità di questo servizio è la stabilità del personale, che, pur essendo formalmente esterno, opera in modo continuativo da tempo.

La presenza costante di figure di mediazione ha favorito un trasferimento progressivo di conoscenze e competenze tra mediatori e altri operatori, aumentando autonomia, sicurezza e qualità del lavoro durante le attività cliniche e migliorando in generale l'efficacia complessiva del servizio. In un'osservazione diretta, viene descritto che: “a questo punto interviene la mediatrice e spiega in modo spedito ed autonomo in cosa consiste e come si svolge il percorso. Il resto della visita si svolge regolarmente, la mediazione viaggia spedita.”

Questa continuità contribuisce non solo alla presa in carico, ma garantisce comprensione e dignità ai vissuti delle persone, e promuove una maggiore efficacia del lavoro sanitario, favorendo l'aderenza ai percorsi e un uso appropriato dei servizi. Quando la mediazione è trasversale a più servizi, può seguire la storia della persona nel tempo, garantendo coerenza e continuità. Alcuni operatori sottolineano inoltre l'importanza di prestare attenzione al genere, ai dialetti e al possibile carico vicario che grava sulle figure di mediazione.

In altri modelli, la mediazione è affidata a un gruppo di mediatori e mediatrici non fissi che collaborano stabilmente ma vengono attivati al bisogno. In questi casi, lo scenario risulta più variabile e la mediazione emerge anche come tema critico: viene spesso percepita come ridotta alla sola traduzione linguistica, con la conseguente impossibilità di sviluppare un reale lavoro interdisciplinare. In alcune interviste, gli operatori riferiscono che il servizio di mediazione si limita a tradurre, senza una reale conoscenza dei percorsi o del contesto di cura: “La mediazione culturale, anche per il servizio dell'AUSL, è solamente una traduzione, anche quella in presenza”.

Da molte osservazioni sul campo emerge inoltre come la mediazione sia spesso assente o non disponibile, neppure telefonicamente. Oltre a non essere formalmente garantita per il personale o servizi convenzionati come MMG e PLS, o ambulatori medici del privato sociale, anche nei servizi AUSL (o degli altri enti) in cui dovrebbe essere garantita è segnalata come mancante soprattutto nelle sedi periferiche, talvolta perché non richiesta affatto da alcuni reparti e front office. In tali contesti, svolgere determinate attività senza un'adeguata mediazione – come individuare una sofferenza psichica, una vulnerabilità, spiegare una terapia o semplicemente comunicare in modo comprensibile – risulta impossibile.

Nelle osservazioni dirette, l'assenza di mediazione genera incomprensioni, silenzi e tentativi improvvisati di comunicazione in più lingue, con il rischio di riattivare traumi o alimentare sfiducia. In alcuni casi, come descritto in un'osservazione, “per quasi tutto un pomeriggio non era presente alcuna mediatrice e le visite venivano svolte con Google Translate, lasciando spazio a silenzi, incomprensioni e frustrazioni da entrambe le parti”. In altre situazioni, la mancanza di mediazione porta al coinvolgimento di figure terze – amici, parenti, partner o anche sconosciuti – non sempre opportunamente coinvolte e talvolta inconsapevoli del contenuto delle traduzioni, con rischi legati a dinamiche di potere familiari.

Alcuni operatori interpretano questa condizione come la negazione di un diritto, con ricadute dirette anche in termini di prevenzione e di intercettare efficacemente bisogni e situazioni di potenziale rischio.

Molti intervistati percepiscono inoltre che la mediazione è poco implementata o pianificata, gestita in modo residuale (“poi vediamo quante ore mettere”), come riflesso di un approccio emergenziale, temporaneo e opportunistico alla gestione della migrazione. Ne deriva una mancanza di stabilizzazione delle figure, spesso altamente qualificate, e una percezione diffusa di sfruttamento dei mediatori.

In prospettiva, diversi operatori auspicano che si passi da un modello di mediazione esternalizzata a una strutturazione delle figure di mediazione e delle competenze culturali interne ai servizi. Non si tratta tanto di aggiungere una nuova figura, quanto di sviluppare capacità trasversali tra gli operatori, rafforzando il rapporto con le comunità e con il mondo degli educatori sociali. Secondo alcuni, investire nello sviluppo di tali competenze interne sarebbe molto più interessante ed efficiente che continuare a delegare la mediazione a un servizio in appalto, considerato non parte del core business aziendale.

Approcci alla persona e alla cura

Postura relazionale e superamento barriere

I dati raccolti permettono di individuare alcuni punti comuni nei servizi coinvolti rispetto ai principi di base nell'approccio alla cura e nell'incontro con l'altro che riguardano dimensioni relazionali ma anche strategie operative e modalità

organizzative. L'approccio alla cura si fonda sul riconoscimento della persona nella sua totalità, intesa come individuo inserito nel proprio mondo di relazioni e contesti di vita.

“...Tu non hai l'individuo, c'è l'individuo, è tutto il mondo che ci sta attorno. E io quando lavoro, lavoro con l'individuo e il mondo. Non è che lavoro solo con l'individuo. Anzi, a volte prima col mondo e poi con l'individuo..”

Intervista, operatore sanitario

Sofferenza e cura vengono considerate fenomeni con una matrice biopsicosociale, in cui dimensioni biologiche, psicologiche e sociali si intrecciano nel determinare il benessere o il disagio dell'individuo. In questa prospettiva, la prevenzione e la cura risultano realmente efficaci solo quando riescono a garantire l'autonomia della persona nel dare seguito ai propri progetti di vita e a promuovere contesti di socializzazione, di espressione e di gruppo che favoriscano la possibilità di sentirsi pienamente individuo. Secondo gli operatori, e in base a quanto osservato, emergono alcuni elementi ricorrenti nella costruzione della relazione con l'altra persona. L'ascolto e le competenze e tecniche relazionali – come l'uso del sorriso, dei piccoli scherzi, dei tentativi di conversazione, la ricerca di un linguaggio chiaro e semplice, – sono considerate strumenti essenziali per favorire un contatto positivo e una relazione efficace. L'informalità è frequentemente adottata come strategia di aggancio, utile a facilitare l'instaurarsi di un clima di fiducia. Viene inoltre sottolineata l'importanza del dialogo e della relazione, che non devono essere imposti, ma costruiti progressivamente. La continuità relazionale è ritenuta un fattore determinante, da perseguire anche attraverso una maggiore stabilità della turnistica e una programmazione coerente degli appuntamenti.

Parallelamente, in alcune osservazioni e interviste emergono criticità riconducibili a modalità comunicative poco accoglienti e a un approccio sbrigativo o prescrittivo. Sono stati riportati episodi di scarsa comunicazione, come rimbalzi, silenzi o assenza di saluto, e atteggiamenti infantilizzanti o controllanti, talvolta con richiami all'integrazione linguistica (“deve imparare l'italiano”). In diversi casi si rileva inoltre una ridotta attività informativa e di orientamento, con spiegazioni minime durante le

procedure o l'acquisizione del consenso, e una limitata attenzione all'aggancio ad altri servizi, nonostante la produzione di alcuni materiali informativi interni.

Altro punto chiave dell'approccio alla persona e alla presa in carico dei bisogni presentati è l'azione ricorrente finalizzata al superamento di eventuali barriere nell'accesso alle cure dovute ad aspetti amministrativi come iscrizione al SSN, residenza, domicilio sanitario, rilascio della tessera STP ed esenzioni.

Sebbene sia stato riportato che, per le persone accolte in accoglienza o in strutture per la grave marginalità, sono in genere gli educatori a curare gli aspetti amministrativi e di accesso alle cure, dalle osservazioni emerge come spesso questo non accada o sia complicato per il sovrapporsi di più barriere (ad es., residenze pregresse, ritardi nel rilascio del cedolino, errori anagrafici). In questi casi, gli operatori sanitari si muovono in modo differente: talvolta è stata osservata la presa in carico della problematica, con segnalazione agli uffici amministrativi (nel caso di servizi AUSL), altre volte l'azione si limita ad informare e orientare gli educatori, e in misura minore le persone. Le modalità sono differenti nei contesti di assistenza primaria del terzo settore: in alcuni casi orientamento e condivisione delle indicazioni per ottenere e richiede la tessera STP o l'iscrizione al SSN, talvolta con l'ausilio di mappe e qualche indicazione scritta, altre volte condivisione di moduli e documenti necessari alla presentazione della domanda.

Di frequente, operatori sociali e dell'accoglienza tendono a interagire quando possibile con il personale amministrativo degli sportelli nel tentativo di superare le barriere; altre volte, gli operatori sanitari si limitano a riproporre un'altra ricetta e in alcuni casi (ad es., da parte del MeV e dei consultori) si cerca di segnalare il caso o risolverlo mediante gli uffici amministrativi interni.

Capacitazione dell'individuo e accompagnamento della rete

Un'altra pratica ricorrente è quella dell'orientamento alla persona riguardo appuntamenti e visite prescritti, o verso altri servizi, sociali o legali necessari. In altri casi invece in cui la complessità del quadro clinico o delle condizioni sociali e di autonomia della persona sono tali da richiedere approfondimenti da parte di più servizi, o quando visite e percorsi non sono facilmente accessibili (barriere amministrative, poca responsività), gli operatori sanitari assumono un ruolo più netto

di facilitazione e di eventuale costruzione di strategie, cercando un raccordo diretto con gli altri servizi chiamati in causa, favorendo l'accesso e sensibilizzando gli altri operatori. Questa pratica è adottata in modo strutturato come parte del lavoro per molti servizi afferenti all'équipe MeV, mentre sembra avvenire in modo meno strutturato all'interno dei servizi ospedalieri o territoriali non dedicati, dove sembra dipendere dalla sensibilità, dal tempo e dalla voglia dell'operatore di turno. Al contrario, nei servizi di assistenza primaria del terzo settore tale continuità è spesso ricercata all'interno degli stessi spazi, non sempre valutando l'effettiva possibilità della persona di accedere al servizio pubblico, così come sembra essere meno strutturato l'orientamento e la presa in carico di bisogni di natura sociale.

In diverse interviste e osservazioni si fa riferimento al modello dell'infermieristica transculturale come funzione centrale e buona pratica organizzativa capace di integrare le competenze relazionali e gli strumenti di valutazione descritti, svolgendo tra l'altro funzioni di raccordo tra i diversi servizi coinvolti nell'assistenza a persone RTPI e di case management infermieristico. Questo si realizza tramite prossimità e accompagnamento continuo della persona nei percorsi di accesso, cura e reinserimento, includendo attività di monitoraggio terapeutico, supporto all'assunzione dei farmaci e orientamento al SSN.

In diverse interviste e osservazioni svolte con servizi dedicati a persone richiedenti asilo è emerso che una pratica ricorrente nella presa in carico di persone con scarsa autonomia – o comunque in presenza di vulnerabilità, come sofferenza psicologica o psichiatrica, consumo di sostanze, maternità fragile, sospetti di comportamenti devianti – consiste nel supporto e nella consultazione delle équipe educative e sociali che già lavorano con la persona. Obiettivo condiviso è la capacitazione e la responsabilizzazione della persona stessa. Questa attività si concretizza attraverso incontri, riunioni, home visiting e, secondo quanto riferito, ha il duplice pregio di permettere agli operatori coinvolti di meglio integrare il progetto educativo e di inclusione.

In altri casi, l'azione di supporto è rivolta alle équipe sanitarie o sociali di altri servizi territoriali o di secondo livello. Secondo gli operatori, questa modalità è importante non solo per garantire la continuità di cura e il diritto della persona a ricevere

assistenza dai servizi territorialmente competenti, ma anche per sensibilizzare i servizi non specificamente dedicati alla popolazione migrante. Tale pratica è stata osservata, ad esempio, all'interno della pediatria territoriale, del consultorio per le donne straniere e i loro bambini, e – in parte – nelle collaborazioni tra l'équipe MeV, alcuni medici di medicina generale, servizi specialistici e centri di salute mentale. Meno diffuse sono invece le attività di gruppo e le esperienze di coinvolgimento di persone alla pari. Si contano solo alcune esperienze sperimentali come i gruppi di parola e le Ruote di Barreto organizzate da due servizi in alcuni momenti specifici.

Infine, come azione di capacitazione e sensibilizzazione, molti dei servizi intervistati svolgono formazioni specifiche. In particolare, sono state osservate formazioni rivolte a medici di medicina generale e del terzo settore riguardanti gli aspetti normativi e i percorsi sanitari rivolti a persone RTPI e svolte dal personale dell'équipe MeV e formazioni aperte e rivolte a operatori socio sanitari sui temi della salute materno-infantile e della gestione delle sindromi traumatiche nei contesti di accoglienza.

Dalle interviste e dalle osservazioni emergono alcune prospettive di sviluppo del lavoro con le persone migranti e in condizioni di vulnerabilità, in particolare con i minori. Gli operatori sottolineano l'importanza di rafforzare la dimensione informativa e orientativa, fornendo ai ragazzi strumenti per comprendere meglio il funzionamento del sistema sanitario e i propri diritti di accesso, al fine di favorire consapevolezza e autonomia nei percorsi di cura. In diversi contesti viene inoltre proposta la possibilità di sviluppare interventi di peer education, coinvolgendo adolescenti della stessa provenienza come mediatori tra pari, capaci di tradurre linguaggi, significati e pratiche di salute in modo più accessibile e culturalmente vicino ai coetanei.

Un ulteriore ambito di approfondimento riguarda il coinvolgimento delle famiglie dei minori nei percorsi di presa in carico, attraverso una maggiore condivisione di informazioni tra operatori, servizi e contesti educativi. Secondo alcuni professionisti, favorire una comunicazione più aperta e coordinata tra scuola, servizi sociali e sanitari consentirebbe di costruire un quadro più completo delle situazioni familiari, promuovendo interventi più coerenti e continui nel tempo. In questa prospettiva, il lavoro con le persone è inteso non solo come risposta individuale al bisogno, ma

come processo di accompagnamento collettivo e relazionale che mira a rafforzare legami, competenze e reti di supporto.

Impatto del lavoro di cura

Dalle interviste e dalle osservazioni emerge come il lavoro di cura con persone migranti e in condizioni di marginalità produca un impatto profondo sugli operatori, sia sul piano emotivo che su quello organizzativo. Diversi professionisti riportano esperienze di trauma vicario e di coinvolgimento dell'intera équipe nelle dinamiche di sofferenza e trauma, riconoscendo la necessità di spazi di supervisione e di confronto periodico.

“...portarsi dietro i racconti no?...Il dolore di questi racconti, cioè inimmaginabili rispetto anche a vissuti di trauma intenzionale...(.)...ci sono dei carichi importanti....però appunto, noi ci sentiamo molto protette dal gruppo...”

Intervista, operatore sanitario

Accanto a questa dimensione emotiva, emerge una fatica costante legata alle barriere organizzative e culturali. Gli operatori descrivono sentimenti di frustrazione, stanchezza e impotenza di fronte a un sistema frammentato e a risorse limitate, con la percezione di dover continuamente lottare per garantire percorsi di cura adeguati:

“La cosa che però mi distrugge è la parte organizzativa, questo scontrarsi continuamente. Questa donna ha bisogno di supporto psicologico, lo deve avere...è sempre uno scontro...”

Intervista, operatore sanitario

Le difficoltà riguardano anche il confronto culturale e relazionale con le persone assistite, spesso per la percezione di differenze profonde nei riferimenti e nelle conoscenze di base, ma anche da una forte reciprocità relazionale. Talvolta viene riferita la soddisfazione di poter dedicare tempo alla relazione con le utenti, pur riconoscendo la fatica dovuta alla complessità dei contesti e al senso di impotenza di fronte ai problemi relazionali dei bambini. Sul piano organizzativo, la frammentazione tra dipartimenti e direzioni accentua la difficoltà di comunicazione e riduce gli spazi di

confronto. La scarsità di momenti di dialogo tra operatori è percepita come fonte di sofferenza e disaffezione:

“è difficile, ti fa a volte perdere la voglia di continuare a lavorare in questo servizio... a volte proprio l'interazione tra di noi non c'è, e questo crea una fatica non indifferente. Quindi bello, intenso, però faticoso dall'altro canto”

Intervista, operatore sanitario

Nel complesso, l'impatto emotivo e relazionale del lavoro appare intrecciato con condizioni strutturali di precarietà e con una tensione continua tra dedizione professionale, limiti organizzativi e necessità di cura di sé e del gruppo.

Percezioni su comportamenti, cura di sé e differenze culturali

Dalle interviste emergono diverse percezioni degli operatori sociosanitari riguardo ai comportamenti di accesso alle cure e di cura di sé delle persone migranti. Tra le barriere di accesso emerge diffusamente la ridotta capacità di orientamento nei servizi sanitari delle persone con background migratorio. Scarsa alfabetizzazione sanitaria e difficoltà linguistiche sono le principali motivazioni chiamate in causa. Rispetto alle competenze linguistiche, alla base delle difficoltà riscontrate, i pareri raccolti sono tuttavia differenti. Per alcuni operatori, le difficoltà linguistiche sono dovute a scarsa alfabetizzazione e poca volontà di integrarsi da parte delle persone migranti, specialmente quando presenti da tempo. Altri operatori, invece, riconoscono che l'apprendimento linguistico è legato alla motivazione, alla riuscita del progetto migratorio e al vissuto personale. In particolare, in situazioni di trauma e stress migratorio, l'apprendimento della lingua può risultare difficile, non prioritario o persino rifiutato, come forma di resistenza o disorientamento alla migrazione forzata.

Un altro comportamento di accesso alle cure che emerge diffusamente dalle interviste svolte è la scarsa aderenza ai programmi di screening e vaccinazioni, e in generale ai progetti sanitari.

“come utenza sono un po più difficile da gestire perché sono poco complianti ai vari test, alle varie visite, cioè capita che non si presentino, quindi bisogna ridare

l'appuntamento più volte. Riorganizzare anche durante la terapia bisogna starci molto, stare molto attenti..."

Intervista, operatore sanitario

Anche in questo caso i pareri sono differenti e chiamano in causa diversi fattori. Per alcuni questi comportamenti sono frutto di poca consapevolezza rispetto alla propria salute e superficialità rispetto alla cura: "ci si cura solo quando compaiono i sintomi", rendendo interventi di prevenzione come le vaccinazioni, culturalmente "non prioritarie". In altre interviste, sono chiamate in causa differenze culturali – anche legate ai contesti di origine – nel significato attribuito a prevenzione, corpo e pratiche mediche, nonché la "mancanza di una cultura sanitaria condivisa" o un "basso livello culturale", che renderebbero difficile, per le persone con background migratorio, comprendere discorsi sulla corporeità, la malattia e la salute. D'altro canto, la scarsa aderenza ai progetti terapeutici, in particolare rispetto all'auto-cura nel diabete e alle patologie croniche, viene talvolta spiegata anche come effetto della mancanza di condizioni di vita stabili e di prospettive concrete riguardo al futuro, all'ottenimento di documenti come il permesso di soggiorno, o alla stabilità lavorativa ed economica. Un altro tema che emerge nelle interviste riguarda la percezione di scarso rispetto delle regole di accesso, come nel racconto di operatori che descrivono persone straniere che "fanno come vogliono", arrivando senza appuntamento o pretendendo prestazioni fuori turno.

"Gli stranieri in generale....ci sono alcuni che comunque dicono, ho l'appuntamento, altri che fanno i furbi e comunque arrivano qua... appena arrivano tutto gli è dovuto"

Intervista, operatore sanitario

Ciò riguarda non solo il ricorso alle visite specialistiche e programmate, ma anche ai servizi di urgenza o di base ad accesso diretto come il pronto soccorso, affollati da accessi impropri, soprattutto notturni. Anche in questo caso sono chiamate in causa specificità culturali o geografiche:

"e non so se sia un mio pregiudizio o un giudizio, non lo so però eh...e popolazioni straniere sono profondamente diverse (...) ci sono persone di certe nazionalità,

soprattutto Estremo Oriente, così che quando arrivano (...) sono veramente affette da patologie gravissime, invece ci sono altre popolazioni che giungono ...con un bisogno poi non consistente...(..).Nordafricani, popolazioni del Bangladesh, Sri Lanka...”

Intervista, operatore sanitario

D’altro canto, viene anche riportato come lo scarso accesso all’assistenza primaria (MMG e guardia medica) e la diversa condizione di tutela lavorativa di fatto impedisca a molte persone la possibilità di assentarsi durante le ore lavorative per visite durante il giorno. Emerge anche come la percezione di “abuso” o “uso improprio” dei servizi d’urgenza da parte di persone migranti (spesso sottintese come extracomunitarie o clandestine) venga associata al rischio che il personale sanitario sottovaluti o minimizzi le condizioni di salute durante il triage o la visita, con conseguenze di approssimazione, superficialità e priorità ridotte.

Un altro tema riportato in modo prevalente dagli operatori dei centri di accoglienza riguarda la poca cura dell’alimentazione, con diete sregolate, consumo di alimenti di bassa qualità, poca attenzione alla conservazione dei cibi, associato al non rispetto delle regole di convivenza e al ricorso di cucine improvvisate nelle stanze dei centri. Anche in questo caso vengono chiamate in causa differenze culturali rispetto al cibo, alla cucina, e alle modalità igienico-alimentari, ma allo stesso tempo vengono citati i “deserti alimentari”, la scarsa prossimità di negozi di qualità e le limitazioni economiche o strutturali che costringono le persone a diete monotone o a non poter cucinare adeguatamente.

La ridotta autonomia nella cura della salute e del sé viene riferita anche riguardo alla mancanza di conoscenze sulle pratiche igieniche domestiche, come il cambio regolare di lenzuola o indumenti. È frequente la convinzione che in “alcuni Paesi o culture”, specialmente da alcune aree di provenienza, i lavori di cura e igiene domestica siano prerogativa femminile, per cui gli uomini non imparano queste pratiche.

Riguardo al consumo di sostanze, si afferma che “gli italiani usano più droghe, gli stranieri meno”, con alcune eccezioni per l’uso di psicofarmaci. Sono riportate anche percezioni stereotipate sulla genitorialità, come l’idea che le pratiche di svezzamento

nelle famiglie africane siano inadeguate, o che l'uso della violenza fisica come pratica educativa sia "normale" in alcune culture:

"No, io europea ho e considero il fatto che per esempio, le punizioni corporali sono una roba che assolutamente non rientra nell'educazione di un minore...gli africani la vedono completamente diversa, (...)...cioè per gli africani è normale prendere la cinghia e massacrare il bambino.. è normalissimo per loro il problema è come dire aiutarli a comprendere quanto siano diverse le cose in Italia, ma non solo in Italia, in Europa e nel resto del mondo"

Intervista, operatore sociale

Analogamente, le dinamiche di genere e il ruolo della donna nelle culture e in alcune aree di provenienza:

"cioè, voglio dire avere a che fare con un padre urdu o avere a che fare con un padre italiano...(.)...è una differenza abissale. Perché l'uomo urdu in me vede una sua sottomessa...non vede chi ha potere...(.)...l'uomo italiano si rende conto che mi trovo in una posizione di potere rispetto a lui in quel momento lo capisce subito. Uomo Urdu, Eh in difficoltà perché dice, ma questa? Che a casa mia mi lava il pavimento, cosa fa qui e mi sta e sta pretendendo di sapere...come tratto mio figlio come si permette questa? cosa vuole?"

Intervista, operatore sociale

Infine, nei discorsi degli operatori sociosanitari è possibile individuare alcune definizioni ricorrenti che identificano gruppi specifici, in relazione al loro comportamento di accesso alle cure e/o alla capacità dei servizi di interagire e prendere in carico. La definizione più frequente adottata trasversalmente è quella di "caso complesso", laddove la persona e i bisogni letti dagli operatori riguardano l'attivazione di uno o più servizi, spesso di natura differente. Definizioni più specifiche riguardano i MSNA, spesso descritti in modo dicotomico: da un lato come "bravi", quando inseriti nei percorsi scolastici o lavorativi, dall'altro "irresponsabili" e "menefrehisti", quando non seguono le regole o non rispettano gli impegni sanitari, o ancora "inagganciabili" quando la rete dei servizi fallisce nella possibilità di interazione e coinvolgimento.

Viene inoltre tracciata una distinzione tra persone “invisibili” e persone “iper-visibili”, in relazione ai comportamenti sociali e di convivenza, nonché al rispetto delle regole delle strutture di accoglienza o all'aderenza ai progetti. Il tema della visibilità e della difficoltà di gestione si evidenzia anche nelle definizioni attribuite alla presenza, soprattutto notturna, nei pronto soccorso di persone senza dimora descritte come il “Bronx” o come “prepotenti”, “rifiutanti gli aiuti”, la cui unica soluzione per debellare il “fenomeno” sarebbe l'allontanamento. La loro presenza in reparto è percepita come un aggravio per il sistema ospedaliero, anche a causa dell'impossibilità di dimissione per mancanza di reti sociali.

Nel linguaggio dei servizi di prevenzione e profilassi compaiono invece gli “irrintracciabili” e gli utenti che “sfuggono”, mentre nei servizi sociali e sociosanitari le categorie più frequenti sono quelle degli “incollocabili” e delle “zone grigie”.

Gestionali, dati e monitoraggio

Un aspetto importante che è stato possibile caratterizzare tramite le interviste con gli operatori e le osservazioni delle attività dei servizi riguarda l'utilizzo di cartelle informatizzate e di gestionali interni e le relative criticità vissute dagli operatori. Nella maggior parte dei servizi sanitari coinvolti nello studio, gli operatori adoperano cartelle cliniche informatizzate o gestionali interne.

Nei servizi che svolgono attività per la popolazione generale, quali pediatrie territoriali, consultori, servizi per la profilassi e le vaccinazioni, SerD, e assistenza penitenziaria, i gestionali in dotazione sono quelli forniti dall'azienda sanitaria e vengono utilizzati per la refertazione e la consultazione durante le attività. Tuttavia, secondo gli operatori, esistono diverse criticità come la rigidità nella compilazione delle informazioni anagrafiche – ad esempio, certi campi per città o Paesi di origine non sono previsti – o ad esempio rispetto alla possibilità di creare nuove cartelle o inserire prestazioni su persone senza codici fiscali o con tessera STP. Questa problematica viene anche riferita rispetto alla possibilità di accedere alle ricette dematerializzate per persone con tessera STP. L'impossibilità di refertare e inserire prestazioni nelle cartelle informatiche viene spesso superata mediante la creazione di

file o documenti che vengono conservati dai sanitari o inviati via mail, con il rischio di essere dimenticati o persi.

D'altro canto viene diffusamente riferito come questi sistemi informatici siano tra loro scarsamente integrati, problema che viene ascritto alla situazione generale dell'assistenza sanitaria e alla scarsa comunicazione tra i diversi ambiti territoriali e ospedalieri. Secondo gli operatori, a questa criticità però si aggiunge la difficoltà di reperire informazioni sanitarie provenienti da altre aziende sanitarie e regioni, e riferite a precedenti percorsi sanitari. La difficoltà nel reperimento di informazioni causa continui ritardi e imprecisioni, facendo oltretutto desistere i colleghi meno motivati, esitando nell'insieme in disuguaglianze nell'approccio:

“..sembrano sciocchezze, ma messe tutte insieme, sono cose che rendono il tutto peggio, cioè fanno sì che la presa in carico non sia né approfondita e non dia a quel bambino la possibilità di avere i diritti che avrebbe un bambino italiano...”

Intervista, operatore sanitario

In altri contesti di cura, come l'ambito delle prime visite e dell'assistenza a persone migranti, il personale ha a disposizione un portale regionale (applicativo “Migranti”), che permette di inserire i dati anagrafici e della prima visita, seguendo una check list che ripercorre i punti principali delle linee guida nazionali. La cartella è accessibile da diversi professionisti, ma secondo gli operatori presenta il grosso limite di non essere pensata come cartella clinica ma come semplice scheda per prima visita, non prevedendo campi di aggiornamento, l'integrazione di referti ed esami, e il collegamento con altri gestionali e software aziendali.

Inoltre, la piattaforma non è accessibile al personale medico dei centri di accoglienza, che di fatto svolgono la maggior parte delle prime visite sulle persone di recente arrivo.

Diversamente, nell'ambito dell'assistenza alla popolazione a bassa soglia e della grave marginalità adulta, osservazioni e interviste evidenziano l'assenza di sistemi informativi (e anche di postazioni computer all'interno delle strutture) per la refertazione e la consultazione medica. Le attività si basano sulla consultazione di cartelle cartacee, archiviate nei centri, che oltre a rendere lenta e brigosa l'attività

clinica, rendono impossibile la consultazione delle cartelle da remoto o da altre sedi di lavoro, dove tra l'altro si svolge gran parte del lavoro di case management.

Infine, da osservazioni e interviste con personale del terzo settore emerge che negli ambulatori di assistenza primaria sono presenti gestionali interni e cartelle informatiche private, ma non è presente alcun accesso alle cartelle sanitarie regionali (portale SOLE), nonostante la rete di ambulatori lo abbia richiesto da tempo. Per quanto riguarda i servizi sociali di ASP e GEA non è stato possibile caratterizzare questo aspetto; tuttavia, da parte degli operatori sociali e sanitari emerge la criticità di non avere a disposizione un sistema integrato che permetta di lavorare congiuntamente su casi condivisi.

Nei servizi coinvolti, vengono diffusamente raccolti dati in modo routinario. Tuttavia, la finalità della raccolta e la tipologia di dati sono relativamente variabili. La maggior parte dei servizi raccoglie dati riguardanti i volumi e le tipologie di attività svolte, raccogliendo informazioni principalmente sulle tipologie di interventi (ad es., visite, accessi) per rispondere a debiti di rendicontazione delle attività nei confronti delle strutture di afferenza o regionali (ad es., pronto soccorso); In pochi casi, viene svolta una raccolta più approfondita, con informazioni riguardanti le caratteristiche delle persone (Paese di provenienza, età, genere) e talvolta le motivazioni dell'accesso. Queste rilevazioni vengono svolte dai servizi che operano nell'ambito della protezione internazionale e della bassa soglia e da quelli del terzo settore, e hanno la finalità di comprendere la tipologia di attività svolta e la popolazione servita, oltre avere riscontri rispetto alle attività svolte e ai bisogni osservati da poter utilizzare nel dialogo con altri servizi e strutture di riferimento. Tuttavia, da quanto emerge dai dati raccolti, solo in alcuni casi i gestionali e i sistemi informatici a disposizione permettono un'elaborazione diretta dei dati, e non sempre questa viene svolta. Nella maggior parte dei casi, la raccolta dei dati viene svolta manualmente, mediante Excel o altri sistemi adottati spontaneamente da parte del personale sociosanitario. Anche in questo caso viene riferita una grande frammentazione rispetto alle attività di monitoraggio e raccolta, che non permette oltretutto di confrontare dati tra i diversi servizi e avere un quadro chiaro della popolazione di riferimento e dei bisogni rappresentati. Secondo gli operatori, ciò contribuisce alla difficoltà di poter

programmare interventi mirati, valutare l'impatto delle azioni svolte e negoziare risorse o riorganizzazioni con le strutture di riferimento.

Integrazione sociosanitaria: dispositivi, pratiche, criticità e proposte

Dai dati emerge come il lavoro di rete e l'integrazione sociosanitaria siano tra le caratteristiche organizzative principali dei servizi coinvolti. Il presente paragrafo intende approfondire questo aspetto, riportando i dispositivi e le pratiche emerse, ed evidenziando le criticità e le prospettive di miglioramento indicate dagli operatori. Queste verranno descritte suddividendo i risultati secondo quanto emerso nell'ambito della protezione internazionale, della bassa soglia, dell'assistenza a persone con tessera STP e/o esterne ai circuiti di accoglienza e dell'assistenza penitenziaria.

Attori e dispositivi

Gli attori coinvolti in attività sociosanitarie nell'ambito dell'accoglienza e della protezione internazionale sono numerosi e appartengono a diversi enti e istituzioni con funzioni e responsabilità differenti. In primo luogo emerge il ruolo di ASP Protezioni internazionali, che coordina il progetto SAI Metropolitano e il servizio sociale, in raccordo con un consorzio di cooperative che gestiscono i progetti di accoglienza (Ordinari, MSNA e DM-DS). Ugualmente, per il sistema di accoglienza straordinaria, il ruolo principale è presidiato dalla Prefettura di Bologna che coordina i centri di accoglienza straordinaria (CAS) gestiti da cooperative, in alcuni casi le stesse che operano sui SAI. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, gli attori coinvolti sono principalmente il Gruppo MeV dell'AUSL di Bologna, che rappresenta i principali dipartimenti territoriali e ospedalieri dell'Azienda. Completa l'arena degli attori coinvolti un numero piuttosto ampio di istituzioni, servizi sociali ed enti del terzo settore che a diverso titolo collaborano in questo ambito di assistenza, ma che non sono stati direttamente approfonditi (es. scuole, tribunali per minori, centri anti-violenza, REMS, forze dell'ordine, questura, etc.)

Seppure non in modo esaustivo e sistematico, i dati raccolti permettono di evidenziare alcuni dei dispositivi di integrazione che al momento della ricerca

definiscono il lavoro congiunto tra questi attori. Nell'ambito interistituzionale riconosciamo:

- *l'Accordo operativo per la gestione del SAI metropolitano* - sistema di accoglienza e integrazione - metropolitano di bologna⁸ che definisce la governance e le procedure operative tra Comune di Bologna, ASP, AUSL (Dipartimento Salute Mentale) e comuni aderenti, stabilisce modalità condivise per l'attivazione delle strutture, la presa in carico integrata sociosanitaria e il monitoraggio coordinato del progetto di accoglienza diffusa sul territorio.
- *“Accordo di Programma per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte alla tutela dei minorenni e ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento in attuazione della DGR 1102/2014”* che definisce le modalità di integrazione tra comune e Azienda USL di Bologna (DSM) per la tutela dei minori vulnerabili o allontanati, garantendo valutazione, presa in carico e interventi sociosanitari integrati e stabilisce ruoli, procedure e organismi tecnici per una gestione condivisa e multidisciplinare dei casi complessi.
- Il CIAPI (Coordinamento interistituzionale accoglienza e protezione internazionale), un tavolo di coordinamento interistituzionale, presidiato dalla Prefettura di Bologna, a cui partecipano ASP Protezioni Internazionali, gli enti gestori e l'équipe dei centri di accoglienza CAS e SAI in base al tema trattato, nonché l'Azienda USL tramite il Gruppo MeV (CIAPI Salute).

Quest'ultimo si occupa in particolare della gestione di casi complessi con la finalità di facilitare il raccordo per la gestione di casi comuni:

“...è sostanzialmente un tavolo di incontro dove si condividono i casi e insieme si capisce dove debbano andare le persone, soprattutto in quelle zone grigie, se devono andare nel CAS o nelle strutture SAI.”

Intervista, operatore sociale

Altri accordi e disposizioni operative di integrazione che sono stati intercettati riguardano la gestione di screening e vaccinazioni per migranti e RTPI di recente

⁸ https://www.ctss.bo.it/Engine/RAServeFile.php/f/documenti/Accordo_SAI_luglio_2021.pdf

arrivo (CAS Mattei, enti gestori di altri CAS, Prefettura, Centro tisiologico AUSL e GMV) e per i minori (Pediatria territoriale e Comune di Bologna), e la procedura interistituzionale “codice rosso” per i maltrattamenti e la violenza domestica. Completano il quadro i vari percorsi intra-aziendali (o interaziendali) di recepimento delle linee guida ministeriali già descritti in precedenza.

La rete di servizi che opera nell’ambito della bassa soglia e della grave emarginazione adulta si compone anche in questo caso di un nucleo di servizi sociali e sanitari che lavora in modo integrato con strategie e dispositivi più o meno consolidati, insieme a una rete secondaria più ampia composta da servizi ed enti del terzo settore (mense, accoglienze private, servizi caritas, ecc.).

I servizi della rete svolgono funzioni di accoglienza (dormitori), di prossimità e riduzione del danno (unità di strada, sportelli e drop in), di pronto intervento sociale e di servizi sociali di bassa soglia, e sono gestiti da diverse cooperative, ognuna con specifiche competenze e una propria organizzazione interna (gruppi di coordinamento, assistenti sociali di riferimento, équipe educative). ASP GEA svolge funzione trasversale di coordinamento, monitoraggio e programmazione delle attività, oltre che di raccordo con altri servizi e istituzioni.

La rete di servizi sanitari che opera in questo ambito è composta principalmente dall’équipe di bassa soglia e dal Centro C.A.S.A. (Dipartimento di cure primarie e UA-DATER), oltre che dal servizio sociale per popolazioni vulnerabili della UASS di Bologna, l’équipe del SerDP e, in secondo livello, dai servizi sociali ospedalieri e dai punti di coordinamento di cure intermedie territoriali (prima PCAP, ora COT).

Da osservazioni e interviste emergono due principali piani di integrazione tra gli attori coinvolti: il primo riguarda il progetto di dimissioni protette (DP), che integra i servizi sociali e ASP GEA, oltre ai servizi sanitari descritti in precedenza; il secondo coinvolge esclusivamente le unità di strada, i servizi di riduzione del danno, i servizi bassa soglia e il SerD. Tuttavia, i dati raccolti si concentrano prevalentemente sul progetto DP e sull’integrazione tra l’équipe bassa soglia/centro C.A.S.A. e i servizi sociali di bassa soglia e di accoglienza. Come descritto in altre sezioni, il progetto ha l’obiettivo di garantire dimissioni ospedaliere “protette” in strutture di accoglienza per persone senza dimora. All’interno del progetto emergono diversi dispositivi e pratiche di

integrazione. In primo luogo, come già descritto, si evidenziano approcci di micro-équipe multidisciplinari e inter-servizio: la valutazione multidisciplinare congiunta tra assistenti sociali dei SBS e infermieri dell'équipe BS/Centro C.A.S.A., e la presa in carico sociosanitaria congiunta da parte dell'équipe educativa e sanitaria.

Inoltre, emergono dispositivi di integrazione che riguardano il livello di coordinamento tra i diversi servizi coinvolti, organizzati attraverso incontri bisettimanali tra personale sociosanitario dell'AUSL (équipe bassa soglia, UASS), équipe educativa dei centri di accoglienza, referenti dei dormitori e ASP GEA (briefing dormitori), intervallati da incontri bisettimanali di coordinamento più ampio, cui partecipano anche referenti dei SBS e della UASS (coordinamento DP). Entrambi i dispositivi sono strutturati e si svolgono con regolarità, ma con finalità parzialmente diverse: il primo ha un'impronta più operativa, finalizzata al confronto sui casi in ingresso, in gestione o in uscita; il secondo ha un'impronta più strategica e di raccordo con la rete di servizi più ampia. Sebbene le attività sanitarie e l'integrazione tra sociale e sanitario in questo ambito siano prevalentemente vincolate al progetto DP, e quindi riservate alle persone inserite al suo interno, la presenza del personale sanitario nelle strutture di accoglienza consente, quasi regolarmente, anche il monitoraggio e la valutazione – per non dire la presa in carico – di persone senza dimora che non rientrano nei criteri del progetto DP.

A differenza degli altri ambiti indagati, quello dell'assistenza a persone migranti con STP o esterne ai circuiti di accoglienza – come emerso da osservazioni, interviste, ma anche come noto – risulta molto meno strutturato, seppur animato da una rete articolata di attori del terzo settore che offrono diversi servizi, oltre che da servizi sanitari che incontrano occasionalmente persone con STP. I principali dispositivi di integrazione riscontrati in questo ambito riguardano le convenzioni economiche attive tra l'AUSL e due delle realtà coinvolte. Tali convenzioni, oltre a garantire contributi economici per spese di affitti, utenze, farmaci e dispositivi medici, prevedono la possibilità per i medici volontari di utilizzare il ricettario rosso, e definiscono gli ambiti di intervento nell'assistenza a persone con STP e/o prive di documenti o di possibilità di accesso al SSN. D'altro canto, dalle osservazioni condotte – sebbene non sia stato possibile riscontrare la presenza di altri dispositivi o pratiche di integrazione

formalizzate tra AUSL ed enti del terzo settore – è emerso che l'accesso a queste realtà è numericamente rilevante, e che la connessione tra servizi sanitari e terzo settore viene comunque agita quotidianamente dai singoli operatori.

L'ambito dell'integrazione è stato poco approfondito per quanto riguarda l'assistenza penitenziaria. Da quanto raccolto, tuttavia, emerge come anche in questo settore la rete di attori coinvolti sia estremamente ampia, con diversi livelli di intersezione interistituzionale (Autorità giudiziarie, Istituti penitenziari, Forze dell'ordine), e con il coinvolgimento di molteplici ambiti e dipartimenti dell'Azienda USL (Cure primarie, Salute mentale e dipendenze, Malattie infettive, UASS), oltre a un folto numero di soggetti attivi su ambiti specifici o orbitanti a quelli descritti. Uno dei dispositivi citati in questo ambito è il progetto Dimittendi, dedicato alla gestione delle dimissioni dal carcere per persone con fragilità sociali e sanitarie, che prevede il lavoro con équipe sanitarie e penitenziarie e il reinserimento nella rete abitativa cittadina. Altri livelli di integrazione de facto sono rappresentati dal coinvolgimento delle stesse Unità operative ed équipe anche in altri ambiti assistenziali. Questo consente che, pur in assenza di una vera e propria struttura di coordinamento, si generi un coordinamento operativo dal basso, mediato da operatori e operatrici che seguono i percorsi dei pazienti trasversalmente ai vari setting.

Si è inoltre osservato un tentativo di rafforzare la connessione tra le équipe dell'assistenza penitenziaria e quelle MeV/C.A.S.A., al fine di avviare ragionamenti su percorsi in dimissione o su nuovi inserimenti territoriali di persone migranti.

Criticità

Le criticità emerse da osservazioni e interviste con operatori MeV, ASP e sociali di altri servizi riguardano principalmente l'ambito della salute mentale, dei MSNA e dell'assistenza primaria. In tutti questi contesti, le problematiche percepite in termini di integrazione fanno riferimento alle competenze del personale, alle risorse a disposizione e all'accessibilità agli altri servizi.

Per quanto concerne la salute mentale, le principali criticità riportate dagli operatori dell'AUSL (in particolare dell'équipe MeV) e del sistema SAI riguardano l'elevato turnover del personale e la scarsa capacità dei gestori di garantire una formazione

adeguata ai nuovi ingressi. Sebbene vengano citati diversi esempi di educatori molto competenti, la percezione prevalente è quella di competenze disomogenee e spesso carenti in materia di salute, servizi, riconoscimento e gestione delle situazioni di vulnerabilità. La combinazione di questi fattori comporta difficoltà nell'intercettazione precoce (soprattutto delle forme meno evidenti), una ridotta appropriatezza delle segnalazioni all'équipe MeV da parte delle strutture di accoglienza (talvolta anche segnalazioni fittizie o richieste di certificazioni mediche/psichiatriche per facilitare allontanamenti o gestioni interne), e ritardi nella segnalazione dei casi, con conseguente aggravamento (es. aumento rischio suicidario, condotte autolesive, comportamenti aggressivi, cronicizzazione disturbi) o gestione inadeguata (medicalizzazione) anche in seguito a trasferimenti.

Inoltre, emerge la percezione che le ore di lavoro a disposizione degli operatori siano limitate e che le strutture dispongano di una copertura sociale ed educativa insufficiente. Questo comporterebbe una "sopraffazione" da parte dei bisogni più pressanti e delle persone con maggiore carico assistenziale, generando meccanismi di competizione interna ai CAS tra chi riesce a gestire meglio e chi fa più fatica. Per altri, questo vuoto di risorse e continuità operativa sarebbe direttamente responsabile del peggioramento delle condizioni di sofferenza, favorendo ulteriori processi di vulnerabilizzazione:

"..aggiungo che le attività che fanno i ragazzi sono quelle del territorio (es. scuola.) dentro le comunità non fanno granché e i pensieri intrusivi dei ragazzi si aggravano...(...)...Ora stanno mettendo nelle strutture anche minori di 13-14 anni con ragazzini di 17 anni a Villa Aldini e questo non va bene. Dopo 6 mesi questi ragazzi ci vengono segnalati perché non dormono e hanno paura..."

Intervista, Operatore sanitario

Questa percezione si associa all'idea che le comunità di accoglienza siano in forte difficoltà di fronte a casi complessi, e che talvolta questo porti anche a meccanismi di abbandono educativo:

"Sempre di più casi complicati che le comunità si rifiutano di tenere...e noi facciamo un braccio di ferro dove la clinica entra poco...le situazioni sono

ospedalizzazioni inappropriate per declino delle situazioni all'interno delle accoglienze....quando ci sono problemi di comportamento le comunità vanno in tilt....l'impressione è quella di avere a che fare con famiglie che non hanno tempo di stare con i figli.”

Intervista, Operatore sanitario

Inoltre, il peggioramento delle condizioni di accoglienza (in particolare per i minori) e la mancanza di figure di riferimento all'interno dei servizi, portano a una scarsa tutela e a una gestione inadeguata di situazioni a rischio di disagio, che possono sfociare in percorsi di marginalizzazione e criminalizzazione:

“...ci sono molti ragazzi tunisini che dichiarano difficoltà di convivenza con connazionali per pressione sull'inserimento dei ragazzi in circuiti di spaccio. Ci sono ragazzini che preferiscono stare fuori e dormire in strada, perché nella coabitazione non riescono a dire di no...”

Intervista, Operatore sanitario

Il tema delle competenze e della postura degli operatori (soprattutto nei CAS) rispetto alla gestione delle situazioni di vulnerabilità è riportato anche da operatori del sistema SAI. In questo caso, la percezione è quella di una scarsa intraprendenza e consapevolezza rispetto alla necessità di garantire continuità nei percorsi (nel passaggio al SAI, negli accompagnamenti), anche a causa della diffusa interiorizzazione dell'idea di depotenziamento e temporaneità dell'accoglienza, della mancanza di risorse adeguate e della sensazione di non avere voce in capitolo:

“chi ci lavora dentro ha assunto proprio una posizione di temporaneità dell'accoglienza ma anche di scarsità di risorse e quindi già depotenzia il suo intervento in partenza perché la bassa soglia dice "oh io mica sono un CAS" il CAS dice "oh io mica sono un SAI" il SAI ordinario dice "oh mica sono un SAI vulnerabile" SAI vulnerabile ti dice "mica sono una comunità terapeutica" e via andare ognuno si depotenzia di per sé il suo intervento... “

Intervista, Operatore sociale

Diversamente da quanto emerso nelle interviste con operatori del SAI, dell'accoglienza, del terzo settore e dei servizi sanitari dedicati, alcuni interlocutori pongono l'attenzione sulle difficoltà di accesso ai servizi (CSM, SerD, NPIA, psicologia territoriale), evidenziando anche un gradiente di disuguaglianza tra la città e gli altri distretti. Tra le motivazioni riportate, vi è la difficoltà, da parte dei CSM, nel diagnosticare quadri di salute mentale nelle persone rifugiate, sia per una mancanza di competenze in ambito etnopsichiatrico, sia per il timore di un aumento dei costi:

“ho avuto tante volte l'impressione che ci sia anche difficoltà a diagnosticare dei disturbi post traumatici da stress e dei disturbi psichici nei nostri beneficiari...non so se per una mancanza di cultura della psichiatria e della psicologia transculturale, non so se perché una diagnosi implica come una presa in carico con costi anche di natura economica, laddove i nostri beneficiari poi hanno bisogno di essere accolti in strutture che hanno dei costi...”

Intervista, Operatore sociale

Ciò emerge, in particolare, nei casi di doppia diagnosi o di residenze anagrafiche non chiare, generando rimpalli tra servizi (CSM e SerD) e causando ritardi e peggioramenti:

“Per noi è quasi diventata una gag interna, la doppia diagnosi, nel senso che la doppia diagnosi è un po' tana libera tutti. Il CSM ci dice che la componente preponderante è sicuramente il consumo di sostanze e il SerD ci dice invece che è chiaramente la psicosi. Quindi sono mesi di questo ping pong infinito...questo per noi del servizio sociale è stata veramente una costante, cioè vedere nell' ETI, in qualsiasi sede deputata, ufficiale, ufficioso, questo continuo rimbalzo...”

Intervista, Operatore sociale

Secondo gli operatori, il rimpallo continua anche con i servizi sociali e di accoglienza, quando i CSM, invece di assumersi l'onere economico della presa in carico, ritardano la diagnosi, attribuendo il problema a una carenza educativa – anche in presenza di quadri psicotici. La presa in carico avviene solo nei casi più gravi, creando nel frattempo forte disagio all'interno della struttura e sofferenza per la persona:

“Noi comunque la persona ce l'abbiamo lì, la persona sta male, crea disagio anche sul territorio. Dopo, quando scoppia, quando la persona si arrampica nuda nella Fontana...(....)....devono arrivare delle robe così, se no non intervengono”

Intervista, Operatore sociale

Secondo gli operatori, prova di quanto descritto sarebbe anche il numero ridotto di Budget di salute attivati da CSM e SerD e che hanno riguardato persone in uscita da un SAI, nonostante ciò sia previsto dall'accordo di programma SAI. Infine, altro tema critico nella descrizione degli operatori dell'accoglienza riguarda la continuità dei percorsi in uscita dai CAS/SAI e la percezione, da parte dei CSM, di un atteggiamento attendista, poco proattivo, poco propenso a supportare percorsi territoriali in uscita dai progetti SAI. Tutto questo, oltre a rendere più difficoltose le relazioni tra servizi, porta a trasformare in spazi di conflitto gli stessi, pochi spazi e dispositivi di integrazione strutturati – come l'ETI – che vengono percepiti come momenti di scontro, vissuti come tentativi di scaricare da un servizio all'altro il peso, anche economico, di quella presa in carico.

Altre criticità nell'integrazione tra gli attori coinvolti riguardano l'ambito dell'assistenza primaria, della prevenzione e della continuità assistenziale. Anche in questo caso, emerge la percezione, da parte degli operatori sanitari, che una delle maggiori difficoltà risieda nelle scarse competenze degli operatori, nonché nella poca incisività e nel limitato controllo sugli accompagnamenti, sulle visite e sui percorsi sanitari, con dimenticanze ricorrenti di documenti e referti da portare alle visite. Le carenze riguarderebbero l'organizzazione dei percorsi sanitari, la comprensione del senso della prevenzione, e aspetti organizzativi e normativi (ad es., le deleghe):

“No, ma ci sono operatori che firmano la delega per il consenso informato sul minore, quando c'è il genitore lì, cioè proprio non hai idea di che cosa stai firmando e del rischio che ti esponi anche a livello legale e, no? E quindi manca proprio un discorso di formazione su quella che è la parte di igiene pubblica...”

Intervista, Operatore sanitario

La scarsa conoscenza comporterebbe una cattiva gestione, portando anche ad accessi impropri in pronto soccorso, oppure a paure e sospetti – tuttavia ingiustificati

– di malattie infettive. Per altri, invece, il problema maggiore è rappresentato dall'elevato numero di strutture, dai cambi continui nelle regole dell'accoglienza e dal turnover, che comporta un ricambio costante e l'impossibilità di conoscere strutture e operatori, generando così una diffidenza reciproca:

“...io non so bene di cosa si occupano loro, loro non sanno bene di cosa mi occupo io...Questa cosa crea diffidenza? La diffidenza vuol dire poi avere le mail scritte come se fossero delle raccomandate negli anni 50 (...)... io penso che negli ultimi 15 anni il Mattei ha cambiato nome quattro, cinque volte...cooperativa tre o quattro volte, quindi il fatto che la normativa cambia a seconda della stagione politica e cambiando quindi anche lo status del migrante. Ogni volta ricominciamo daccapo. Questo sicuramente non aiuta....”

Intervista, Operatore sociale

Questa difficoltà viene in particolare riferita dagli operatori dedicati alle attività di prime visite e di assistenza primaria e continuativa, per i quali la situazione è ulteriormente complicata dalla grande variabilità tra strutture: alcune sono dotate di personale sanitario interno e svolgono visite in autonomia, altre no, rendendo difficile il monitoraggio delle prime visite, degli accessi agli screening, nonché la possibilità di offrire un supporto di secondo livello al personale sanitario presente nei centri. Ne derivano forti disuguaglianze tra le diverse strutture. Questo aspetto, unito all'assenza di strumenti informatici condivisi, comporta anche l'impossibilità di monitorare in modo sistematico i bisogni di salute dell'intera popolazione accolta nei CAS.

Non meno critiche sono le percezioni degli operatori CAS e SAI nei confronti degli operatori sanitari. In diverse interviste è stata espressa l'idea che il personale sanitario dei servizi – in generale – abbia una scarsa conoscenza dei percorsi sanitari rivolti alle persone di recente arrivo, ma anche poca consapevolezza delle reali possibilità e risorse del sistema di accoglienza, nonché delle sue capacità educative (ad esempio, rispetto alla possibilità di organizzare accompagnamenti), o delle condizioni di vita di alcuni centri di accoglienza, come il Mattei o altri situati in aree più periferiche. Un esempio emblematico, e terreno di conflitto aperto, è quello della mediazione linguistico-culturale. Sebbene le strutture di accoglienza non siano più in grado di

garantire mediazioni durante gli accompagnamenti presso altre istituzioni, e i servizi sanitari siano tenuti ad attivarle, persiste la percezione che l'attivazione – e quindi la relativa responsabilità economica – della mediazione per una visita sanitaria spetti alla cooperativa di accoglienza. Più in generale, emerge la percezione della mancanza di una formazione condivisa su questi temi, sui percorsi esistenti e sulla possibilità stessa di attivare la mediazione. Questo atteggiamento genera sfiducia verso il personale sanitario, il sistema nel suo complesso e persino il modello medico. A riguardo, i medici di medicina generale vengono spesso descritti come poco “complianti”, talvolta disinteressati o respingenti. Per altri operatori, questi e altri comportamenti sono interpretati come segnali di atteggiamenti discriminatori e razzisti, da parte sia del personale sanitario sia di quello amministrativo:

“...c'era una dottoressa medico di base, palesemente razzista. La stiamo cambiando tutti i ragazzi perché li ha proprio trattati male e quindi in blocco l'abbiamo abbiamo rimosso tutti i ragazzi che abbiamo inviato...molti ragazzi dovevano fare la spirometria, non gliel'hanno fatta perché non han capito come soffiare dai, cioè non è possibile, capito, non è che ci vuole una scienza nel soffiare...”

Intervista, Operatore sociale

Il tema del razzismo emerge anche nei racconti di altri operatori sanitari, sia in relazione alle barriere agite in modi differenti, o ad atteggiamenti respingenti, ostili e irrispettosi da parte di figure sanitarie in contesti di visita o di accesso, sia nelle resistenze manifestate da altri operatori sanitari in previsione dell'apertura di un ambulatorio per le prime visite rivolte a persone migranti in spazi adiacenti ai loro:

“quando siamo arrivati a (...)...non si poteva andare perché tutti si aspettano che facciano casino, quando invece sono sempre stati buonissimi...che poi possano imbarazzare, dei ragazzi che d'inverno vanno con le infradito...”

Intervista, Operatore sanitario

Altre volte il razzismo viene evocato in relazione a pregiudizi rivolti anche agli operatori razzializzati, dando per scontato che siano mediatori o attribuendo le loro

competenze alla provenienza geografica ed etnica, piuttosto che al percorso professionale:

"Ah, sei mediatrice qui?" Ho detto: "Sono infermiera, non sono mediatrice".poi la maggior parte mi chiedono, ha studiato qui? Sono infermiera, basta.....e poi questo discorso che uno mi dice: "Ah, ti ascoltano, ti capiscono perché sei africana". E quelli dell'Europa dell'Est che si affidano a me?"

Intervista, Operatore sanitario

Altre criticità espresse riguardano l'accessibilità ai servizi, in particolare a quelli odontoiatrici, oculistici, e a diversi reparti ospedalieri e di pronto soccorso. La disabilità è un'altra area fortemente critica, per la quale vengono riportati tempi molto lunghi per il rilascio delle certificazioni, rendendo vani gli sforzi di costruire percorsi di inclusione che richiederebbero proprio quella certificazione come punto di partenza – e trasformando di fatto i SAI in luoghi di permanenza per queste condizioni.

Il sovraccarico di lavoro e la complessità dei percorsi, così come dei bisogni di salute e sociali delle persone seguite, rappresentano una delle difficoltà prevalenti nei racconti degli operatori di tutti i servizi coinvolti. Tali difficoltà richiedono un costante lavoro di coordinamento, sia tra i vari livelli prossimi sia con la rete più ampia (ospedale, carcere, strada, accoglienza). A fronte di questa complessità, gli operatori riferiscono di avere poche risorse a disposizione, in particolare in termini di tempo da dedicare alle prese in carico e al raccordo con gli altri attori. Anche gli strumenti risultano spesso inadeguati: ad esempio, gestionali e cartelle informatizzate risultano assenti nell'ambito sanitario. La riflessione sulle risorse coinvolge inoltre le stesse strutture di accoglienza, che secondo gli operatori non sarebbero idonee, né da un punto di vista architettonico, né in termini di protezione e accoglienza. Le criticità riguardano in particolare la convivenza forzata con altre situazioni complesse e la scarsa copertura educativa e assistenziale, soprattutto in presenza di elevata fragilità sociosanitaria (ad es., persone senza dimora con sofferenza psichica, dipendenza, disabilità, ecc.).

Altro tema condiviso è la percezione che, nonostante i vari dispositivi di integrazione adottati, sociale e sanitario continuino a lavorare in modo separato, anche a causa di

competenze e linguaggi differenti. Questo aspetto è stato argomentato in modo più approfondito nelle interviste con gli operatori sanitari e tramite l'osservazione degli incontri di coordinamento, da cui emerge la percezione che il percorso sanitario e gli obiettivi di cura e di salute siano considerati secondari e meno importanti all'interno dei progetti sociali e nella pratica degli operatori. Questo si tradurrebbe in ruoli e responsabilità non ben definiti, rispetto ai percorsi sanitari, tra le diverse figure sociali coinvolte (educatori delle strutture, educatori dei servizi sociali a bassa soglia, assistenti sociali), e in una scarsa attenzione e cura dei percorsi sanitari già in fase di ingresso. Ne deriverebbero difficoltà nel garantire un'adeguata continuità della presa in carico sanitaria in uscita.

Questa difficoltà nel lavorare insieme si manifesta anche nella scarsa possibilità di individuare obiettivi comuni centrati sul benessere della persona, e nell'incapacità di immaginare sociale e sanitario come aspetti complementari all'interno dei progetti individuali:

“ si fa un po più fatica a lavorare in modo integrato o concepire che sociale e sanitario, comunque sono la stessa cosa perché sono una persona, non sta bene, difficilmente ci sarà il progetto sociale è un lavoro di educazione sociale, anche se la malattia è funzionale a migliorare il suo stato di salute...”

Intervista, Operatore sanitario

In alcuni casi, la percezione è che l'ambito sanitario sia subordinato al progetto sociale e di conseguenza anche le relazioni, il potere e l'autonomia dei sanitari coinvolti: “dobbiamo rendicontare a loro tutto quello che facciamo”.... “pensano che siamo a casa loro”:

“...è un problema che vedo anche in carcere, dove l'altro ente lì è la giustizia...però, non so se sia un problema culturale, o cosa, però mi sembra di vedere in entrambi i contesti un po come se la sanità(....)...deve in qualche modo rispondere a tutto, deve aggiornare su tutto, mentre il sociale o nell'altro caso la giustizia può anche non informare, può anche non dire....Insomma, noi siamo qua, ...(....)... neanche ci pensano che ci siamo anche noi...”

Intervista, Operatore sanitario

D'altro canto, viene anche sottolineato come queste differenze mettano in luce i limiti dell'approccio strettamente sanitario nel lavoro di cura con persone in condizioni di marginalità:

“noi chiaramente abbiamo un approccio sanitario che è forse più sostanziale del loro e vogliamo tutelare la salute della persona come prima cosa però poi c'è il fuori e loro ti dicono di più di quello che vediamo noi... tanto questo non ci sta e quindi tu gli fai tutto nel momento in cui va fuori, perde tutto... cioè quindi lì, forse c'è un percorso che ancora io non sento che abbiamo costruito, quello di concordare fino a dove possiamo arrivare...”

Intervista, Operatore sanitario

Rispetto alla relazione con il terzo settore, dalle interviste con il personale dell'equipe MeV emerge la percezione che non vi sia un rapporto realmente efficace o integrato, anche a causa dell'approccio prestazionale di questi soggetti, della grande variabilità di pratiche tra i medici volontari, e della scarsa comunicazione tra il livello organizzativo e il personale. D'altro canto, si riconosce che anche l'approccio dell'equipe MeV sia stato prevalentemente reattivo e poco orientato alla costruzione di percorsi condivisi, complice una scarsa chiarezza interna sul mandato. La mancanza di una connessione strutturata tra AUSL e terzo settore emerge anche dalle osservazioni svolte presso questi ambulatori, dove in diverse occasioni è stato riferito che la relazione con l'AUSL si limita alla convenzione economica e al rilascio del ricettario, senza che vi sia mai stata una reale volontà politica di strutturare percorsi in rete tra gli ambulatori e i servizi territoriali. Inoltre, nessun professionista incontrato presso gli ambulatori – ad eccezione dei referenti – conosceva il nuovo servizio. La mancanza di una politica e di dispositivi di integrazione viene evidenziata in particolare nella relazione con gli ospedali e i pronto soccorso, sia per invii e referral non concordati, sia per dimissioni di pazienti non informati o non orientati, con terapie e medicazioni da monitorare ma privi di indicazioni a riguardo:

“Usciti dal PS si apre il vuoto, si rimanda al curante ma chi il medico curante non ce l'ha?....E mi riferisco soprattutto ai piani terapeutici.. (mi viene in mente, potrebbe andare in guardia medica?)”

Intervista, Operatore sanitario

Un ambito ugualmente critico che emerge riguarda l'accesso alla continuità assistenziale (ad es., ferite difficili) e, in particolare, all'assistenza domiciliare, entrambi descritti come fortemente problematici, se non del tutto assenti. Nell'assistenza penitenziaria, gli ambiti considerati più critici riguardano soprattutto la relazione tra l'équipe sanitaria, l'istituzione penitenziaria e il relativo personale. Anche in questo caso si sottolinea la distanza tra i due mondi, facendo riferimento in particolare alla divergenza negli obiettivi:

“c'è il problema della complessità della relazione con la polizia penitenziaria e con l'istituzione che ovviamente hanno obiettivi diversi e danno anche, diciamo tempi e modi di lavorare diversi... E questo ovviamente porta delle situazioni di conflitto...un po' per differenti obiettivi, un po' per modalità... cioè loro guardano l'ordine, la sicurezza. Ad esempio la priorità è che le persone vadano in tribunale per dire... e per noi è la priorità è che vanno a fare visite mediche esterne, che abbiano un percorso di cura...”

Intervista, Operatore sanitario

Inoltre, secondo gli operatori, i limiti del lavoro congiunto riguardano anche il controsenso implicito nelle modalità stesse dell'istituzione penitenziaria, che spesso risultano dannose per la salute delle persone:

“...Poi c'è tutta la questione del cioè, diciamo, sia dei percorsi di cura e quindi rispettare le tempistiche...sia, appunto tutti i fattori che hanno un impatto sulla salute in carcere, dalla mancanza di attività fisica, alle diete che sono un problema, alla mancanza di socialità, mancanza di rapporti con le famiglie e poi dopo queste tutte queste cose si esplicitano poi in in molto, spesso in delle tensioni da parte delle persone detenute...”

Intervista, Operatore sanitario

In questo senso, gli operatori mettono in evidenza la necessità di rafforzare la rete di collegamento tra carcere e territorio, istituendo figure di case management

sociosanitario in grado di garantire continuità assistenziale e un accompagnamento personalizzato nei mesi immediatamente successivi alla dimissione.

Prospettive di rafforzamento dell'integrazione

La formazione degli operatori, sanitari ma soprattutto dell'accoglienza, emerge come una delle proposte ricorrenti nelle diverse interviste. Data la consapevolezza del turnover del personale, le proposte sono orientate verso formazioni cicliche, con format ripetibili, e la produzione di documenti di indirizzo che rappresentino una guida per gli operatori nell'accesso ai servizi e nell'accompagnamento sanitario – e alla salute – della persona. Emergono anche temi non trattati di consueto, come lo sfruttamento lavorativo, sebbene sia ricorrente anche il tema dell'intercettazione precoce delle vulnerabilità, o di come gestire situazioni sanitarie complesse o infettivologiche all'interno delle strutture.

D'altro canto, emerge la necessità di non riprodurre la suddivisione tra sociale e sanitario, e i relativi compartimenti, anche nella formazione, ma piuttosto di immaginare percorsi formativi congiunti che favoriscano anche la conoscenza reciproca, simulando la gestione condivisa dei casi ed elaborando strumenti comuni. Il bisogno di una maggiore conoscenza della rete si evidenzia anche nella proposta di svolgere mappature e approfondimenti, in itinere e costanti, riguardo alla rete dei servizi.

In altre interviste, il tema prevalente riguarda invece la necessità di consolidare e diffondere maggiormente i dispositivi multidisciplinari, immaginando micro-équipe composte dai diversi professionisti che lavorano intorno a casi specifici, creando linguaggi e modalità comuni, con particolare attenzione alla strutturazione di percorsi di promozione e prevenzione della salute, piuttosto che di natura emergenziale. L'accento viene posto su aspetti come la programmazione delle dimissioni, l'intercettazione precoce di situazioni di rischio, il passaggio di consegne tra strutture, e la continuità di cure.

In altri contributi, le prospettive di miglioramento dell'integrazione si basano soprattutto su una maggiore accessibilità dei servizi sanitari (es. salute mentale), sul miglioramento del raccordo con MMG e PLS, sul rafforzamento degli strumenti

linguistici e delle opportunità di mediazione, nonché sul potenziamento dei dispositivi di integrazione già esistenti, come le Equipe Territoriali Integrate (ETI).

4.4 - Evoluzione dei servizi, governance e politiche locali

Un ulteriore piano che emerge dall'analisi dei dati riguarda la governance territoriale, intesa come l'insieme delle politiche e dei fattori che orientano le scelte dei servizi. Saranno descritti i mandati e l'evoluzione di alcuni dei servizi coinvolti; successivamente, le percezioni degli operatori riguardo alle politiche locali; infine, le motivazioni e i vissuti degli operatori.

Mandato ed evoluzione dei servizi

Dalle interviste svolte con operatori del sistema sociale di accoglienza emerge come l'evoluzione dei servizi sia il risultato della volontà politica dell'amministrazione territoriale di rafforzare la coesione sociale: "chi si trova sul territorio a Bologna trova accoglienza a Bologna", anche attraverso l'idea di superare l'approccio per categoria e di integrare diverse aree e servizi:

"...Bologna politicamente ha sempre investito molto e di più negli ultimi anni nel rafforzare la coesione sociale...(...)...questo vuol dire tener dentro un unico contenitore tutta la cittadinanza che è sul territorio di Bologna che sia senza dimora che sia una popolazione nuova o persone di passaggio...cioè chi si trova sul territorio di Bologna trova accoglienza a Bologna questo è un po' la politica locale..."

Intervista, Operatore sociale

Similmente, l'area dei servizi a bassa soglia e della grave marginalità adulta, già esistente dagli anni Duemila, si è caratterizzata per un percorso di progressiva strutturazione, coerente con la volontà di garantire accoglienza e servizi alla popolazione senza dimora e di strada, che non trovava risposta nel resto dei servizi sociali territoriali di quartiere, fino ad arrivare all'attuale configurazione e alla necessità di integrare il servizio con le altre aree:

“Quindi forse l'esigenza un po' di centralizzare alcune funzioni deriva anche da... una risposta da organizzare che diventa sempre più complessa, più articolata....avere una gestione diretta di ASP e forse più non dico più controllo, ma comunque anche provare di garantire un po' più di equità vedendo tutto”

Intervista, Operatore sanitario

Diversamente da quanto descritto, dalle interviste e dalle osservazioni con i servizi sanitari, è possibile individuare diverse linee di evoluzione dei servizi, corrispondenti a differenti mandati e strategie. In primo luogo, per molti dei servizi AUSL non specificamente dedicati agli ambiti di lavoro osservati, l'evoluzione verso un'organizzazione a bassa soglia di accesso è stata il risultato di scelte organizzative funzionali al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale (es. Piano regionale della prevenzione). Per quanto riguarda invece i servizi coinvolti nell'area della bassa soglia e della grave marginalità adulta – in particolare l'équipe bassa soglia e il Centro C.A.S.A. – gli operatori riferiscono che il mandato delle attività si è evoluto nel tempo, integrando diversi servizi e unità operative. Inizialmente rivolte a persone HIV positive in situazioni di disagio sociale e/o senza dimora, le attività erano fondate su uno specifico mandato e su fondi regionali dedicati. Successivamente, queste attività sono state ampliate con l'integrazione progressiva del progetto DP e con l'estensione degli interventi all'interno delle strutture di accoglienza GEA, su proposta e in collaborazione con i vari dipartimenti AUSL coinvolti, il Comune e ASP GEA. Tuttavia, in riferimento al mandato attuale, gli operatori segnalano diverse criticità, legate soprattutto alla forte discontinuità nella programmazione delle attività e alla scarsa chiarezza rispetto a ruoli e responsabilità dei diversi dipartimenti e unità coinvolti. Tali criticità hanno ostacolato lo sviluppo organizzativo delle attività e l'implementazione di risorse adeguate (es. dispositivi informatici). Secondo alcuni operatori, le difficoltà deriverebbero anche dal mancato coinvolgimento dei professionisti operativi nei processi decisionali e dalla scarsa consapevolezza da parte delle figure dirigenziali rispetto alle problematiche quotidiane:

“...ogni tanto viene fuori non solo nel nostro settore, diciamo, ma voglio dire (...)...per cui persone a livello di dirigenza, insomma poco accorte....una cartella

informatizzata non me ne intendo, magari costa 10, però ti dà la possibilità, con un investimento, di farti lavorare lavorare meglio...perdi meno tempo dopo....Non c'è questa visione lungimirante... Succede anche un'altra cosa che tante volte magari non chiedono il parere, magari di chi..come dire alle mani in pasta diciamo no eh, anche questa sarebbe una buona pratica, però vabbè..”

Intervista, Operatore sanitario

Secondo altri, ciò sarebbe anche conseguenza di una visione interna all'AUSL ma anche alla rete dei servizi, secondo la quale l'area della bassa soglia ha un'importanza marginale e secondaria, a cui destinare meno risorse. Un'area che nel tempo è stata poco attenzionata, anche non valorizzando le esperienze di lavoro precedenti:

“ Intendo il fatto che sembra che aleggi questa retorica che diventa legge, che se tu lavori con persone che hanno poche risorse allora ci devono essere poche risorse... quando l'equità funziona completamente in modo opposto, cioè se c'è ne sono di meno, c'è né c'è bisogno di più ...Quindi questa cosa, io l'ho percepita come disegno, come indirizzo politico....probabilmente anche per una difficoltà organizzativa all'interno del dipartimento o comunque una non valorizzazione delle sperimentazioni che sono state fatte nell'ambito.... e quindi di conseguenza, poco interesse che si è tradotto in poche risorse a disposizione....”

Intervista, Operatore sanitario

Per altri servizi coinvolti, come l'équipe MeV, il mandato principale è riconducibile alle indicazioni regionali attuate tramite specifiche delibere e obiettivi di budget assegnati ai Direttori generali dell'Azienda sanitaria. Tali indicazioni hanno previsto la formalizzazione e l'attivazione di un gruppo strategico e di un'équipe operativa per l'implementazione delle linee guida sull'assistenza ai richiedenti asilo e sulla presa in carico delle vulnerabilità. Dalle interviste e dalle osservazioni emerge, tuttavia, che attività e servizi in quest'ambito erano già presenti sul territorio e sostenuti da precedenti progettazioni finanziate con fondi FAMI, che avevano progressivamente consolidato pratiche e gruppi di lavoro, anche in chiave interistituzionale. Anche in questo caso, però, si evidenziano diverse criticità: la discontinuità nella programmazione, la mancata formalizzazione e il mancato consolidamento delle

esperienze pregresse, la scarsa chiarezza sugli obiettivi strategici e operativi, e l'indeterminatezza dei ruoli e delle responsabilità tra dipartimenti e servizi coinvolti. La percezione prevalente rispetto alle strategie interne all'Azienda USL è quella di un ambito considerato marginale, non prioritario rispetto ad altri settori, e sospeso nelle decisioni strategiche – ad esempio, sul coinvolgimento del terzo settore o sull'integrazione del personale sanitario dei centri di accoglienza:

"Il discorso, cioè comunque è un po' un ambito marginale, con le risorse residuali, quindi è già tanto che ci sei...È però chiaramente non basta...Oppure se l'AUSL di Bologna decidesse, volesse decidere, consapevolmente di delegare questa parte di assistenza sanitaria alle cooperative dei grossi centri ai medici dei centri...almeno che garantisca la copertura dei farmaci!"

Intervista, Operatore sanitario

Un altro tema ricorrente emerso dalle interviste riguarda il percorso di implementazione del Gruppo MeV (GMV), e l'impatto che questo percorso ha avuto sulla programmazione delle attività e sulle relazioni con gli attori esterni. Diversi operatori sottolineano come la formalizzazione del GMV abbia favorito il confronto tra i vari dipartimenti e servizi coinvolti, promuovendo l'integrazione delle attività e una maggiore consapevolezza delle criticità presenti. Altri evidenziano invece soprattutto il ruolo del GMV nel facilitare l'interlocuzione con soggetti esterni, come la Prefettura, ASP Protezioni Internazionali e gli enti gestori dei CAS. La presenza di un gruppo strategico stabile ha inoltre permesso di affrontare tematiche rilevanti – come la relazione con il terzo settore e la mediazione linguistico-culturale – e ha reso possibile l'attivazione di nuovi bandi e convenzioni. Tuttavia, per molti operatori, l'efficacia del GMV risulta limitata dalla mancanza di una strategia chiara, dallo scarso coinvolgimento di figure decisionali e dall'assenza di un budget dedicato, che impedisce al gruppo di assumere decisioni operative e di svolgere un ruolo risolutivo:

"...il tema è che un gruppo di coordinamento che ha in mano una governance deve avere potere decisionale oppure chi viene lì deve impegnarsi di portare al proprio direttore...(...)...Però c'è un gap secondo me, nel tavolo perché dovrebbe essere chi

prende le decisioni...però di fatto chi ha il budget, chi ha il potere decisionale siamo in due, una due persone...”

Intervista, Operatore sanitario

Secondo gli operatori, questa indeterminatezza si riflette sia nella struttura interna dell'équipe MeV – controparte operativa del GMV – percepita come indefinita e caratterizzata da contorni e ruoli poco chiari, sia nell'impossibilità di dare visibilità al servizio e renderlo equamente accessibile:

“...la mia preoccupazione è invece che questo servizio all'interno della rete di Bologna non è conosciuto....spesso, anche adesso che lavoro in un ambito diverso parlo con persone che mi riportano situazioni che sarebbero facilitate dal nostro gruppo ma non sanno che noi esistiamo...intercettiamo alla fine quelli che fanno più casino...che sono quelli che conosciamo tutti...ma poi falliamo nel tema dell'equità, nell'aiutare le persone ad accedere in modo equo ai servizi...perché non ci conosce nessuno...”

Intervista, Operatore sanitario

Politiche e governance locale

Diverse interviste con operatori sanitari e dell'accoglienza riportano la percezione di un forte scollamento tra i bisogni di salute generati dalle migrazioni forzate e dalle politiche di frontiera, da un lato, e la volontà politica locale di mantenere un sistema ricettivo molto ampio, dall'altro. Secondo tali percezioni, sarebbe mancata la costruzione di un'alleanza territoriale e strategica tra i servizi, necessaria per rispondere in modo adeguato alla complessità dei bisogni:

“Anche perché, come dire, i traumi migratori non vengono dalla migrazione in sé per sé... arrivano persone costrette dal sistema che noi stessi abbiamo impostato per accedere a un canale strettissimo di mobilità, arrivano iper traumatizzate nel fisico e nella mente....però non c'è, come dire, a livello di ingaggio politico che ha deciso di avere uno dei SAI più grandi in Italia, non c'è stata una controparte di protocolli, accordi....se arrivano 2000 persone che hanno fatto i viaggi migratori

più assurdi...toccherà che i sistemi socio sanitari della città si adeguino perché possano parlare con pakistani? “

Intervista, Operatore sociale

Secondo alcuni operatori, tale contraddizione si manifesta nella mancanza di politiche e strategie interistituzionali adeguate, come nel caso della mediazione linguistico-culturale. L'assenza di questa risorsa non solo ostacola l'accesso ai servizi di base, ma anche a strutture secondarie e comunitarie, alimentando forme di discriminazione strutturale. Inoltre, la natura privata o accreditata di molte strutture di accoglienza, insieme alla mancata definizione di requisiti minimi linguistico-culturali da parte dell'Azienda sanitaria, limiterebbe la capacità di adattamento e risposta del sistema, creando barriere insormontabili. Ne deriverebbe un aggravamento delle condizioni di salute, che restano irrisolte all'interno dei centri di accoglienza, aumentando il carico emotivo e operativo sugli operatori:

“...parlando di razzismo strutturale.... a volte sono preclusi proprio dall'incapacità di questi stessi strumenti di essere più flessibili per persone non italiane o non socializzate come italiane, non so come dire. Non è stato infrequente che rispetto alla possibilità di un ricovero in un centro di osservazione e diagnosi (...)...il problema principale fosse la lingua....Quindi tu hai malati oncologici gravi al quarto stadio in strutture di accoglienza, dialitici in strutture di accoglienza, gravissime disabilità cognitive in strutture di accoglienza e non se ne salta fuori.”

Intervista, Operatore sociale

Secondo alcuni operatori, esempi come quelli sopra citati contribuirebbero a rafforzare l'idea che la barriera linguistica venga talvolta utilizzata in modo strumentale per limitare gli accessi e contenere i costi:

“Mi sembra che tanti discorsi, quasi forse a prescindere, però non necessariamente della componente diciamo della nazionalità, tendono a limitare e restringere gli interventi nell'ottica di limitare i costi”

Intervista, Operatore sociale

L'ipotesi che il servizio sanitario adotti, in modo implicito, un approccio talvolta escludente emerge anche in relazione alla rigidità con cui viene interpretata la normativa sull'accesso alle cure per le persone con tessera STP. Alcuni operatori dell'accoglienza segnalano criticità nel rilascio della documentazione e nei criteri adottati dall'anagrafe sanitaria:

“Noi riscontriamo allora le difficoltà di accesso all'anagrafe sanitaria...abbiamo fatto anche un incontro con l'anagrafe sanitaria (...).e abbiamo riscontrato una certa rigidità diciamo...nel consentire l'accesso all'anagrafe sanitaria nel rilascio del tesserino STP, rigidità derivante da un'interpretazione della normativa che noi non condividiamo, la dico così. Quando dico noi, non dico noi operatori, i nostri consulenti legali e quindi il nostro servizio...”

Intervista, Operatore sanitario

Anche operatori del terzo settore condividono la percezione di un sistema tendenzialmente restrittivo, che sarebbe in parte spiegabile con l'incertezza delle aziende sanitarie riguardo al recupero degli oneri delle prestazioni. Allo stesso tempo, alcuni operatori sanitari evidenziano una contraddizione di fondo tra le politiche migratorie e di accoglienza e quelle di protezione sociale. Questo scollamento, secondo tali voci, contribuirebbe non solo a produrre marginalità e sofferenza, ma anche a generare tensioni tra i servizi:

“bisogna fare una riflessione sociale sul sistema di accoglienza, che però è chiaro che se noi pensiamo che i migranti devono diminuire noi forniamo i servizi perché diminuiscano. Mi sembra coerente. (...)...perché è chiaro che se tu non riesci a fornire delle accoglienze che consentano di evitare l'attrazione verso una dimensione interstiziale sociale di esistenza, per vivere la giornata, per la strada, con piccoli microcrimini, magari qualche uso di sostanze o cose di questo genere, o tu fornisci delle alternative oppure questo spazio aumenta. E se aumenta, aumenterà anche lo spazio carcerario. Ma questa popolazione devi decidere: la vuoi espellere o la vuoi includere?”

Intervista, Operatore sanitario

Un'altra visione che emerge da parte degli operatori sanitari rispetto alla governance locale riguarda in particolare la gestione della sfera genitoriale e della tutela materno infantile, ambito nel quale, emergerebbe un approccio, una tendenza espulsiva e punitiva, rispetto ad una protettiva e riparativa:

“sì, diciamo che non c'è una modalità come dire di prendere del tempo per cercare di riparare no? E c'è una modalità tendenzialmente espulsiva...e neanche quella di fare lo sforzo di comprendere esattamente che cosa sta accadendo....ripeto, sui minori è una faccenda veramente grave e delicata, perché questo è un nucleo che se separano i bambini della mamma saranno tre persone che soffriranno tantissimo...”

Intervista, Operatore sanitario

Nel contesto dei servizi a bassa soglia e per la grave marginalità adulta, gli operatori riportano la percezione di un forte stigma nei confronti della marginalità, cui corrisponde una limitata attenzione politica. Questo tipo di marginalità, infatti, sarebbe percepita come poco “appetibile” e, di conseguenza, scarsamente sostenuta:

“questa roba dello stigma e pesa molto a livello politico e non consente tanto... Sono temi un po' così, un po' ostici, dai che non piacciono tanto.”

Intervista, Operatore sociale

Allo stesso tempo, si segnala una visione politica orientata al breve termine, in cui si tende a investire su azioni che producano risultati immediati, a scapito di strategie strutturali e a lungo termine. Vengono così preferite risposte emergenziali, come l'apertura di nuovi posti letto, piuttosto che approcci strutturati come l'Housing First⁹. Anche in questo ambito, diversi operatori denunciano un ricorso eccessivo alla privatizzazione, con il rischio che la delega a soggetti esterni comprometta la tutela dei diritti fondamentali:

⁹ L'Housing First è un modello di intervento sociale per il contrasto alla grave marginalità, che inverte l'approccio tradizionale: fornisce direttamente un'abitazione indipendente e stabile come punto di partenza, non come meta finale, accompagnata da supporto intensivo personalizzato.

“...c'è sempre la lesione di un diritto... è problematico nel momento in cui il servizio pubblico non riconosce... delega ad un attore esterno e la tutela... del diritto di una parte di comunità.”

Intervista, Operatore sociale

Infine, si evidenzia la necessità di superare vincoli burocratici che ostacolano l'accesso ai servizi, come quelli legati alla residenza anagrafica o alla tessera STP, ritenuti ormai inadeguati per affrontare situazioni croniche di presenza e bisogno sul territorio:

“forse la situazione di oggi ci dovrebbe portare a superare un po' le questioni correlate a residenza ed STP... dove ci sono percorsi assistenziali dove...tu sei qua, cioè vivi qua e lo fai da tanto...”

Intervista, Operatore sociale

Diversi spunti evidenziano la necessità di rafforzare il sistema di governance locale. In particolare, nell'ambito della protezione internazionale, si sottolinea l'importanza di integrare le cure primarie all'interno dell'accordo SAI metropolitano e di rendere pienamente operativo l'accordo di programma:

“cioè rendere operativa la linea politica in modo tale che si sappia bene, si condivide, si sappia chi fa cosa e come utilizzare gli strumenti per non duplicarli.

Intervista, Operatore sociale

Viene inoltre ribadita l'esigenza di superare l'approccio per categoria e la rigida distinzione tra sociale e sanitario, privilegiando percorsi centrati sulla persona e capaci di accompagnarla nelle transizioni tra i diversi sistemi:

“sarebbe importante anche darsi un obiettivo rispetto a dei percorsi...io penso che ci sono dei soggetti che passano da essere MSNA, ad essere migranti adulti con problemi di salute fisica e mentale, da una situazione di protezione internazionale e richiesta di asilo, al fallimento dell'entrata nel mondo del lavoro e abitativo, perché ci sono grandissimi ostacoli, e quindi al passaggio in bassa soglia possibilità di marginalizzazione e carcerizzazione...”

Intervista, Operatore sociale

Infine, alcuni operatori propongono di ripensare gli interventi in chiave preventiva e sociale, agendo sugli spazi urbani e sulla dimensione relazionale, più che su una medicalizzazione precoce del disagio:

“Perché socializzazione, attività espressive, esperienze critiche di gruppo, cose che permettano di fare, che migliorino la possibilità di un individuo di sentirsi individuo, sono azioni sociali, sono dispositivi preventivi....Quindi il ragionamento sui dispositivi sociali e gli spazi urbani che possono determinare fenomeni di inclusione, di interazione, di protezione...più che l'intercettazione precoce del disagio, bisognerebbe stimolare la presenza di strutture che prevengano un po' il disagio, e permettano anche contatti sociali...”

Intervista, Operatore sanitario

Politiche, governance e vissuti degli operatori

Dalle interviste e dalle osservazioni emerge come il quadro delle policy e della governance territoriale, oltre che sulle risorse e sull'organizzazione dei servizi, impatti anche profondamente sui vissuti degli operatori. Secondo operatori dell'accoglienza e di ASP PI, i continui cambiamenti nelle politiche migratorie e nel sistema di accoglienza – così come nelle caratteristiche indotte sui flussi – generano un forte senso di stanchezza per il costante “riposizionamento” delle pratiche, dei ruoli e delle modalità di lavoro.

Questo produce disorientamento, perdita di autostima e una percezione di inefficacia. Una sensazione simile è riferita anche da operatori di altri servizi sanitari e sociali, soprattutto in relazione ai cambiamenti organizzativi e alla discontinuità degli indirizzi politici.

Un altro tema ricorrente è quello della precarietà, riferita sia alla dimensione operativa – ovvero alla mancanza di continuità e chiarezza rispetto a mandati e obiettivi – sia alla stabilità del personale e delle prese in carico. La precarietà lavorativa riguarda molti operatori dell'accoglienza e del sistema sanitario, e non si lega necessariamente alla tipologia contrattuale, ma anche alla frequente riassegnazione dei ruoli,

all'incertezza sulla possibilità di continuare a operare nello stesso ambito o servizio negli anni successivi.

Questa condizione di incertezza è alimentata anche da una percezione di scarso riconoscimento del proprio percorso professionale e delle competenze maturate, in particolare nei settori della migrazione e della bassa soglia.

Ciò genera frustrazione, anche sul piano economico, per la mancanza di una cornice che riconosca tali ambiti come spazi professionali specifici e strutturati:

“...cioè questi sono venuti qua per dire delle cose banali, perché per dire le faccio da vent'anni, no? e io faccio fatica ad arrivare a fine mese...”

Intervista, Operatore sanitario

La mancanza di stabilizzazione e di crescita professionale emerge soprattutto dai racconti di operatori non medici, come assistenti sociali e infermieri, ma anche dal personale di mediazione linguistico-culturale. In questi casi, la sensazione di frustrazione si accompagna a rabbia, stanchezza, senso di sfruttamento e scarsa motivazione a dare continuità al proprio lavoro. Alla frustrazione legata alla precarietà lavorativa e progettuale si aggiunge la percezione di svolgere un'attività marginale, priva di risorse adeguate e poco risolutiva, spesso limitata da vincoli organizzativi e inserita in un sistema in costante contrazione. Questa condizione si traduce in burn-out, disillusione e rabbia:

“la frustrazione che ti trovi a condividere a volte, io e l'assistente sociale possiamo farci tutti gli incontri congiunti, mi capita spesso di vedere le persone anche insieme all'assistente sociale per cercare di vedere la cosa più completa...ma se poi i posti non ci sono? te...e questo purtroppo per la maggior parte delle persone che vediamo...ti sembra di fare un passo avanti e poi ne fai 15 indietro...e poi si ricomincia...”

Intervista, Operatore sanitario

“Arriva ad appesantire molto, a chiedere la necessità di periodi di pause....e le arrabbiate sono legate al sistema... Poi veramente la parte che mi sta ammazzando proprio tanto.....entri dentro un sistema che non fa altro che

chiudere, chiudere, chiudere, appiattare... e nessuna di noi... farebbe questo lavoro dentro questo sistema..."

Intervista, Operatore sociale

Tuttavia, da numerose interviste emerge come le motivazioni personali e il posizionamento degli operatori giochino spesso un ruolo importante nel bilanciare l'indeterminatezza e la precarietà delle politiche sociosanitarie. Dalle osservazioni e dalle interviste si evidenzia che molti operatori manifestano un forte senso di appartenenza e dedizione al proprio lavoro, orientando la propria postura professionale alla difesa della salute e alla tutela dei percorsi di cura delle persone. Le motivazioni personali appaiono strettamente legate all'incontro con l'altro, a una spinta empatica e a una curiosità genuina verso le persone: «A me piace stare con le persone, ascoltarle... Potersi scambiare delle cose...».

La gratificazione è spesso descritta come derivante dallo "stare in contatto con la persona, anche senza potergli dare nulla", nella consapevolezza che "il paziente lo sente" e che dedicare attenzione e cura rappresenta di per sé un atto significativo, capace di restituire dignità e riconoscimento. Per diversi operatori, la scelta di lavorare in questi contesti riflette anche una dimensione di impegno sociale e politico, legata alla percezione di essere parte di un presidio residuale di cura, dove pochi servizi e professionisti sono in grado di rispondere ai bisogni di persone in condizioni estreme:

"poi piano piano ti rendi conto che invece sei sulla frontiera e quel sapere che tu hai serve, come te, pochi (...), e quindi dopo secondo me anche ti responsabilizzi parecchio perché l'impegno che noi facciamo è massimo sempre e lo dai agli ultimi della terra... gli ultimi, gli ultimi degli ultimi... e quindi credo che in un certo senso forse lo fai perché hai una enorme responsabilità e se non lo fai tu, insomma, sei l'ultima spiaggia per alcuni... se vengono da noi vuol dire che siamo l'ultima spiaggia..."

Intervista, Operatore sanitario

Accanto a questa dimensione etica e di responsabilità, si evidenzia anche una motivazione “politica” intesa come desiderio di incidere dall’interno dei servizi:

“per me è molto sensato lavorare dentro al sistema, nel senso che quello che è fuori poi si sostituisce, dentro quanto meno hai un po’ di margine per tirare delle corde, provare a cambiare delle cose e si muovano anche se un po’ alla volta...”.

Intervista, Operatore sanitario

Il lavoro di gruppo emerge come un elemento cruciale per bilanciare l’indeterminatezza e la precarietà delle politiche sociosanitarie. Lavorare con persone che condividono valori etici e una comune visione del lavoro consente di evitare la continua difesa delle proprie posizioni, di condividere letture e prospettive e di socializzare i problemi, rafforzando così l’identità professionale e il posizionamento collettivo. Questa coesione favorisce anche una capacità di “forzare la mano”, sia rispetto ai percorsi individuali delle persone assistite, sia rispetto a vincoli organizzativi:

“quello che dovrebbe fare il servizio...però noi siamo anche dei gran forzatori...forziamo la mano e questo viene fuori in modo molto chiaro”.

Intervista, Operatore sanitario

Infine, nelle realtà del terzo settore, la motivazione al lavoro è sostenuta anche dalla consapevolezza del vuoto assistenziale, acquisita nel tempo attraverso l’esperienza diretta, come nel caso dell’assistenza domiciliare a persone con codice STP. In questi contesti, emerge la volontà da parte degli operatori di mantenere attive le proprie competenze e di “essere utili”, un desiderio che si traduce in una soddisfazione profonda per il proprio contributo, come riportato da chi afferma di essere semplicemente “contento di fare qualcosa di utile”.

Capitolo 5

Discussione: bisogni di salute, equità e riproduzione di disuguaglianze

5.1 - Introduzione

Il presente studio rappresenta un contributo originale all'analisi del rapporto tra migrazione, salute e accesso alle cure, in quanto integra l'analisi del profilo di salute con l'analisi organizzativa dei servizi sociosanitari, adottando un disegno di ricerca multimetodologico e un punto di osservazione privilegiato, radicato nelle pratiche dei servizi territoriali e in continuità con precedenti lavori sul tema [44-45, 121-123, 125-127].

La ricerca favorisce una maggiore comprensione dei bisogni e delle disuguaglianze di salute presenti nel territorio di Bologna, ed evidenzia, attraverso l'analisi delle pratiche organizzative, il potenziale ruolo che i servizi sociosanitari detengono nella riproduzione e nel contrasto di tali disuguaglianze.

L'analisi quantitativa delle SDO consente di descrivere i pattern di disuguaglianza nell'accesso ai servizi ospedalieri della popolazione straniera e con tessera STP nel territorio di Bologna, utilizzando le ospedalizzazioni evitabili come indicatore indiretto di barriere di accesso e di continuità nelle cure primarie e offrendo importanti informazioni rispetto alla potenziale prevalenza di condizioni acute e croniche, come il diabete. Tali risultati si collocano in continuità con la letteratura di riferimento e dati prodotti a livello regionale, confermando la persistenza di disuguaglianze strutturali [120, 124, 130]. In modo complementare, l'analisi qualitativa-etnografica permette di approfondire la descrizione dei bisogni di salute offerta dall'analisi quantitativa, fornendo importanti dettagli sulle modalità di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari, e sull'influenza nella salute dei determinanti sociali correlati al percorso migratorio e di accoglienza. Parallelamente, l'analisi organizzativa descrive i vissuti degli operatori, le pratiche e gli assetti dei servizi, evidenziando modelli di intervento e strategie in linea con le raccomandazioni nazionali e internazionali, ma frammentate e

disomogenee, confermando l'esistenza di limiti organizzativi strutturali, correlati soprattutto ad una governance dell'equità inefficace e non strutturata.

Infine, tramite una lettura integrata dell'analisi dei bisogni e organizzativa, attraverso la lente della determinazione sociale della salute, la ricerca cerca di descrivere le modalità attraverso le quali processi strutturali come colonialismo e razzismo vengono riprodotti all'interno di dispositivi e pratiche organizzative dei servizi, offrendo spunti importanti e originali nel campo epidemiologico e della ricerca organizzativa.

Alla luce di quanto emerso, i risultati verranno discussi in modo graduale e integrato: nel primo paragrafo verranno discussi i risultati relativi al profilo di salute e ai principali determinanti individuati, muovendo dall'analisi quantitativa dei pattern di disuguaglianza e integrando tali evidenze con quanto emerso dall'analisi qualitativo-etnografica, al fine di contestualizzare e interpretare i determinanti sociali e organizzativi sottostanti. Successivamente, verranno discussi in modo specifico i risultati dell'analisi organizzativa dei servizi, facendo riferimento ai quadri della *Comprehensive Primary Health Care* e alle raccomandazioni richiamate nel paragrafo 1.1. Infine, seguendo lo schema analitico delineato nella sezione 2.4, si tenterà di elaborare una lettura dei processi strutturali e biopolitici che contribuiscono a produrre e riprodurre le disuguaglianze osservate, in coerenza con gli obiettivi principali della ricerca. In conclusione, verranno discusse alcune implicazioni operative e possibili raccomandazioni orientate all'equità, sulla base delle evidenze prodotte.

5.2 - Bisogni, determinanti e disuguaglianze di salute

Ospedalizzazioni (e disuguaglianze) evitabili

Lo studio quantitativo ha analizzato le disuguaglianze nelle OE fra tre gruppi di popolazione: cittadini italiani, persone migranti con regolare permesso di soggiorno e persone migranti prive di permesso, identificate attraverso la tessera STP. L'analisi si è basata sulle SDO relative all'Azienda USL di Bologna e alle due Aziende ospedaliere territoriali, nel periodo compreso tra il 2005 e il 2024. Si tratta del primo studio condotto a livello locale che descrive in modo sistematico l'andamento dei ricoveri

totali e delle ospedalizzazioni evitabili nella popolazione STP, confrontandone gli esiti con quelli dei cittadini stranieri regolari e italiani. Lo studio fornisce quindi un primo quadro empirico sull'accesso alle cure di questa popolazione, offrendo elementi utili per riflettere sull'accessibilità ai servizi sanitari e sulle condizioni di salute delle persone senza documenti.

A differenza di studi condotti su scala nazionale – generalmente riferiti a periodi più brevi – o di analisi regionali limitate al confronto tra popolazioni straniere e italiane residenti, questa ricerca integra la componente STP e copre un arco temporale di quasi vent'anni, fornendo un contributo originale per la comprensione delle disuguaglianze sanitarie a livello territoriale [120, 124, 130].

Diversamente da quanto riferito in altri studi, che documentano una riduzione delle OE totali nel tempo in tutte le popolazioni, l'analisi dei due sottoperiodi (2005–2014 e 2015–2024) mostra una tendenza diversa per la popolazione STP: la quota di OE aumenta dal 3,2% al 5,3%, mentre diminuisce tra italiani e stranieri. Se da un lato questo dato conferma la tendenza generale alla riduzione delle OE nel tempo, dall'altro suggerisce un peggioramento nell'accesso alle cure primarie per la popolazione STP, o comunque un'accentuazione di condizioni di marginalità [120, 140].

Come osservato in studi analoghi, la quota di ricoveri di cittadini stranieri si riduce sensibilmente dopo l'esclusione dei ricoveri non eleggibili come OE (dal 7,2% al 4,2%), mentre resta stabile quella degli STP (0,3%). Questo andamento sembra riflettere, nel primo caso, l'elevata incidenza di ricoveri ostetrico-ginecologici, materno-infantili e pediatrici nella popolazione straniera [141]. Al contrario, la stabilità della quota STP potrebbe suggerire una composizione socio-demografica differente, con una maggiore rappresentazione di condizioni croniche e marginalità sanitaria [120, 140].

Si osserva inoltre un progressivo aumento del rischio di OE nel tempo, potenzialmente correlabile all'impatto della sindemia da COVID-19, ma anche all'accentuarsi delle condizioni di marginalità riportate nei risultati qualitativi. L'incremento del rischio nel tempo può essere interpretato come esito dell'effetto sindemico – cioè dell'interazione tra vulnerabilità sociale e condizioni di salute – e del progressivo aumento della marginalità e delle barriere di accesso, che amplificano

disuguaglianze già esistenti. Su questi aspetti sono disponibili alcune evidenze sull'impatto diretto e immediato della sindemia sulle popolazioni migranti e STP, mentre mancano a oggi studi che ne documentino gli effetti di lungo periodo [50, 125-127].

Disuguaglianze nel rischio di ospedalizzazioni evitabili

I risultati confermano un rischio più elevato di OE tra le persone migranti, sia con permesso di soggiorno che senza (STP), rispetto ai cittadini italiani. Questo divario, già evidenziato da studi nazionali e regionali [130, 140, 142], è particolarmente marcato nella popolazione STP, per la quale il rischio risulta significativamente superiore anche rispetto agli altri stranieri regolarmente soggiornanti.

L'aumento riguarda sia le condizioni croniche, come il diabete, sia le condizioni acute. In particolare, le complicanze legate al diabete rappresentano un indicatore sensibile di disuguaglianze nell'accesso alle cure primarie: il nostro studio conferma quanto già emerso in analisi regionali [124, 142], ma si discosta da alcuni studi nazionali in cui non venivano rilevate differenze significative tra italiani e stranieri regolarmente soggiornanti. I risultati sono inoltre coerenti con altre indagini condotte a livello locale, che hanno evidenziato una maggiore incidenza di accessi ospedalieri per diabete nelle aree urbane con più alta presenza straniera [121]. In questo senso, le OE non rappresentano, infatti, soltanto un costo aggiuntivo per il sistema sanitario, ma anche un segnale di peggioramento dello stato di salute, poiché riflettono patologie croniche o acute che si aggravano per effetto di diagnosi e trattamenti tardivi [143].

Un aspetto di rilievo riguarda l'andamento temporale: nel confronto tra i due periodi considerati (2005-2014 e 2015-2024), si osserva un incremento del rischio di OE in tutte le popolazioni. Fa eccezione il dato sulle OE da diabete, i cui tassi restano più stabili. Anche in questo caso, le tendenze rilevate si pongono in continuità con quanto osservato in altre analisi regionali di lungo periodo [44-45, 120-122, 124-127].

Nel complesso, questi risultati rafforzano l'ipotesi che background migratorio, lo status giuridico e le condizioni di marginalità sociale giochino un ruolo cruciale nel determinare disuguaglianze sanitarie, anche in contesti locali. Inoltre, sottolineano la necessità di ulteriori studi longitudinali che includano esplicitamente la popolazione STP, ad oggi poco rappresentata nella letteratura scientifica.

Limiti

Come richiamato nel capitolo introduttivo e nella premessa metodologica, l'epidemiologia della popolazione migrante e in condizione di vulnerabilità giuridico-amministrativa presenta difficoltà strutturali legate alla frammentazione delle fonti, alla limitata tracciabilità dei percorsi e alla carenza di indicatori socio-economici. In questo quadro, l'uso delle ospedalizzazioni evitabili (OE) come proxy di barriere di accesso e di discontinuità nelle cure primarie rappresenta un contributo utile a consolidare un approccio analitico già presente in letteratura e a renderlo operativo in un contesto locale.

Al contempo, occorre esplicitare alcuni limiti di impostazione che incidono sulla possibilità di inferire in modo univoco dai risultati.

In primo luogo, alcuni limiti riguardano la qualità e la disponibilità delle informazioni contenute nelle SDO. La variabilità nella precisione della codifica diagnostica, insieme all'assenza di variabili socio-anagrafiche e biografiche rilevanti (ad esempio reddito, livello di istruzione, condizione lavorativa, tempo di permanenza in Italia), riduce la possibilità di controllare adeguatamente per fattori confondenti potenzialmente importanti e, di conseguenza, di interpretare in modo più fine i pattern osservati. Inoltre, la tessera STP ha una validità temporale limitata e non consente un follow-up longitudinale affidabile, ostacolando la ricostruzione dei percorsi individuali di accesso e continuità delle cure.

Altri limiti riguardano l'impostazione metodologica e analitica. In particolare, la suddivisione della popolazione in italiani, stranieri residenti e STP introduce un elemento di eterogeneità interna al gruppo STP che può agire da confondente: la tessera, infatti, può essere attribuita sia a persone prive di permesso di soggiorno stabilmente presenti sul territorio, sia a persone neo-arrivate in fase transitoria, in attesa di iscrizione al SSN e dell'assegnazione del MMG. Queste condizioni possono corrispondere a profili di bisogno, livelli di esposizione al rischio e modalità di accesso ai servizi differenti; l'impossibilità di distinguerle, oltre a ridurre la precisione descrittiva, limita la possibilità di attribuire in modo specifico i pattern osservati a specifici meccanismi (ad esempio barriere amministrative, instabilità abitativa,

precarietà lavorativa, effetti dell’“attesa” istituzionale) e di stimare separatamente i rischi per sottopopolazioni potenzialmente molto diverse. Infine, un ulteriore limite rilevante riguarda il fatto che, allo stato attuale, le analisi non hanno stratificato il rischio per nazionalità e aree di provenienza. Tale scelta riduce la capacità di cogliere eventuali eterogeneità interne ai gruppi e di descrivere disuguaglianze “intragruppo”, potenzialmente rilevanti sul piano epidemiologico e interpretativo. Tuttavia, come già suggerito dai risultati riportati in Tabella 7 (Odds ratio per singole variabili rispetto agli italiani, 2005–2024), l’OR rispetto agli italiani varia in funzione dell’area di provenienza, indicando la possibile presenza di ulteriori gradienti di disuguaglianza all’interno delle stesse macro-categorie (stranieri residenti e STP). Questo elemento rafforza la necessità di approfondimenti analitici dedicati, volti a esplorare come tali differenze possano interagire con lo status giuridico-amministrativo e con i meccanismi di accesso e continuità delle cure, anche in relazione a traiettorie migratorie e condizioni socioeconomiche differenziate.

Cronicità e determinanti dell’aumento di OE: una lettura integrata

Come descritto nell’introduzione a questo capitolo, l’analisi qualitativo-etnografica ha consentito di ampliare l’analisi dei bisogni di salute svolta tramite l’analisi delle OE, raggiungendo un maggiore livello di dettaglio sui determinanti che influenzano la salute e l’utilizzo dei servizi. In questo, rispetto ad altre evidenze locali e precedenti, questa analisi non limitandosi ad osservare un solo ambito (es. assistenza a persone migranti richiedenti asilo) offre una descrizione più ampia dei diversi scenari e permette di individuare determinanti comuni e ricorrenti [44-45, 125-127].

Nel complesso, i risultati restituiscono un profilo di salute coerente con quanto descritto in introduzione a questo lavoro (cap. 1), fornendo al contempo elementi interpretativi che integrano e contestualizzano quanto evidenziato dall’analisi quantitativa, confermando tra l’altro la rilevanza di un approccio multimetodologico e la scelta di un’etnografia multisituata [132]. Nel seguente paragrafo saranno presi in esame i risultati più informativi rispetto all’interpretazione dei dati quantitativi e all’analisi organizzativo-processuale dei servizi.

Coerentemente con l'aumentato rischio di OE per condizioni croniche e per complicanze del diabete osservato nell'analisi quantitativa, l'analisi qualitativa conferma la presenza di condizioni croniche, come diabete, ipertensione, patologie odontoiatriche, ma anche infettivologiche come HIV, HCV, TB. Queste condizioni si presentano spesso in fase avanzata, non diagnosticate o mal gestite, giungendo all'attenzione dei servizi sanitari solo quando complicate o gravi. Questo pattern, riguarda sia persone con RTPI e sia con tessera STP. Tuttavia in quest'ultimo gruppo (ed in particolare dalle rilevazioni nei contesti di bassa soglia e del terzo settore) si osserva più frequentemente una maggiore complessità clinica e sociosanitaria, con comorbidità che si intrecciano a condizioni di svantaggio e marginalità (es. precarietà lavorativa). Ciò emerge in particolare per persone esterne ai percorsi di accoglienza e senza dimora, in cui si osserva la compresenza di quadri complessi, con forme di multimorbidità anche gravi (ad es., ictus, malattie autoimmuni, insufficienza renale) e psichiche o cognitive (ad es., esiti di HIV cronico o neuropatologie).

Come richiamato nel paragrafo 5.1, queste evidenze sono coerenti con la letteratura internazionale e con dati locali che descrivono una prevalenza significativa di malattie croniche nella popolazione immigrata e migrante, con livelli di multimorbidità che tendono a crescere in funzione della vulnerabilità giuridico-amministrativa [15-16,120-122, 144-148,]. In particolare per le persone con STP le stime di prevalenza raggiungono anche il 50% e descrivono un rischio doppio, rispetto alla popolazione generale, di comorbidità quali diabete, patologie cardiovascolari, e insufficienza renale cronica [122, 149-153]. Tuttavia, risulta carente la letteratura sulle patologie non infettive e sulla salute pubblica nei contesti di accoglienza, facendo emergere una tendenza a concentrarsi sulle malattie infettive e a privilegiare una lettura centrata sul rischio igienico-sanitario piuttosto che sulla tutela della salute delle persone migranti.

Nel complesso, tali risultati non indicano soltanto un incremento del rischio di OE, ma evidenziano l'esistenza di disuguaglianze più profonde, riconducibili ad un peggiore stato di salute e a condizioni che tendono ad aggravarsi in relazione a determinanti sociali e organizzativi. Il confronto integrato tra evidenze qualitative e letteratura consente di interpretare in modo più robusto i risultati qualitativi, contribuendo tra

l'altro a comprendere meglio l'aumentato rischio di OE e il peggioramento relativo agli esiti di salute.

In primo luogo, le evidenze qualitative suggeriscono che una quota rilevante delle condizioni croniche osservate sia preesistente al periodo migratorio, ma si associ a un accesso discontinuo o insufficiente alle cure già nei Paesi di origine o lungo i percorsi migratori. Tale elemento risulta coerente con quanto ampiamente documentato in letteratura rispetto alla crescente diffusione delle malattie non trasmissibili (NCDs) in Paesi a forte pressione migratoria, spesso caratterizzati da sistemi sanitari fragili, disuguaglianze di accesso e limitata continuità assistenziale, nonché con l'esposizione a fattori di rischio lungo le rotte migratorie (interruzioni terapeutiche, stress prolungato, condizioni materiali precarie, violenza, detenzione, malnutrizione) [62,144-145,154]. In questo senso, il percorso migratorio tende ad agire come fattore di accumulazione e aggravamento di condizioni già presenti, piuttosto che come evento esclusivamente "generativo" di nuova patologia.

Un secondo elemento che emerge dall'analisi qualitativa riguarda la capacità e la possibilità delle persone di gestire in modo adeguato le patologie croniche e i relativi fattori di rischio, in particolare in termini di autocura, aderenza ai trattamenti farmacologici, continuità terapeutica e possibilità di adottare regimi dietetici e stili di vita raccomandati. Secondo molti operatori intervistati, tali criticità vengono frequentemente ricondotte a una scarsa alfabetizzazione sanitaria e a differenze e barriere culturali. Sebbene esista un'ampia letteratura che evidenzia il ruolo della health literacy nei percorsi di cura, contributi maggiormente critici sottolineano il rischio di questo approccio di un'eccessiva focalizzazione su determinanti individuali, oscurando il peso di fattori strutturali e contestuali nel modellare comportamenti e scelte di salute [24-29]. In linea con queste letture critiche, i risultati dello studio mostrano come giudizi su "scarsa aderenza", "inappropriatezza" o "mancata comprensione" siano talvolta attraversati da pregiudizi e approcci culturalizzanti, che rischiano di attribuire le difficoltà di gestione della salute a presunte carenze individuali, invisibilizzando al contempo altri elementi rilevanti [27-29]. Tra questi emergono, ad esempio, la limitata comprensibilità delle informazioni sanitarie fornite, le inefficienze comunicative e relazionali dei servizi, l'assenza di mediazione

linguistico-culturale, nonché le condizioni materiali di vita—lavoro precario, instabilità abitativa, accoglienza frammentata—che possono di fatto rendere impraticabili le indicazioni cliniche ricevute. In questo quadro, i comportamenti di salute osservati appaiono meno come espressione di scelte individuali “inadeguate” e più come il risultato di vincoli strutturali che incidono sulla possibilità stessa di aderire a percorsi di cura continuativi e appropriati [28-29].

A riguardo occorre precisare che l’analisi qualitativa ha evidenziato diverse forme di discriminazione agite attraverso posture, comportamenti e discorsi di operatori e operatrici. La letteratura afferma che queste esperienze possono incidere indirettamente sui percorsi di cura, alimentando sfiducia, sentimenti di non legittimità e strategie di evitamento o rinuncia all’accesso [57, 91-93, 155]. Inoltre, è noto come tali micro-aggressioni e micro-discriminazioni possano funzionare come fattori stressogeni cronici (racial minority stress) determinando una persistente attivazione neurofisiologica dei sistemi dello stress e producendo effetti cumulativi nel tempo, influenzando il benessere psicologico e aumentando il rischio e la gravità di patologie croniche [56-57, 93-95, 155].

Un ulteriore elemento critico emerso dall’analisi riguarda le condizioni lavorative, in particolare delle persone prive di permesso di soggiorno, frequentemente impiegate in settori informali e scarsamente tutelati. La letteratura descrive come, in questi gruppi, i rischi per la salute siano prevalentemente acquisiti e strettamente connessi a impieghi definiti “3D” (*dirty, dangerous, demanding*), caratterizzati da mansioni usuranti, orari prolungati, retribuzioni irregolari, assenza di dispositivi di protezione individuale e di tutele contrattuali, nonché da forme esplicite o implicite di ricatto occupazionale legate allo status giuridico. A ciò si associano la paura di denunciare condizioni di sfruttamento e un quadro normativo che, di fatto, scoraggia l’emersione del lavoro irregolare, contribuendo a una ridotta protezione sanitaria e sociale [156]. Nel presente studio, il lavoro emerge come un determinante centrale della salute non solo in quanto fonte diretta di esposizione a rischi fisici e infortunistici, ma anche come fattore di stress cronico e di vulnerabilità psicosociale, con ricadute su patologie croniche, salute mentale e capacità di gestione della malattia [156-157]. Inoltre, le condizioni lavorative osservate incidono in modo significativo sulle

possibilità di accesso ai servizi sanitari: orari incompatibili con l'apertura dei servizi, instabilità occupazionale, mobilità forzata e timore di perdere il lavoro riducono la possibilità di effettuare controlli regolari, aderire a percorsi terapeutici o presentarsi precocemente ai servizi, favorendo il ricorso tardivo all'ospedale o ai servizi di emergenza. In questo senso, il lavoro, ma soprattutto le condizioni strutturali di sfruttamento e precarietà di questo, si configura come un determinante strutturale che contribuisce sia all'aggravamento dei bisogni di salute, sia alla produzione di pattern di accesso diseguali, coerenti con l'aumentato rischio di ospedalizzazioni evitabili osservato nelle analisi quantitative [83 ,156-157].

Le evidenze specifiche sui migranti senza dimora sono ancora limitate: molti studi raggruppano tutte le persone senza casa, senza differenziare per status migratorio o presenza di documenti. I dati presentati trovano comunque riscontro in alcuni lavori che confermano le condizioni rilevate, evidenziando come la combinazione tra status migratorio e assenza di un alloggio stabile sia associata a un incremento di ansia, depressione, stress post-traumatico e condizioni fisiche peggiori rispetto alle persone immigrate con alloggio stabile. In questa prospettiva emerge la multifattorialità dei quadri: la condizione di homelessness peggiora l'evoluzione delle malattie croniche e facilita l'insorgenza di complicanze e infezioni. Questo può essere dovuto anche dalla difficoltà di accesso ai servizi sanitari, compromessa da molteplici fattori (status giuridico, comportamenti sanitari, vita di strada, pregiudizi e stigma), con conseguenti diagnosi tardive e maggior rischio di ospedalizzazione [158-160].

Infine, dall'analisi qualitativa emerge che l'accesso alle cure è ostacolato da molteplici barriere concomitanti: fisiche e organizzative (distanza, orari, raggiungibilità dei servizi), amministrative ed economiche (es. difficoltà nell'ottenimento delle esenzioni, ritardi nell'iscrizione al SSN), barriere linguistiche e comunicative legate alla carenza di mediazione linguistico-culturale, limitata sensibilità culturale e posture professionali talvolta percepite come respingenti. Tali evidenze risultano coerenti con una letteratura consolidata che identifica la mancanza di accesso alle cure primarie e al medico di medicina generale come uno dei principali determinanti del peggioramento delle condizioni di salute nelle popolazioni migranti e vulnerabili, contribuendo a ritardi diagnostici, scarsa aderenza terapeutica, ricorso improprio al pronto soccorso e

aumento dei ricoveri evitabili [15-20,120,140,142-143,150-153]. Numerosi studi sottolineano come l'assenza di una presa in carico continuativa nelle cure primarie produca traiettorie assistenziali frammentate, con esiti più gravi e costosi sia per le persone sia per il sistema sanitario [15-16,62,144,149]. L'esistenza di tali barriere oltre ad essere ben documentata in letteratura è stata anche descritta nel contesto locale in numerosi studi precedenti [44-45,125-127]. Ciò, insieme all'evidenza che le disuguaglianze nelle OE non solo persistano ma tendano ad ampliarsi nell'arco di un periodo di osservazione di circa vent'anni, rafforza l'ipotesi che le barriere non siano attribuibili a fattori contingenti, bensì abbiano una natura strutturale, silente e ricorrente, il cui potere escludente e patogeno varia di intensità nel tempo e in funzione a fattori come lo status giuridico e la provenienza. Tali barriere richiamano quindi alle caratteristiche di permeabilità, discrezionalità, precarietà dei dispositivi di confine e di slow violence, descritti nel capitolo introduttivo [63-64,73-75]. In tal senso, l'aumento del rischio di ospedalizzazioni evitabili e le peggiori condizioni di salute osservate nello studio possono essere interpretate come l'espressione finale di un processo cumulativo di esclusione e di violenza strutturale.

Confini esterni, interni e vulnerabilizzazione

Come discusso nei paragrafi precedenti, una quota del maggior rischio di ospedalizzazioni evitabili osservato potrebbe essere ricondotta a condizioni di salute già fortemente influenzate e compromesse al momento dell'arrivo in Italia, suggerendo un ruolo determinante dei percorsi migratori. In questa sezione si farà pertanto riferimento a quanto emerso dall'analisi qualitativo-etnografica in quest'ambito, ampliando lo sguardo anche alle dinamiche di accoglienza come determinanti in continuità con confini esterni e percorsi migratori.

In continuità con quanto discusso, i dati qualitativi mostrano come una parte rilevante della vulnerabilità osservata all'arrivo sia riconducibile a condizioni fisiche direttamente segnate dal percorso migratorio, che si manifestano già nelle prime fasi di contatto con i servizi sanitari e sociosanitari. I dati qualitativi evidenziano che, all'arrivo, le persone RTPI presentano frequentemente condizioni cliniche quali patologie infettive minori o dermatologiche (ad es., scabbia, dermatiti), lesioni

traumatiche (ustioni, esiti di tortura e dolori muscolari), disturbi psicologici (insonnia, astenia), e condizioni fisiche compromesse. Tali condizioni risultano fortemente correlate all'assenza di cure e di accesso ai beni primari durante il percorso migratorio, che emerge come principale determinante, anche a causa dell'esposizione a violenze, traumi e detenzione. Questi risultati si allineano con quanto già ampiamente documentato in letteratura e confermato da una recente revisione sistematica che suggerisce che molti migranti arrivano con potenziali vulnerabilità pregresse (legate all'origine, a condizioni di conflitto o povertà), ma con un carico aggiuntivo derivante dall'esperienza del viaggio [62, 161]. Si evince quindi come la fase di transito non sia solo passiva, ma rappresenti un "fattore attivo" di rischio per l'esposizione a violenze, sfruttamento, scarso accesso alle cure e a condizioni di vita dignitose. In questo senso, le evidenze raccolte consentono di leggere il corpo e le condizioni di salute come luogo di iscrizione materiale delle traiettorie migratorie e della gestione dei confini, in cui si manifestano gli effetti di violenze dirette e visibili (torture) e "invisibili" agite attraverso deprivazione, respingimenti e negazione di cure [78,81, 104, 106, 162-165].

In parallelo, l'analisi qualitativo-etnografica mette in evidenza una prevalenza significativa di quadri di sofferenza della salute mentale, che interessano sia le persone inserite nei circuiti di accoglienza sia quelle che ne restano escluse. Pur non essendo direttamente intercettabili attraverso l'analisi delle OE – che non include i ricoveri per salute mentale – tali evidenze risultano particolarmente rilevanti per comprendere l'impatto dei percorsi migratori e delle modalità attraverso cui le diverse forme di violenza vengono esercitate.

I risultati mostrano un quadro eterogeneo di manifestazioni cliniche, che spaziano da disturbi di adattamento correlati allo stress migratorio, con sintomi internalizzanti (ansia, depressione, insonnia), somatizzanti (dolori gastrointestinali, cefalee, disfunzioni sessuali) ed esternalizzati (agitazione, rabbia, aggressività), disturbi da uso e consumo di sostanze, fino a quadri più strutturati, quali disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e scompensi psicotici. La rilevanza di tali condizioni trova riscontro nella letteratura internazionale, che documenta come la prevalenza di PTSD tra le persone migranti possa raggiungere valori molto elevati, fino al 47%, in particolare tra i rifugiati

esposti a eventi traumatici prima o durante la migrazione [166–170]. Tuttavia, in linea con quanto emerso nello studio e in altri contributi recenti, sono soprattutto i fattori di vita post-migratori a configurarsi come determinanti centrali del rischio di sofferenza mentale [123,125-126]. In particolare, le condizioni abitative caratterizzate da convivenza forzata, l'isolamento e la fragilità delle reti sociali e lo sradicamento familiare, le esperienze di discriminazione, i lunghi e incerti tempi di attesa per l'esito delle procedure di asilo, così come la precarietà lavorativa, emergono come elementi ricorrenti che aggravano o riattivano il disagio psichico [171-172]. L'instabilità giuridica, i dinieghi e la perdita della regolarità amministrativa appaiono incidere in modo particolarmente significativo, configurandosi come fattori di stress cronico che si innestano su vissuti traumatici pregressi [123, 172-174]. Nei MSNA in particolare, questi meccanismi aprono a scenari ancora più delicati, spesso caratterizzati da quadri di uso e consumo di sostanze, e difficoltà soprattutto in prossimità del passaggio alla maggiore età [175-180]. Inoltre, come descritto nel capitolo introduttivo, a ciò si aggiungerebbero anche i meccanismi di incorporazione dell'esperienza diretta e indiretta di discriminazioni e razzismo strutturale, che andrebbero ad agire in modo sinergico e integrato con i fattori e i meccanismi descritti [89,95-180-181].

In questo senso, richiamando il lavoro di Beneduce e i concetti di violenza e vulnerabilità strutturale, tali quadri non possono essere letti solo come esiti psicopatologici individuali, ma come forme di sofferenza storicamente e politicamente prodotte, in cui le traiettorie migratorie e i dispositivi di confine si inscrivono materialmente nel corpo e nei sintomi, rendendolo archivio vivente delle violenze subite e delle condizioni di vita imposte [72,107,184]. I dati suggeriscono una continuità tra le violenze subite prima e durante il percorso migratorio e quelle che si producono, in forme meno visibili ma non meno impattanti, nei contesti di accoglienza, attraverso dispositivi di attesa, incertezza e precarizzazione prolungata [74-75,80,172-174]. Questi fattori, spesso coesistenti, si sommano ai traumi pregressi generando quadri di sofferenza complessi, ulteriormente aggravati dalle difficoltà di accesso a percorsi di cura adeguati, frequentemente compromessi da ritardi, errori diagnostici, trattamenti inadeguati o insufficienti e da una limitata integrazione tra servizi sanitari e sociali [99,123,181,185]. L'analisi qualitativa mette inoltre in luce una

stretta interdipendenza tra salute mentale e percorsi di accoglienza e inclusione: la cronicizzazione del disagio psichico ostacola la partecipazione a percorsi formativi, lavorativi e relazionali, alimentando isolamento, perdita di opportunità e scarsa aderenza ai progetti di accoglienza e integrazione [186–189]. Tale interdipendenza non riguarda esclusivamente la sfera psichica, ma si estende anche alla gestione di altre condizioni di salute, comprese le patologie croniche e la tutela complessiva della salute. La sofferenza mentale, infatti, incide sulla capacità di prendersi cura di sé, di aderire a trattamenti e di attivare comportamenti di prevenzione, contribuendo a traiettorie di salute più fragili e discontinue, e viceversa.

Infine, i dati raccolti nell'ambito della salute delle donne e della salute materno-infantile consentono di mettere in luce ulteriori forme e modalità di espressione della patogenicità dei percorsi migratori e di accoglienza. Anche in questo caso, pur non essendo tali evidenze direttamente correlabili alle ospedalizzazioni evitabili considerate nell'analisi quantitativa, esse risultano rilevanti per comprendere come i confini e le pratiche che li attraversano incidano in modo specifico e differenziato sui profili di salute, lungo linee di genere.

Come emerso nei risultati, nell'ambito della salute materno-infantile ricorrono in particolare i temi della maternità fragile e dei vissuti di traumi e violenze sessuali, che si associano all'insorgenza di quadri di sofferenza nell'area psicologico-psichiatrica e ginecologica. In continuità con quanto già discusso, i dati mostrano come tali esperienze traumatiche non siano circoscritte al Paese d'origine o alla fase del viaggio, ma possano proseguire anche nei contesti di accoglienza, contribuendo a configurare traiettorie di vulnerabilità prolungata. Queste evidenze risultano coerenti con un'ampia letteratura che documenta in modo sistematico le violenze subite dalle donne lungo i percorsi migratori, in particolare nei contesti di transito e detenzione in Libia, dove tali pratiche sono state descritte come diffuse e strutturali [162,164]. D'altro canto, lo studio evidenzia che gli episodi di violenza sono spesso protratti anche nel periodo post migratorio e di accoglienza, come forma di violenza intrafamiliare, che emerge sia nello studio sia nella letteratura come fenomeno con una prevalenza maggiore rispetto alla popolazione generale [190–191]. Numerosi studi sottolineano come i traumi e le violenze vissute prima e durante la migrazione siano associati a

disturbi post-traumatici da stress, depressione e ansia, con ricadute rilevanti sulla salute materna e sulla relazione diadica madre-neonato [192-193]. Nel loro insieme, questi risultati suggeriscono ed evidenziano come la violenza di genere e il sessismo siano una componente della violenza strutturale, e che queste agiscano in modo sinergico e funzionale alla struttura razzista e coloniale del sistema di confini, producendo sofferenza e disuguaglianze [194-196].

Un ulteriore spunto interpretativo per comprendere le disuguaglianze di salute osservate proviene dai risultati relativi all'ambito della salute penitenziaria. Dal punto di vista del profilo di salute, i bisogni rilevati tra le persone migranti detenute non si discostano in modo sostanziale da quanto descritto nei paragrafi precedenti: tuttavia, l'analisi evidenzia come l'esperienza carceraria in sé, e in particolare la privazione della libertà, contribuisca ad aggravare tali condizioni, incidendo negativamente sulla salute fisica e mentale. Le restrizioni imposte dal contesto detentivo, le difficoltà di accesso a percorsi terapeutici continuativi, l'impatto dell'isolamento e della perdita di autonomia rappresentano fattori che amplificano bisogni già presenti e ne ostacolano una gestione appropriata [197-199]. Inoltre, come evidenziato da diversi studi, nonostante l'accesso alle cure sanitarie dovrebbe essere garantito, le condizioni di salute delle persone detenute tendono spesso a peggiorare, anche a causa di barriere culturali [197].

L'elemento maggiormente rilevante riguarda tuttavia la sovrarappresentazione delle persone migranti all'interno delle strutture penitenziarie, spesso detenute per reati minori e in condizioni di marcata fragilità sociale. Queste disuguaglianze si riflettono anche nella diversa distribuzione tra detenuti definitivi e in custodia cautelare, così come nell'accesso alle misure alternative alla detenzione, spesso vincolato alla disponibilità di un reddito, di un alloggio stabile e di un permesso di soggiorno regolare [198-201]. Queste evidenze rimandano a profonde disuguaglianze di opportunità, che precedono l'ingresso in carcere e che si intrecciano con percorsi di esclusione, precarietà abitativa, irregolarità giuridica e limitato accesso a risorse sociali e sanitarie. In questo senso, il carcere appare meno come un evento isolato e più come una tappa all'interno di traiettorie di marginalizzazione già avviate.

Questi risultati risultano coerenti con quanto discusso nell'introduzione teorica del lavoro e consentono di mettere a fuoco un'ulteriore modalità di gestione delle migrazioni - e di riproduzione delle disuguaglianze - rappresentata dal ricorso alla pratica detentiva come strumento di controllo della mobilità, e quindi come dispositivo di confine [63-64,66,201].

Tale modalità produce effetti patogeni che non si esauriscono nella fase detentiva, ma si estendono anche al periodo successivo, incidendo sulla continuità delle cure, sull'accesso ai servizi territoriali e sulle possibilità di reinserimento sociale [197].

In questo quadro, lo studio mette in evidenza una circolarità ricorrente tra percorsi di accoglienza interrotti o falliti, vita in strada, comportamenti devianti e successivo ingresso in carcere. Così come, la dimissione dal carcere, in assenza di adeguati percorsi di accompagnamento socio sanitario, espone infatti le persone a un rischio elevato di ricaduta nella marginalità, con conseguenze negative sia sul piano della salute sia su quello dell'inclusione sociale. Tale circolarità evidenzia come i diversi dispositivi – accoglienza, assistenza sociale, sistema penale – non agiscano in modo neutro o indipendente, ma contribuiscano, in assenza di strategie integrate e orientate all'equità, a riprodurre processi di marginalizzazione e vulnerabilizzazione in continuità tra loro.

5.3 - Le pratiche dei servizi: tra produzione di equità e riproduzione di disuguaglianze

L'analisi organizzativa ha consentito di caratterizzare in modo approfondito i vissuti degli operatori e delle operatrici, le pratiche quotidiane e gli assetti organizzativi dei servizi coinvolti nell'assistenza alle persone migranti e in condizioni di vulnerabilità. I risultati mettono in evidenza l'esistenza di modelli di intervento e strategie coerenti con le raccomandazioni nazionali e internazionali in materia di equità e Primary Health Care, ma applicati in modo frammentato e disomogeneo. Tale discontinuità conferma la presenza di limiti organizzativi strutturali, riconducibili in larga parte a una governance dell'equità poco formalizzata e affidata prevalentemente all'iniziativa dei singoli servizi o operatori. In questa sezione verranno quindi discussi in modo

specifico i risultati dell'analisi organizzativa, facendo riferimento ai quadri della Primary Health Care e alle raccomandazioni richiamate nel paragrafo 1.1. L'analisi seguirà un ordine tematico che affronta, in successione, le modalità di accesso e accoglienza, i processi di valutazione e il ruolo dell'intercultura, la presa in carico e le dinamiche di integrazione e conflitto tra ambito sanitario e sociale, i sistemi di raccolta dati e informatizzazione, fino alle questioni di governance e micropolitica dell'equità.

Tensione tra accesso, accoglienza ed esclusione

Uno degli approcci più rilevanti adottati dai servizi indagati è la facilitazione dell'accesso, in coerenza con i pilastri della PHC e della sanità pubblica di prossimità [32,34,202-203]. Tale orientamento è perseguito attraverso modalità differenziate: gratuità o riduzione dei costi, accesso diretto senza prenotazione, assenza (o minimizzazione) della richiesta documentale, e, in alcuni casi, organizzazione delle attività in luoghi di prossimità o di fiducia. Nel complesso, queste strategie sembrano ridurre barriere economiche, amministrative e simboliche, rendendo i servizi più permeabili e intercettabili (approachability), e "attraversabili" dalle persone [30]. Tali evidenze risultano coerenti con le indicazioni OMS e con una letteratura che ne documenta l'efficacia: la riduzione delle barriere è associata a accessi più precoci e preventivi e a una diminuzione di accessi impropri al pronto soccorso e di ospedalizzazioni evitabili; la prossimità riduce i costi di trasporto e favorisce continuità e fiducia; la non richiesta di documenti può ridurre la rinuncia alle cure legata al timore di segnalazione o espulsione oltre che rimuovere ostacoli materiali [18-20, 202-204].

Tuttavia, tali strategie appaiono puntuali e non sistematiche, spesso dipendenti dall'iniziativa di singoli servizi "dedicati", e con una sostenibilità nel lungo termine (soprattutto per le attività di prossimità) che risulta condizionata da vincoli organizzativi e risorse disponibili. Accanto a questi elementi di forza, emergono criticità che continuano a produrre barriere: la centralizzazione di molti servizi "dedicati" rende difficoltoso l'accesso dai territori periferici, alimentando disuguaglianze territoriali; la flessibilità oraria, pur riconosciuta come leva importante per persone con scarsa autonomia sui tempi di lavoro, è poco diffusa; la visibilità dei servizi appare limitata, anche per l'uso scarso di segnaletica e informazioni

multilingue, strumenti noti per favorire accesso e “approcciabilità” dei servizi. [202-204].

Le modalità di accoglienza sono un ulteriore elemento di interesse. Esse spaziano da un semplice smistamento delle richieste a pratiche più strutturate di primo contatto, orientamento e valutazione iniziale. In questi casi, l'accoglienza viene declinata come parte strutturale e centrale dell'avvio della relazione e della presa in carico, e richiede agli operatori competenze relazionali, capacità di valutazione dei bisogni e orientamento nei servizi successivi. A tal riguardo, diverse evidenze dimostrano che nei sistemi di PHC in cui è presente un momento di accoglienza dedicato (front-desk formati, infermieri di triage, mediatori, orientatori sociali) si registra un aumento degli accessi, favorendo una maggiore fiducia da parte dell'utenza e a una più solida continuità relazionale (“confidence to seek care”) [205]. Inoltre, tale funzione si è dimostrata utile per intercettare bisogni spesso latenti e per promuovere la continuità assistenziale attraverso un migliore coordinamento tra servizi [206-207].

Parte integrante di questo è la gestione degli spazi: demedicalizzati, flessibili, attraversabili, “plastici”, ma anche “vivi” – capaci, cioè, di trasmettere un significato di cura e di legittimare la dignità della persona. In letteratura si trovano diversi esempi che riconoscono nella demedicalizzazione e nella fruibilità degli spazi uno strumento concreto di equità nelle cure primarie, capace di ridurre distanze simboliche e materiali. Ciò sembra avere un impatto positivo su ansia, paura e disagio spesso indotti dall'ambiente sanitario, soprattutto nelle persone in situazione di vulnerabilità. Inoltre, può favorire socializzazione, costruzione di fiducia, senso di inclusione e minore distanza percepita dal sistema [18-20, 207-208].

D'altro canto, nella maggior parte dei casi, le pratiche di accoglienza e di cura e qualità degli spazi sono sostanzialmente differenti. In molti contesti, l'accoglienza è ridotta ai minimi termini – talvolta con modalità percepite come respingenti – e appare in genere poco strutturata, soprattutto al di fuori dei servizi indagati. Ugualmente, anche nei servizi dedicati e in cui si sono intercettate pratiche interessanti, emergono ambienti poco accoglienti, trascurati o addirittura respingenti, che esprimono un senso di degrado, abbandono e mancanza di cura, se non addirittura di controllo [18-20,207]. La letteratura ha documentato in modo

approfondito i potenziali effetti diretti di tali ambienti: ansia, iper-vigilanza, riattivazione e ritraumatizzazione in persone che hanno vissuto esperienze di detenzione, violenza o frontiera [169-171,174,189]. Altri studi sottolineano il rischio di generare ulteriore diffidenza verso il personale sanitario, reticenza nel raccontare i propri sintomi o vissuti, maggiore tendenza alla rinuncia alle cure e rafforzamento della sensazione di non appartenenza o di “non diritto alla cura” [204]. Un rischio ulteriore sarebbe la riproduzione di “ambienti di esclusione istituzionale”, in cui l’assistenza si riduce a funzioni di controllo più che di cura [18-20].

Nel loro insieme, le evidenze presentate mostrano come accesso, accoglienza ed esclusione non rappresentino dimensioni separate o alternative, ma configurino piuttosto un campo di tensione strutturale che attraversa l’organizzazione e le pratiche. I servizi analizzati si collocano lungo un continuum che va da pratiche orientate alla facilitazione dell’accesso e alla riduzione delle barriere – limitate a singoli contesti – a configurazioni che, pur garantendo formalmente il diritto alla cura, producono forme di accesso ostacolato, intermittente e differenziato.

L’accessibilità dei servizi non appare come una proprietà stabile del sistema, ma come il risultato di un equilibrio precario tra forme di apertura e chiusura, discrezionalità operative e vincoli istituzionali. Questo equilibrio produce forme di inclusione condizionata, in cui l’accesso è possibile ma fragile, temporaneo, dipendente da risorse individuali, competenze informali e dall’incontro con specifiche posture professionali o servizi “sensibili”. Tali dinamiche richiamano direttamente i meccanismi di slow violence e di riproduzione dei confini interni descritti nel capitolo introduttivo: confini amministrativi, organizzativi e simbolici che non escludono in modo esplicito, ma che discriminano, filtrano, rallentano e precarizzano i percorsi di cura, agendo come una violenza silente sui corpi, sul senso di appartenenza e legittimità, ed esitando in disuguaglianze ed esclusione [209-213].

In questa chiave, la non accessibilità ai servizi non può essere interpretata come il risultato di un prerequisito individuale mancante, ma come l’esito di un insieme di condizioni strutturali e cumulative – distanza geografica, orari incompatibili con il lavoro, documenti e cittadinanza, costi, lingua e cultura – che di fatto profilano le persone, rendendo i servizi attraversabili solo da specifiche fasce di popolazione [70].

Tali dispositivi di accesso selettivo contribuiscono così a produrre una forma di discrezionalità razzializzante, in cui l'organizzazione stessa dei servizi definisce implicitamente chi è considerato “appropriato”, “gestibile” o “legittimo” come destinatario della cura, rafforzando processi di esclusione strutturale pur in assenza di criteri formalmente discriminatori. In questo senso, accesso e accoglienza non operano unicamente come funzioni di inclusione, ma anche come dispositivi di regolazione e controllo, capaci di esercitare un governo – simbolico e materiale – delle gerarchie sociali attraverso modalità apparentemente neutre e routinarie [70].

Valutazione dei bisogni, otherness e violenza epistemica

Un altro ambito emerso dall'analisi delle pratiche dei servizi riguarda la valutazione dei bisogni. Strumenti di valutazione e di *needs assessment* sono fondamentali nell'ambito della migrazione e della vulnerabilità, poiché permettono di inquadrare bisogni spesso complessi, che richiedono competenze specifiche relative tanto ai percorsi migratori quanto alle condizioni sociali e di vita [207,214-215]. Da questo punto di vista, emergono diversi strumenti e approcci, variabili in funzione del setting, che includono l'utilizzo di scale standardizzate, momenti di valutazione collegiale e il ricorso a équipes interdisciplinari.

D'altro canto, in ambito clinico-assistenziale, sebbene esistano strumenti e check list ispirati alle linee guida nazionali, il loro utilizzo appare circoscritto a contesti specifici o ad ambulatori dedicati, e risulta poco diffuso nella pratica ordinaria del resto dei servizi. Parallelamente, si osserva una sostanziale assenza di strumenti e riferimenti operativi condivisi per la valutazione dei determinanti sociali di salute all'interno della pratica clinica e anamnestica, al di fuori della valutazione specialistica condotta dagli assistenti sociali, che tuttavia tende spesso a concentrarsi prevalentemente su criteri di idoneità amministrativa ed economica per l'accesso a strutture o benefici. La carenza di strumenti operativi validati e sistematicamente adottati per la valutazione dei determinanti sociali è un tema ampiamente riconosciuto in letteratura e si traduce, nei contesti osservati, in valutazioni frequentemente poco strutturate, difficilmente confrontabili e largamente affidate alla discrezionalità del singolo operatore [216-217]. Inoltre, la capacità di intercettare bisogni complessi e di riconoscere fattori di

vulnerabilità sociale risulta fortemente dipendente dal luogo di accesso e dalle competenze degli operatori incontrati. Ne consegue che l'appropriatezza della valutazione – e quindi della presa in carico – varia non in funzione dei bisogni della persona, ma del servizio a cui essa accede e delle competenze disponibili in quel contesto.

Sembra opportuno precisare che in assenza di strumenti strutturati per esplorare sistematicamente le dimensioni sociali, lavorative, abitative e relazionali, la valutazione tende a concentrarsi sui sintomi e sulle manifestazioni cliniche, relegando i fattori sociali e strutturali a elementi di contesto secondari o impliciti [107, 218]. Questo approccio, noto come bioriduzionismo ha almeno due effetti rilevanti [219]. Da un lato, restringe il campo delle possibili risposte al solo ambito medico-sanitario, aumentando il rischio di medicalizzazione di condizioni la cui origine è prevalentemente sociale o strutturale [61,72,220]. Tale dinamica è emersa con particolare evidenza in ambiti come la salute mentale, e della tutela dei minori, dove la sofferenza socialmente prodotta viene tradotta in neurodivergenze, comportamenti devianti e pericolosi, portando a forzature nelle diagnosi, e conflitto tra servizi per incapacità di fornire risposte adeguate. Dall'altro lato, la mancanza di competenze e strumenti di valutazione appropriati, contribuisce a occultare le cause strutturali e politiche della sofferenza, normalizzandole come fattori di rischio dati o inevitabili [72,107,218,221]. In questo modo, il sistema di cura si deresponsabilizza dei meccanismi sociali e istituzionali che producono disuguaglianze, rendendo servizi e operatori inconsapevolmente riproduttori delle stesse.

Accanto alla dimensione strutturale della valutazione dei bisogni, un ulteriore elemento che incide in modo significativo sull'avvio della presa in carico riguarda le dinamiche interculturali che attraversano l'incontro clinico e lo spazio organizzativo. In questo senso, una valutazione realmente orientata all'equità non può limitarsi all'integrazione dei determinanti sociali di salute, ma richiede anche competenze e approcci capaci di riconoscere e governare la complessità linguistica, simbolica e relazionale che caratterizza i contesti di cura [222]. Un'ampia letteratura documenta come interventi attenti alle dimensioni interculturali migliorino la qualità della

valutazione, la comprensione reciproca e l'appropriatezza delle risposte, con effetti positivi sull'accesso, sull'aderenza e sugli esiti di salute [222].

Un primo e rilevante dispositivo in questa direzione è rappresentato dalla mediazione linguistico-culturale. Un tratto distintivo di alcuni dei servizi indagati è infatti il ricorso alla mediazione come parte strutturale dell'équipe di lavoro, una scelta organizzativa nota per il suo impatto positivo sulla qualità delle attività assistenziali, in quanto favorisce la partecipazione delle persone assistite, una migliore comprensione reciproca e una maggiore aderenza ai percorsi di cura [223-225]. Tuttavia, la mediazione linguistico-culturale emerge come un nodo tuttora critico. In molti contesti essa viene interpretata in senso riduttivo, come mera traduzione linguistica, senza una reale valorizzazione della dimensione culturale, relazionale e di facilitazione dei processi di cura [224]. Nella maggior parte dei servizi, inoltre, la mediazione non è stabilmente disponibile né attivata con continuità, in particolare nei contesti periferici o nei servizi non dedicati, producendo silenzi comunicativi, incomprensioni, ritardi nella presa in carico, deterioramento della relazione terapeutica e, in alcuni casi, esiti di misdiagnosis [223-225]. La letteratura evidenzia come la disponibilità regolare di mediatori integrati nelle équipe migliori l'accessibilità, la qualità della comunicazione clinica e l'aderenza terapeutica, contribuendo a ridurre le disuguaglianze sanitarie tra popolazione migrante e autoctona; tali effetti risultano più marcati nei modelli che prevedono una presenza stabile della mediazione, rispetto a quelli basati su attivazioni occasionali o su servizi esternalizzati [223-225]. Parallelamente, numerosi studi sottolineano la precarietà delle condizioni lavorative dei mediatori, spesso figure altamente qualificate ma impiegate in contesti esternalizzati, con scarso riconoscimento contrattuale e limitato coinvolgimento nei processi decisionali e di governance [226-227]. Questa instabilità ostacola la continuità del lavoro e la possibilità di costruire relazioni di fiducia durature con utenti e operatori.

In prospettiva, la letteratura propone di superare una visione delegata della mediazione e di promuovere lo sviluppo di competenze interculturali diffuse all'interno dei team sanitari, affinché la capacità di comunicare e interpretare differenze linguistiche e culturali diventi parte integrante della professionalità sanitaria e non una funzione esterna o accessoria [227]. Tuttavia, dalle analisi qualitative

emerge come i discorsi degli operatori siano spesso attraversati da sguardi culturalisti e generalizzanti, che tendono a essenzializzare comportamenti, bisogni e difficoltà ricorrendo a categorie culturali statiche e stereotipate [228]. Altre volte, come descritto, le difficoltà o i bisogni della persone vengono invece valutate moralmente come un difetto o lette in modo pregiudiziale con generalizzazioni e stereotipi, non percependo la necessità di aiuto ma piuttosto colpevolizzando e respingendo [18, 229]. Tali letture tendono a confondere dimensioni culturali e questioni sociali, attribuendo a presunte differenze culturali comportamenti che sono invece riconducibili a condizioni materiali, e giudicando moralmente come inferiori e sbagliate le altre.

Secondo la letteratura, questi discorsi alimentano processi di othering e razzializzazione, con un forte impatto sulle pratiche e nella riproduzione di disuguaglianze [70, 228,230 Subramani, 2024). Questi discorsi inoltre agiscono come forme di micro-violenze si stratificano nelle esperienze di cura e relazione delle persone (sospetto, infantilizzazione, riduzione a categoria, non-credibilità, mancanza di riconoscimento) fino a diventare forme di violenza ordinaria e strutturale che si iscrivono nei corpi e nei comportamenti di accesso. Come evidenziato dai risultati, questi discorsi tendono a rappresentare le persone migranti in alcune categorie ricorrenti e razzializzate, presenti anche nel discorso pubblico, ovvero come persone radicalmente e culturalmente diverse, incompatibili con norme e cultura; come minaccia, in questo caso per la sanità pubblica (es. malattie infettive), per l'ordine sociale (comportamenti devianti), per la spesa pubblica (accessi e consumi impropri), o come meno competenti (non hanno competenze sulla salute, non sanno educare i propri figli) o da educare (es. educazione sanitaria ed health literacy) - spesso associato a logiche di inclusione condizionata (devono imparare le regole), ed infine, irregolare, non meritevole degli stessi diritti [70,183,228,230].

La riproduzione di disuguaglianze avviene attraverso diversi meccanismi. In primo luogo tali discorsi portano con sé e riproducono la logica del confine, definendo chi è dentro la norma (noi), chi ha legittimità di stare e di ricevere cura e chi è fuori (loro), e stabilendo una gerarchia valoriale (o un'economia morale) che legittima il governo e il discrimine sull'accesso e sull'utilizzo delle risorse sanitarie [70,183,228,230]. Confine

che secondo Subramani, viene incorporato nella relazione di cura, producendo timore, e silenziamento, e auto-limitazione della domanda, rinuncia, accesso intermittente [183]. Questi discorsi e approcci producono una serie di effetti concreti sulle pratiche, alcuni dei quali sono emersi anche nello studio. L'othering e la razzializzazione entrano nella micro-interazione clinica e nella dimensione etica: determina cosa viene ascoltato, creduto, riconosciuto come "problema reale", ed influenza direttamente i percorsi. Ad esempio rappresentazioni come quella del "genitore migrante inadeguato" possono influenzare le pratiche dei servizi di tutela dei minori, favorendo posture dei servizi più prescrittive o garantiste e incidendo sui tempi e sulle modalità di intervento, e sfiducia e isolamento nelle persone [224, 231-232].

In questo quadro, l'othering e i culturalismi operano come dispositivi di violenza epistemica che strutturano ciò che è conoscibile, dicibile e trattabile nei servizi, e mettendo la base per gerarchie di saperi, secondo le quali alcune conoscenze ed esperienze vengono riconosciute come legittime e universali, mentre altre vengono svalutate o considerate residuali [103-104]. In altre parole, il sapere esperienziale della persona viene subordinato al sapere professionale dominante, senza reale negoziazione, riproducendo un'asimmetria di potere (coloniale) nel campo della relazione clinica e del servizio. Questi meccanismi agiscono come forme di micro-violenze si stratificano nelle esperienze di cura e relazione delle persone (sospetto, infantilizzazione, riduzione a categoria, non-credibilità, mancanza di riconoscimento) fino a diventare forme di violenza ordinaria e strutturale (misdiagnosis, overtreatment o interventi inappropriati) che si iscrivono nei corpi e nei comportamenti di accesso, alimentando sfiducia e rinuncia alle cure.

Modalità di presa in carico, integrazione e conflitto tra servizi sociali e sanitari

Tra i temi emersi dall'analisi, un nodo centrale riguarda l'integrazione tra servizi e, più in generale, l'integrazione sociosanitaria. In base a quanto osservato, essa rappresenta una dimensione cruciale per comprendere la capacità del sistema di attivare percorsi orientati all'equità o, al contrario, di contribuire alla riproduzione di disuguaglianze lungo le traiettorie di cura. In tutti i contesti osservati, emergono reti

complesse di interazione che coinvolgono più servizi sanitari, sociali e del terzo settore, ma anche un numero variabile di altri attori e istituzioni e di meccanismi che entrano in gioco. Ne emerge un quadro estremamente complesso e dinamico con uno spettro di modalità di integrazione, di tensioni e di conflitti.

La prima importante considerazione, in continuità con quanto discusso nel paragrafo precedente, riguarda la constatazione che coerentemente con approcci valutativi strutturalmente competenti, molti servizi (e operatori), adottano pratiche attive volte alla promozione dell'autonomia delle persone e la continuità delle cure, attraverso un impegno attivo nel superare barriere amministrative e nel costruire percorsi di raccordo e referral anche in assenza di procedure formalizzate o servizi strutturati. Questo tipo di approccio, che sottende una visione di competenza strutturale, è stato dimostrato essere efficace nel ridurre la perdita al follow-up e migliorare l'aderenza al percorso di cura, evitando accessi impropri e ulteriori ritardi nell'avvio dei percorsi [205,233-234]. La tendenza a costruire delle reti di orientamento e responsabilità intorno al paziente è poco codificato nella letteratura locale e nella formazione sanitaria di base, trova invece corrispondenza negli approcci di clinica ampliata e matriciamento, adottati nei sistemi di cure primarie latino americani, ed in particolare brasiliani, che partono da una visione globale dei bisogni della persona e da una prospettiva di percorsi di cura (cuidado) person-centred, e dalla necessità di individuare delle figure di responsabilità e di riferimento per la gestione dei diversi bisogni individuati [235-237]. Dispositivi interessanti che emergono come buone pratiche e che tentano di utilizzare questo approccio sono l'equipe multidisciplinari, il case management infermieristico e i progetti di continuità di cure come le dimissioni protette, modelli che si basano su approcci interdisciplinari, prossimità, integrazione tra attività di valutazione e consultazione, e case management. In letteratura i riferimenti sono molteplici e confermano l'importanza di questi dispositivi nel migliorare l'accessibilità, la qualità della presa in carico, oltre che di avere un effetto positivo sullo sviluppo delle reti organizzative [205,233-234, 238].

D'altro canto, come dimostrato per accesso, accoglienza e valutazione, nella maggior parte dei servizi (talvolta anche in quelli indagati) queste competenze e approcci sono del tutto assenti o comunque non strutturati, ma dipendenti dalla volontà, dal tempo e

dalla capacità del singolo operatore di riconoscere, di volere, e di sapere affrontare eventuali difficoltà incontrate dal paziente. Questo tema, tra l'altro si scontra con alcune questioni strutturali riguardanti le condizioni di costante sovraccarico degli operatori socio-sanitari, descritto nel lavoro ma anche ampiamente noto, che rende difficile se non quasi impossibile dedicare tempo e risorse di fronte a situazioni che richiedono maggiore attenzione. Anche in questo caso, si ripropongono le stesse considerazioni e gli stessi meccanismi di discrezionalità e violenza lenta e strutturale che riproducono le disuguaglianze osservate. Le ricadute in questo senso sono risposte frammentate, a metà, come ad esempio nella mancata attivazione della mediazione linguistico culturale quando necessaria, o sulla scrittura di indicazioni terapeutiche nelle schede di dimissione, o più in generale nella costruzione di una comunicazione efficace e di fiducia. In questo caso subentra una forma di violenza strutturale basata sull'abbandono, sulla non cura, talvolta volontaria, altre volte dipendente dal sovraccarico degli operatori e dalla mancanza di reti e percorsi disponibili.

A tal riguardo è interessante richiamare il mosaico di reti di integrazione che emerge dallo studio: le modalità di integrazione tra i servizi sono differenti e variano tra accordi formali, protocolli e intese di collaborazione, fino ad accordi informali, o in altri all'assenza di questi. Tuttavia è possibile notare come gli accordi formali e più strutturati riguardano soprattutto l'ambito della salute mentale, delle profilassi e delle malattie infettive, della presa in carico delle vulnerabilità socio sanitarie correlate a traumi e torture, e delle dimissioni protette tra ospedale e strutture per senza dimora. Meno strutturate sembrano le linee di integrazione che riguardano gli ambiti dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale, della disabilità e delle fragilità sanitarie, che riguardano sia la popolazione RTPI ma soprattutto gli attori coinvolti nell'assistenza a persone con STP, tra cui il terzo settore. Questo è un dato che si conferma continuativo rispetto ad indagini locali precedenti e che evidenzia, almeno sul piano formale, l'implementazione delle linee guida nazionali [44-45, 125-127].

Questa configurazione contribuisce a spiegare quanto discusso nei paragrafi precedenti: al di fuori di alcuni campi "prioritari" – in particolare quelli riconducibili alla sanità pubblica, alla salute mentale e alle vulnerabilità più chiaramente codificate –

l'assenza di percorsi strutturati rende la costruzione di reti di orientamento, referral e continuità fortemente dipendente dall'iniziativa e dalle competenze del singolo operatore o del singolo servizio. Ne consegue una presa in carico spesso intermittente e diseguale, in cui la possibilità di accedere a risposte appropriate non dipende primariamente dai bisogni della persona, ma dal luogo di accesso e dalla disponibilità (contingente) di risorse relazionali e organizzative. In tale quadro, la mancata formalizzazione delle interfacce tra sanitario, sociale e terzo settore non rappresenta soltanto un limite tecnico-organizzativo, ma un meccanismo che tende a produrre frammentazione, rimbalzi e perdite di follow-up, con effetti cumulativi potenzialmente coerenti con le disuguaglianze descritte sul piano degli esiti.

Riprendendo una lettura biopolitica, è possibile però osservare che la strutturazione dei percorsi di integrazione non è casuale, ma sembra seguire una traiettoria riconoscibile, che riflette il valore e il significato attribuiti a specifiche dimensioni della tutela della salute e, più in generale, alle vite che il sistema considera come oggetto prioritario di governo e protezione. Se infatti protocolli, accordi e procedure rappresentano – in senso organizzativo e simbolico – una manifestazione concreta della volontà di “prendersi cura”, di garantire continuità e responsabilità condivise, ciò che emerge è che tale volontà non si distribuisce trasversalmente lungo l'intero spettro dei bisogni, ma si concentra in ambiti specifici e maggiormente legittimati.

Da un lato, la maggiore formalizzazione dei dispositivi di integrazione nell'area delle profilassi e delle malattie infettive (e della salute mentale) può essere letta come espressione di una razionalità biosecuritaria: la strutturazione dei percorsi appare orientata a garantire controllo, sorveglianza e ordine sociale, più che a tutelare la salute delle persone migranti. In questa chiave, la priorità assegnata a tali ambiti risuona con i discorsi – richiamati in precedenza – che costruiscono il migrante come potenziale minaccia per la sanità pubblica e la comunità, rafforzando una gerarchia implicita tra bisogni “meritevoli” di investimento organizzativo e bisogni che restano delegati alla capacità di adattamento delle persone e dei singoli operatori [239].

Dall'altro lato, la formalizzazione più robusta dei percorsi relativi a traumi, torture e vulnerabilità estreme sembra richiamare un secondo registro biopolitico, riconducibile

a quanto Fassin definisce come “ragione umanitaria”: un dispositivo che legittima la presa in carico e l’eccezione organizzativa attraverso la figura della vittima e la riconoscibilità morale della sofferenza. In questo caso, l’accesso a percorsi più strutturati appare facilitato quando la vulnerabilità è traducibile in categorie altamente visibili e socialmente legittime (trauma, tortura, grave emarginazione), mentre restano meno riconosciute – e dunque meno sostenute da dispositivi formalizzati – le condizioni ordinarie e prolungate di precarietà che attraversano l’assistenza primaria e la continuità delle cure, soprattutto per le persone con STP e per quelle fuori dai circuiti di accoglienza [239]. In questa chiave, la razionalità biosecuritaria può essere letta come una continuità dei dispositivi coloniali di governo delle popolazioni, poiché tende a costruire alcune vite come “rischio” e “minaccia” (più che come soggetti di diritti), riattivando processi di razzializzazione che legittimano sorveglianza, selezione e accessi differenziati alle cure [239]. Nel complesso, il mosaico delle reti di integrazione osservato suggerisce quindi che la capacità di produrre continuità e corresponsabilità non dipenda soltanto da risorse disponibili, ma anche da priorità e razionalità di governo che selezionano dove e per chi l’integrazione diventa “doverosa”, e dove invece permane come possibilità incerta e delegata. Questa selettività organizzativa, oltre a essere coerente con le disuguaglianze descritte, costituisce un punto cruciale per comprendere come l’integrazione sociosanitaria possa agire, simultaneamente, come leva di equità e come meccanismo di riproduzione delle disuguaglianze.

Nel campo dell’integrazione sociosanitaria emergono ulteriori spunti di riflessione rispetto a quanto già discusso nei paragrafi precedenti, chiamando in causa anche altri meccanismi di riproduzione della disuguaglianza. E’ infatti interessante notare che le criticità riportate dagli operatori, seppur talvolta specifiche rispetto ai setting, sono accomunate da alcuni temi ricorrenti. Il primo è la divergenza tra le visioni e gli approcci utilizzati tra servizi sanitari e sociali (o penitenziari), talvolta legato a mancanza di formazione comune, altre volte più legato a prospettive differenti rispetto alle priorità e alle finalità degli interventi, creando incomprensioni, conflitti e poca collaborazione. Questo tipo di scontro viene descritto come *ontological* e *operational gap*, ovvero un distacco e una frammentazione che originano da

formazioni diverse ma che si alimentano anche tramite percorsi professionali e afferenze differenti [240-241]. Un ulteriore tema critico rispetto all'integrazione socio-sanitaria, e in particolare nell'ambito della salute mentale, riguarda le risorse disponibili e le modalità con cui queste vengono impiegate nel lavoro congiunto tra i servizi. Dalle interviste emerge come, trasversalmente, gli operatori percepiscono una carenza di risorse che si traduce sia nella consapevolezza di disporre di strumenti limitati, sia in una tendenza a giudicare il lavoro degli altri servizi come inefficace. I servizi di salute mentale vengono spesso descritti dagli operatori dell'accoglienza come poco accessibili, mentre questi ultimi sono a loro volta considerati dai professionisti sanitari come dotati di scarse risorse educative e di accompagnamento. Tale percezione trova riscontro nel progressivo definanziamento e nella ristrutturazione del sistema di accoglienza, così come nei limiti strutturali di accesso ai servizi di salute mentale [242-245]. In questo senso, la scarsità di risorse non solo condiziona la capacità di risposta dei singoli servizi, ma contribuisce anche a rendere più difficile la collaborazione e a generare conflitti quando emergono bisogni che richiedono l'impiego di risorse condivise, ad esempio per dimissione o cambio di setting/responsabilità [245]. Emerge inoltre la percezione che persino gli strumenti diagnostici e i criteri che dovrebbero definire la presa in carico di certe situazioni da parte dei servizi possano essere utilizzati in modo discrezionale in funzione della possibilità o della volontà di prendere in carico determinate situazioni. Questo comporterebbe ritardi nelle diagnosi, conflitto tra i servizi e ritardi soprattutto nelle prese in carico e nelle risposte di problemi che tendono a cronicizzare e a peggiorare [241].

Questi elementi consentono di ampliare la lettura dei meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze, mostrando come essi non siano riconducibili esclusivamente ai processi già descritti – legati alla valutazione dei bisogni, all'othering o alla frammentazione organizzativa – ma si intreccino in modo stretto con un ulteriore livello di analisi, rappresentato dalla disponibilità e dalla gestione delle risorse. Tale livello rimanda a un piano più ampio e strutturale, relativo alle politiche di finanziamento del welfare e alle modalità di allocazione delle risorse nei sistemi socio-sanitari. Pur non essendo oggetto diretto di questo lavoro, numerose evidenze

mostrano come decenni di politiche liberali e neoliberali abbiano progressivamente defanziato i servizi pubblici, riducendo il margine di manovra operativo e aumentando la competizione tra bisogni, servizi e destinatari degli interventi [246]. È interessante osservare come questa condizione sistematica di scarsità entri in risonanza con i meccanismi di economia morale e di gerarchizzazione delle priorità descritti nei paragrafi precedenti. In un contesto di risorse limitate, la selezione implicita di chi è “legittimato” a ricevere una presa in carico intensiva o continuativa tende ad accentuarsi, rafforzando criteri di meritevolezza, urgenza e pericolosità che spesso penalizzano le persone migranti e in condizioni di vulnerabilità sociale [247-249]. In questo quadro, la scarsità non agisce come fattore neutro, ma come moltiplicatore di disuguaglianze, poiché orienta le scelte operative e le soglie di accesso secondo logiche selettive.

Le evidenze qualitative mostrano inoltre come tale pressione sulle risorse possa arrivare a incidere persino sui percorsi diagnostici e sui criteri di definizione della presa in carico. In alcuni casi, strumenti diagnostici e categorie cliniche sembrano essere utilizzati in modo flessibile o discrezionale, anche in funzione della possibilità concreta – o della volontà organizzativa – di assumere la responsabilità di determinate situazioni. Questo meccanismo può produrre ritardi nelle diagnosi, conflitti tra servizi e, soprattutto, un rinvio delle prese in carico di problemi complessi che, nel tempo, tendono a cronicizzare e ad aggravarsi [241]. In tal senso, i processi diagnostici non appaiono come momenti puramente tecnici e neutrali, ma come veri e propri dispositivi di accesso e di governo dei percorsi, capaci di includere o escludere in modo selettivo. Alla luce di queste considerazioni, il conflitto tra servizi – spesso interpretato come principalmente ontologico o operativo - sembra rivelare una radice più profonda, di natura economica e politica, capace di riprodurre disuguaglianze, in sinergia con gli altri meccanismi descritti [250]. La competizione per risorse scarse, inscritta in un contesto di progressivo defanziamento del welfare, appare infatti come un elemento strutturante che alimenta le fratture tra ambiti, rafforza le logiche difensive e contribuisce a trasformare l'integrazione sociosanitaria in un terreno di tensione permanente. In questa prospettiva, le difficoltà di collaborazione non possono essere comprese pienamente senza chiamare in causa le politiche liberali

che hanno ridotto la capacità dei sistemi di sostenere una presa in carico equa, continuativa e realmente integrata.

E' anche interessante notare come da questa natura conflittuale dell'integrazione tra servizi di fronte a scenari che richiedono la convergenza di più servizi, emergano definizioni e categorizzazioni nuove, come "paziente complesso", "zone grigie", "incollocabili". Questo riflette come talvolta le pratiche dei servizi, in questo caso il conflitto e le difficoltà di lavoro condiviso contribuiscono a definire nuove caratteristiche dei pazienti, basate non su aspetti relativi ai loro bisogni, ma piuttosto in funzione delle difficoltà delle risposte che i servizi devono mettere in campo.

Un altro aspetto collegato a questa criticità è la svalutazione che poi che consegue dei dispositivi deputati allo scambio e all'integrazione che vengono di fatto assorbiti dalla negoziazione di budget di risorse, di ruoli e di responsabilità, svuotando questi spazi dalla possibilità di promuovere un confronto interdisciplinare con al centro il benessere e le prospettive del paziente. Inoltre comportano un vissuto di sovraccarico e conflittuale negli operatori che tende a ridurre ulteriormente lo spirito e la postura collaborativa [245].

Infine, analizzando la struttura generale delle linee di integrazione emerge, soprattutto in ambito sanitario una maggiore frammentazione rispetto all'ambito all'ambito sociale che sembra maggiormente coeso, mentre nella componente sanitaria i servizi osservati hanno diffusamente riportato la difficoltà non solo nel riferire con i servizi di altri settori e dipartimenti ma anche di riferire verticalmente con i propri responsabili o comunque con altre figure dirigenziali. Questo evidenzia come a fronte di una integrazione socio sanitaria già complicata per i motivi descritti, la complessità interna ai servizi sanitari rende ulteriormente difficoltoso il lavoro congiunto, creando diversi livelli di interlocuzione con l'esterno, spesso non comunicanti tra loro.

Informatizzazione, monitoraggio e invisibilizzazione

Un altro aspetto critico che emerge dalle pratiche dei servizi che sembra inficiare la presa in carico e l'integrazione tra servizi riguarda la poca informatizzazione delle cartelle cliniche e la scarsa sensibilità e specificità dei gestionali esistenti. Come

riportato anche in letteratura, la frammentazione dei sistemi informativi e gestionali impatta negativamente sui tempi e sulla qualità delle visite e delle prese in carico, riducendo la continuità assistenziale, ostacolando la comunicazione tra professionisti e rendendo più superficiale la valutazione clinica [251]. D'altro canto, il tema dell'informatizzazione delle cure primarie non riguarda soltanto i servizi di bassa soglia, ma rappresenta un problema trasversale anche in altri ambiti del sistema sanitario, indipendentemente dal setting di cura, richiedendo un approccio strategico e condiviso [252]. Tuttavia, non emergono ancora riflessioni sistematiche né politiche dedicate a livello istituzionale su come promuovere una reale integrazione digitale orientata all'equità.

Un tema strettamente collegato è quello delle attività di raccolta dati e di monitoraggio. In letteratura, la raccolta e l'analisi dei dati sono riconosciute come strumenti essenziali per la lettura dei bisogni di salute, la programmazione degli interventi e la valutazione delle politiche, fondamentali quindi anche per identificare e ridurre le disuguaglianze [15-16,32]. Tuttavia, nel lavoro emerge come molti servizi raccolgono dati soprattutto sulle attività svolte, spesso a fini rendicontativi interni o su base volontaria, senza una strategia condivisa di monitoraggio integrato. Questa frammentazione contribuisce a una visione parziale e incompleta dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e impedisce di monitorare in modo trasversale l'andamento delle disuguaglianze e dei fenomeni di marginalità [251].

Alla luce dei risultati qualitativi, la carenza di strumenti informatizzati interoperabili e condivisi tra operatori può essere letta come una delle modalità concrete attraverso cui si producono forme di "non cura" istituzionale. L'assenza o l'inadeguatezza dei sistemi informativi, infatti, comporta negligenze e omissioni non necessariamente intenzionali, ma strutturalmente incorporate nelle pratiche quotidiane: perdite di tempo durante la visita, difficoltà nel ricostruire la storia clinica e sociale della persona, impossibilità di accedere a informazioni rilevanti raccolte da altri servizi, e riduzione complessiva della qualità della risposta assistenziale. In un contesto già caratterizzato da sovraccarico e scarsità di risorse, tali inefficienze aumentano il rischio che alcuni bisogni non vengano approfonditi o che la presa in carico venga interrotta, scoraggiando il lavoro integrato e favorendo interventi parziali e

frammentati. In questo senso, l'inadeguatezza dei sistemi informativi non rappresenta soltanto un limite tecnico, ma agisce come un dispositivo che, per assenza, contribuisce a produrre esclusione e disuguaglianza in modo progressivo e silente, in sinergia con gli altri meccanismi descritti. Tale dinamica può essere letta come una forma di necropolitica "per omissione", in cui la mancanza di infrastrutture adeguate incide direttamente sulla possibilità stessa di prendersi cura.

Un tema strettamente collegato è quello delle attività di raccolta dati e di monitoraggio. In letteratura, la raccolta e l'analisi sistematica dei dati sono riconosciute come strumenti essenziali per la lettura dei bisogni di salute, la programmazione degli interventi e la valutazione delle politiche, risultando fondamentali anche per identificare e contrastare le disuguaglianze [15-16,32]. Tuttavia, dai risultati emerge come molti servizi raccolgano dati prevalentemente sulle attività svolte, spesso con finalità rendicontative o su base volontaria, in assenza di una strategia condivisa di monitoraggio integrato. Questa frammentazione contribuisce a una visione parziale e incompleta dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e rende difficile, se non impossibile, analizzare in modo trasversale le cause di malattia, valutare l'efficacia delle strategie adottate e monitorare nel tempo l'andamento delle disuguaglianze e dei fenomeni di marginalità [251, 253-254].

Un elemento particolarmente rilevante riguarda il carattere selettivo di tale mancanza. Così come avviene per i sistemi informativi clinici, anche l'assenza o la carenza di dati non colpisce in modo uniforme tutte le popolazioni, ma tende a riguardare in modo sproporzionato le persone migranti, con status giuridico precario o seguite da servizi di bassa soglia e dal terzo settore. In questo senso, la non raccolta, la frammentazione o l'invisibilità dei dati possono essere lette come un ulteriore dispositivo di razzismo strutturale, che opera non attraverso l'esclusione esplicita, ma tramite meccanismi di omissione e invisibilizzazione [255-256]. Rendere alcune popolazioni meno "leggibili" dal punto di vista epidemiologico e programmatico significa limitarne la riconoscibilità come soggetti di diritto e ridurre la possibilità di orientare politiche e risorse in modo equo.

Nel loro insieme, questi elementi mostrano come la dimensione informativa e conoscitiva non sia neutra, ma profondamente intrecciata ai processi di produzione

delle disuguaglianze. L'assenza di strumenti digitali adeguati e di sistemi di monitoraggio integrati non solo indebolisce la qualità della cura e della presa in carico, ma contribuisce a riprodurre, in modo lento e strutturale, gerarchie di valore e di visibilità tra le vite, rafforzando quelle stesse dinamiche di esclusione che il sistema sociosanitario è chiamato a contrastare.

Governance locale e micropolitiche dell'equità

Infine considerazioni importanti emergono rispetto al sistema di governance cittadino. La prima considerazione riguarda la differenza tra i mandati e i fattori che hanno accompagnato l'evoluzione dei servizi. Se da un lato l'evoluzione dei servizi sociali sembra aver seguito una specifica programmazione politica e poi organizzativa, coerente ad una visione di coesione sociale e di accoglienza verso persone in diverse situazioni di marginalità, nei servizi sanitari questa tendenza non si è riscontrata, e l'evoluzione dei servizi sembra soprattutto dipendere da singole risposte a vari fattori (delibere regionali, richieste di altri servizi) in assenza di una strategia condivisa internamente e con altre istituzioni, nonostante i vari dispositivi di coordinamento interistituzionale citati.

L'assenza di una visione e di una strategia organizzativa da parte dei servizi sanitari, su questo ambito di assistenza e di cura, è un aspetto che era già emerso in altri lavori e che si conferma come strutturale e verosimilmente responsabile di parte delle criticità descritte in precedenza [44-45,125-127]. Ciò viene anche riferito rispetto alla persistenza di barriere strutturali che assumono carattere discriminatorio, dovute alla mancanza di una programmazione adeguata dei servizi e delle attività rivolte alla popolazione migrante (es. mediazione), all'esternalizzazione di altri, ma anche alla frammentazione esistente tra i diversi ambiti socio-assistenziali, riprodotta anche negli ultimi assetti organizzativi (es. GVM). Sembra che la governance sanitaria sia trascinata, subordinata a risposte da dare al sociale o ad altri enti, priva di una capacità propria di orientarsi in una direzione di equità.

D'altro canto in base a quanto riferito le criticità non riguardano solo il bilanciamento del modello di governance politico istituzionale locale ma anche l'influenza di fattori sopra locali o comunque nazionali che influenzano le possibilità del sistema locale, e

questo soprattutto in riferimento alle politiche migratorie e di accoglienza che seppur mitigate dall'approccio interistituzionale comportano un sistema di risorse e di opportunità limitato e che in qualche modo alimenta sofferenza e marginalità. In tal senso seppure la carenza di risorse di tempo e di personale da parte dei servizi sanitari viene citata costantemente non emerge un chiaro riferimento al finanziamento del servizio sanitario in ottica di un bilanciamento della governance locale e delle opportunità in termini di equità.

È interessante notare che nelle opportunità di rafforzamento della governance locale viene citato, oltre che l'applicazione degli accordi interistituzionali, sottolineandone quindi la mancata implementazione, il recupero di una dimensione di micro governance e di convergenza di servizi sociali e sanitari in spazi demedicalizzati e più vicini alla comunità. Seppur un'idea chiara ed esplicita di partecipazione e di coinvolgimento delle persone migranti all'interno del discorso sulla governance locale di fatto non emerge quasi mai, nonostante sia una delle principali raccomandazioni per promuovere equità [15-16, 202-203].

In questo quadro, l'assenza di meccanismi strutturati di partecipazione emerge come uno dei principali fattori di riproduzione delle disuguaglianze, agendo a monte di tutte le barriere e dispositivi descritti. La partecipazione delle persone e delle comunità interessate è ampiamente richiamata nelle raccomandazioni internazionali, nelle linee guida nazionali e nei più recenti indirizzi di programmazione territoriale – inclusi i riferimenti alla riorganizzazione delle cure primarie e alla sanità di prossimità – come strumento fondamentale per orientare i servizi all'equità, migliorare l'appropriatezza degli interventi e rafforzare la responsabilità pubblica [34,38]. Anche in questo caso il tema è ampio e richiederebbe un ulteriore approfondimento rispetto alle diverse modalità in cui la partecipazione viene intesa da documenti di riferimento e istituzioni pubbliche, di fatto spesso ridotta a processi consultivi o informativi [257-258].

Al netto di questa considerazione, in base a quanto osservato, tali indicazioni rimangono comunque in larga misura disattese nella pratica quotidiana dei servizi, e la partecipazione non si traduce in un dispositivo operativo stabile né in un principio effettivamente agito nella governance locale. Occorre però sottolineare che la mancata attuazione di processi partecipativi non rappresenta soltanto una carenza

organizzativa o un limite metodologico, ma assume il significato di una modalità implicita di esclusione e di razzismo strutturale [259-260]. In termini biopolitici, questo dato evidenzia ulteriormente chi è considerato legittimo interlocutore nella definizione delle politiche e dei servizi e chi, al contrario, ne resta escluso. Se alcune popolazioni – in particolare le persone migranti e in condizioni di vulnerabilità – non vengono coinvolte nella progettazione, valutazione e riorientamento dei servizi che le riguardano, ciò implica che i loro bisogni, saperi ed esperienze non sono riconosciuti come rilevanti per l'azione pubblica [261]. Non garantire spazi di partecipazione significa limitare la possibilità di dare voce alla sofferenza, ai bisogni e alle strategie di adattamento delle persone, configurando una forma di violenza epistemica: un'esclusione dai processi di produzione di conoscenza che informano le decisioni organizzative e politiche. L'imposizione di modelli organizzativi, priorità e modalità di intervento definite esclusivamente dall'alto, senza confronto con le persone direttamente interessate, riproduce relazioni asimmetriche di potere in cui un sapere istituzionale e professionale si afferma come unico valido, relegando altri saperi a forme di irrilevanza o silenzio. La partecipazione negata consente così di mantenere un controllo sulle modalità di presa in carico e di governo della salute, evitando che emergano narrazioni alternative, critiche o conflittuali rispetto alle pratiche in atto. In tal modo, la non partecipazione diventa parte integrante dei dispositivi attraverso cui le disuguaglianze vengono non solo mantenute, ma continuamente riprodotte.

Un altro tema correlato a questo aspetto riguarda l'impatto della soggettività dei singoli operatori nel sistema di governance. Dai dati emerge che in assenza di mandato è di obiettivi chiari all'interno dei servizi l'evoluzione delle pratiche e delle attività spesso segue la motivazione e il posizionamento etico politico del personale, che può decidere di operare a favore di una direzione di equità. In questo senso il lavoro in equipe, e la condivisione di idee e posizionamenti viene riferito come un elemento a favore, che tutela dalla mancanza di un mandato.

Questo permette innanzitutto di recuperare quanto detto in precedenza rispetto alla centralità della soggettività del lavoro di cura, evidenziando come la dimensione etico politica sia centrale soprattutto quando si parla di equità e di lavoro con le popolazioni marginalizzate [105]. Ma soprattutto permette di affermare che è in un modello di

governance socio-sanitario interistituzionale va anche considerato il livello soggettivo operativo e come questo impatta sia sul livello micro e meso nella costruzione di percorsi, di reti intorno ai bisogni della persona, ma come impatta anche nell'evoluzione dei servizi e nelle scelte organizzative e nel dialogo interistituzionale [262-263].

D'altro canto ciò significa anche in senso opposto che è in assenza di un mandato definito in termini di equità e di inclusione, laddove si crea uno spazio interstiziale per una dimensione interpretativa e discrezionale, il lavoro di cura può anche essere inteso come lavoro di non cura e aprire la possibilità di pratiche e comportamenti restrittivi, respingenti o discriminatori. Ciò viene evidenziato nei risultati e sostiene ulteriormente l'idea che nella governance dei servizi agisca anche un livello di micropolitica della cura che si muove in direzioni opposte. Su questo piano possono anche agire una serie di comportamenti indotti dalla stratificazione e dall'incorporazione di percezioni, di abitudini e di posture date ad esempio dal lavoro conflittuale con altri servizi, dalla sensazione di non avere abbastanza risorse per gestire problemi complessi [105].

5.4 - Biopolitiche, razzismo strutturale e servizi sanitari

Alla luce delle evidenze discusse nei paragrafi precedenti, lo studio suggerisce che le disuguaglianze osservate nel contesto locale non possano essere interpretate come esiti occasionali o come semplice sommatoria di singoli determinanti, ma come il risultato di processi strutturali che attraversano in modo continuativo la relazione tra migrazione, salute e organizzazione dei servizi [64,76-79].

In questo paragrafo conclusivo saranno riprese le domande teoriche poste nella sezione 1.2, interrogandosi se e in che modo, nel contesto analizzato, sia stato possibile riconoscere i processi e i dispositivi biopolitici e postcoloniali descritti in letteratura. In particolare, si cercherà di chiarire attraverso quali meccanismi tali logiche operano, quale significato assumono nella gestione contemporanea delle migrazioni e quali implicazioni comportino per leggere le dinamiche di accoglienza ed esclusione.

Successivamente, verrà argomentato come tali dispositivi non agiscano solo a livello delle politiche migratorie, ma siano rintracciabili anche nelle pratiche e negli assetti dei servizi sociosanitari, contribuendo a produrre disuguaglianze e marginalità.

Partendo da queste considerazioni si discuterà come l'insieme di questi processi si rifletta sulla salute, rendendo le disuguaglianze osservate interpretabili come esiti cumulativi di dispositivi e processi strutturali biopolitici. Infine, alla luce delle considerazioni svolte, saranno richiamate alcune possibili raccomandazioni e strategie per agire in contrasto ai processi osservati e promuovere equità.

Dalla migrazione come determinante alle necropolitiche della migrazione

L'analisi delle evidenze raccolte ha mostrato come numerosi fattori connessi al percorso migratorio e alla gestione dell'accoglienza – status giuridico, accesso ai documenti, tempi amministrativi, caratteristiche e offerta di servizi nelle strutture di accoglienza, possibilità di lavorare o formarsi, continuità dei percorsi – entrino in modo strutturale nelle dinamiche di disuguaglianza osservate, non solo sul piano sanitario ma più in generale nelle traiettorie di vita delle persone migranti. Tali elementi non operano come variabili isolate, bensì come condizioni sistemiche che plasmano opportunità, margini di agency e possibilità di progettualità, incidendo cumulativamente sulla vulnerabilità sociale e sulla salute [172-174, 209-213].

Il confronto con la letteratura critica richiamata nell'introduzione – border studies, teorie postcoloniali, prospettive sul razzismo strutturale e sulla necropolitica – suggerisce tuttavia di non leggere questi “fattori” come semplici criticità amministrative o carenze organizzative, ma come veri e propri dispositivi di governo delle migrazioni [63-71, 81-83]. In questa prospettiva, ciò che emerge nel contesto analizzato può essere interpretato come parte di una logica biopolitica di gestione differenziale delle vite, in cui l'accesso ai diritti, alle risorse e alla stabilità esistenziale viene regolato attraverso meccanismi di selezione, sospensione e condizionamento [64].

Le caratteristiche e le modalità di gestione dei confini sono i primi elementi ad emergere dallo studio. Il confine non appare soltanto come linea geografica, ma come metodo che si estende all'interno dello spazio nazionale attraverso procedure

amministrative, categorizzazioni giuridiche e dispositivi di accoglienza differenziati [63-64,66,70,74-75,209-213]. Lo status di richiedente asilo, titolare di protezione, persona con permesso precario o senza documenti definisce accessi differenziali a lavoro, formazione, residenza, continuità abitativa e protezione sociale. La distribuzione territoriale dei centri, la concentrazione in aree periferiche o isolate, la mobilità forzata tra strutture e l'incertezza sui tempi delle decisioni amministrative configurano confini mobili che attraversano le biografie, producendo inclusioni condizionate e sospese [63-64, 70, 74-75, 80, 171-174, 184, 192, 209-213].

In secondo luogo, si osserva un processo di istituzionalizzazione e normalizzazione delle violenze e dello sfruttamento. Le traiettorie migratorie descritte nei risultati – violenze durante il percorso migratorio, ma anche sfruttamento lavorativo, precarietà abitativa nel periodo successivo – non appaiono come eventi eccezionali, ma come elementi strutturali del percorso migratorio contemporaneo [83,156]. La loro ricorrenza e la loro tollerabilità sociale contribuiscono a naturalizzare condizioni di subordinazione e vulnerabilità, inscrivendole in una gerarchia implicita di vite più o meno degne di tutela [76-79]. La precarietà giuridica, in particolare, si configura come strumento che rende possibile lo sfruttamento, mantenendo le persone in una condizione di ricattabilità strutturale [83,156].

Un terzo dispositivo è rappresentato dalle forme di *slow violence*. Le lunghe attese per il riconoscimento dello status, i dinieghi reiterati, le sospensioni amministrative, l'impossibilità di accedere stabilmente a percorsi formativi o lavorativi producono una sospensione prolungata dell'esistenza. Tale condizione non si manifesta attraverso atti diretti ed espliciti di violenza, ma attraverso una temporalità dilatata e incerta che erode progressivamente risorse psicologiche, sociali ed economiche [73-80]. La vita viene mantenuta in una condizione di provvisorietà strutturale, in cui progettualità e autonomia risultano sistematicamente differite [209-213]. A queste dinamiche si affiancano forme di necropolitica dell'abbandono e dell'omissione [75,80]. La progressiva riduzione delle risorse destinate all'accoglienza, la discontinuità dei progetti, l'assenza di percorsi strutturati per chi esce dai circuiti formali, producono spazi di non tutela in cui la sopravvivenza è lasciata alla capacità individuale di adattamento o alla supplenza del terzo settore. In questa chiave, l'omissione istituzionalizzata – il non intervenire, il non garantire continuità, il non prevenire la

marginalizzazione – assume una valenza biopolitica, poiché seleziona implicitamente quali vite meritino protezione e quali possano essere lasciate in condizioni di precarietà cronica [76-79, 209-213]. Infine, tali dispositivi si intrecciano con processi di othering e con discorsi razzializzanti ed emergenziali. Le rappresentazioni del migrante come minaccia sanitaria, come peso economico o come soggetto culturalmente incompatibile, ampiamente descritte nella letteratura e rintracciabili anche nei discorsi intercettati [70,183,228-230].

Questi dispositivi non agiscono in modo isolato. Al contrario, operano in continuità e si alimentano reciprocamente. I confini amministrativi producono precarietà giuridica; la precarietà facilita sfruttamento e marginalità; la marginalità alimenta discorsi emergenziali; i discorsi legittimano ulteriori restrizioni e omissioni. Si configura così un continuum tra politiche di frontiera, gestione dell'accoglienza e regolazione della permanenza, in cui livelli normativi, istituzionali e simbolici sembrano concorrere alla produzione di vulnerabilità.

Nel loro insieme, tali dinamiche assumono un preciso significato biopolitico e postcoloniale. Esse non si limitano a gestire flussi, ma producono una classificazione differenziale delle vite, attribuendo valore, diritti e protezione in modo gerarchico. La gestione della mobilità diventa così un dispositivo di controllo e, in alcuni casi, di sfruttamento, in continuità con le traiettorie coloniali di governo delle persone razzializzate [76-79,239]. La vita migrante viene tollerata, regolata o sospesa in funzione di criteri di utilità, rischio o meritevolezza, rendendo la disuguaglianza non un effetto collaterale, ma una componente strutturale della modalità di governo. Questa rilettura consente di collocare le disuguaglianze osservate non soltanto nel registro dell'inefficienza o della carenza di risorse, ma in quello di una razionalità politica che produce e organizza differenze, preparando il terreno per comprendere come tali logiche si riflettano, in modo incorporato, anche sugli esiti di salute [63-64, 70, 89, 95, 239, 246-249, 255-256].

Servizi sanitari tra riproduzione di necropolitiche, razzismo strutturale ed equità

Come descritto nei paragrafi precedenti, lo studio ha evidenziato la presenza di numerosi fattori e determinanti organizzativi che contribuiscono alle disuguaglianze in

salute attraverso meccanismi di esclusione dai percorsi di cura, frammentazione e scarsa qualità di questi, posture e pratiche respingenti e discriminatorie, ma anche importanti lacune nei processi di partecipazione, governance e integrazione sociosanitaria. Sebbene questi elementi siano ampiamente descritti in letteratura e siano stati anche caratterizzati in studi precedenti condotti a livello locale, le evidenze raccolte suggeriscono come questi non abbiano un carattere episodico o singolare, ma agiscano piuttosto in modo sinergico tra loro e dentro una cornice strutturale e continuativa nel tempo, colpendo in modo sistematico e sproporzionato le persone migranti [44-45, 121-123, 125-127].

Similmente a quanto discusso nel paragrafo precedente, anche in questo caso è possibile riconoscere tratti ed elementi di questi fattori che richiamano i quadri più critici descritti in introduzione e suggeriscono come le criticità e le caratteristiche organizzative evidenziate siano anch'esse riconducibili a delle strategie di gestione delle migrazioni, corrispondente ad un'architettura governamentale biopolitica e coloniale, finalizzata ad un controllo differenziale delle vite [63-64, 66-71]. In tal senso, il primo riferimento è rappresentato dalle tecniche di confine, che non operano solo nelle politiche migratorie ma si ripropongono anche nelle logiche e nelle dinamiche dei servizi. In questo campo il confine (esterno) sembra riprodursi internamente attraverso diverse forme (criteri amministrativi, requisiti documentali, orari incompatibili con il lavoro precario, barriere linguistiche, configurazione degli spazi, posture professionali e assenza di partecipazione), ma generando lo stesso effetto: forme di inclusione condizionata, discriminatoria, in cui l'accesso è possibile ma precario e temporaneo. I confini organizzativo della cura assumono così forme ed un significato biopolitico e razzista: non escludono in forma esplicita ma rallentano, filtrano e precarizzano l'accesso in funzione alle caratteristiche della persona, definendo chi ha legittimità di accedere allo spazio sociale e chi no [63-64, 70, 183, 209-213, 255-256].

In continuità con questa lettura, i confini della cura non operano soltanto attraverso barriere "materiali" (documenti, orari, lingua, spazi), ma si estendono anche alla sfera della partecipazione, producendo un'ulteriore forma di esclusione più silente ma altrettanto strutturante. Nei contesti osservati, l'assenza di dispositivi stabili di

coinvolgimento delle persone e delle comunità interessate—nella progettazione, nella valutazione e nel riorientamento dei servizi—agisce infatti come un meccanismo di confine epistemico e politico: delimita chi è riconosciuto come interlocutore legittimo nei processi decisionali e chi, al contrario, viene mantenuto nella posizione di destinatario passivo della cura e delle politiche [43, 257-259]. In questo senso, la partecipazione negata non è soltanto una “carezza organizzativa”, ma una modalità di governo che contribuisce a riprodurre gerarchie di legittimità, mantenendo asimmetrie di potere. La conseguenza è che l’accesso ai diritti e alle cure non è filtrato solo all’ingresso dei servizi, ma anche “a monte”, nella possibilità stessa di incidere sulle regole [70,259-261]. Da questa prospettiva, la non partecipazione può essere letta come una forma di violenza epistemica, perché esclude le persone dalla produzione di conoscenza e dal governo dei servizi, delegittimando saperi situati e non riconoscendo le cause sociali della sofferenza [103-104,261].

Similmente a quanto descritto per l’accesso diversi elementi emersi dall’analisi organizzativa risultano riconducibili, per modalità e caratteristiche, a forme di *slow violence*. Elementi come lunghi tempi di attesa, ritardi e frammentazione dei percorsi, errori diagnostici, respingimenti, posture discriminatorie, agiscono in modo lento, cumulativo e spesso non esplicito, producendo un logoramento progressivo dei percorsi di cura e contribuendo alle disuguaglianze osservate [73-82]. Presi singolarmente, questi elementi possono apparire come inefficienze o incidenti organizzativi; tuttavia considerati nel loro insieme, si intuisce come questi operino nella stessa logica delle tecniche di confine, riducendo di fatto l’accessibilità ad un diritto ma allo stesso tempo producendo sofferenza in modo indiretto, lento e non esplicito. Inoltre, lo studio evidenzia come su questi meccanismi, agiscono in sinergia processi più ampi legati a politiche neoliberiste di definanziamento e aziendalizzazione del welfare [242-246]. La scarsità di risorse, la competizione tra servizi, la pressione sui budget e la cultura della performance contribuiscono a rafforzare logiche selettive e discriminatorie, accentuando la gerarchizzazione dei bisogni e delle vite, e producendo conflitti interistituzionali e tra operatori. In un contesto di risorse limitate, le soglie di accesso si irrigidiscono, i confini si restringono

e la discrezionalità aumenta, moltiplicando il rischio di esclusione [70, 240-241, 245, 246, 247-249, 250].

In continuità, emergono processi di *othering* e razzializzazione che attraversano tanto la relazione di cura quanto il senso comune organizzativo. Discorsi culturalisti, generalizzazioni e giudizi morali—insieme a rappresentazioni ricorrenti come il “migrante non competente” o “non aderente” “pericoloso per salute della comunità” o “vittima”—contribuiscono a definire che cosa venga considerato credibile, urgente o legittimo come bisogno di salute, e che cosa invece venga svalutato, sospettato o ricondotto a “problemi culturali” [70,228-230]. In questo quadro, i culturalismi non operano solo come cornici interpretative, ma come dispositivi pratici: agiscono come forme di violenza epistemica [103-104], strutturando ciò che è conoscibile, dicibile e trattabile nei servizi e subordinando il sapere esperienziale della persona al sapere professionale dominante. Questa gerarchia di saperi orienta concretamente le pratiche: introduce *bias* nella valutazione (che cosa viene indagato, quali spiegazioni risultano plausibili, quali rischi vengono ipotizzati), tende a culturalizzare problemi che sono invece radicati in condizioni materiali e istituzionali (lavoro precario, instabilità abitativa, barriere amministrative, assenza di mediazione, percorsi di accoglienza frammentati), facilitando risposte medicalizzate e invisibilizzando il resto. In tal modo, l’othering non si limita a “descrivere” l’altro: contribuisce attivamente a produrre categorie razzializzanti e percorsi differenziali di cura e accesso, riproducendo asimmetrie di potere e traiettorie coloniali. [70, 103-104, 107, 183, 218, 219, 228, 230, 231-232].

Un ulteriore piano di analisi riguarda le politiche sanitarie e le razionalità che le attraversano. Lo studio evidenzia infatti la tendenza a privilegiare politiche fortemente formalizzate in ambiti come le malattie infettive o le vulnerabilità estreme, mentre risultano meno strutturate le risposte trasversali ai determinanti sociali della salute. Questa asimmetria può essere letta alla luce del biosecuritismo e dell’economia morale descritta da Fassin: l’attenzione istituzionale si concentra laddove il rischio è percepito come minaccia collettiva o la sofferenza appare moralmente riconoscibile e certificabile, mentre restano marginali le condizioni strutturali che producono cronicamente disuguaglianza [239]. In tale prospettiva, l’accesso tende a essere

facilitato quando il bisogno è leggibile secondo categorie cliniche o morali dominanti, generando una selettività implicita nell'allocazione delle risorse.

Accanto a questa razionalità emergono vere e proprie necropolitiche organizzative, intese come politiche della non cura o della cura minima (o essenziale) [76]. Esse si manifestano nella debole governance dell'equità, nella mancata strutturazione di servizi essenziali come la mediazione linguistico-culturale, nell'invisibilizzazione dei bisogni delle persone con codice STP, e nella riduzione della presa in carico a interventi essenziali o riparativi. In questo senso, l'omissione non è neutra: la non decisione, il rinvio, la mancata priorità diventano modalità di governo – una forma di *necro-governance* che agisce attraverso la sottrazione di risorse e riconoscimento.

Quanto emerso suggerisce inoltre di rileggere le criticità descritte dentro la cornice del razzismo strutturale. I dispositivi discussi – confini organizzativi e pratiche selettive, othering e razzializzazione con violenza epistemica, slow violence e necropolitiche per omissione, fino ai processi di invisibilizzazione – condividono infatti un tratto decisivo: non colpiscono in modo uniforme e trasversale tutte le persone, ma agiscono in modo sistematico e selettivo in funzione di caratteristiche ben precise che corrispondono alle persone con background migratorio (lingua e provenienza geografica, status giuridico e documentale, precarietà abitativa e lavorativa, distanza dai servizi) [70, 85-87, 89-95, 209-213, 255-256]. Allo stesso tempo, la mancata tematizzazione esplicita di questi meccanismi all'interno della cornice del razzismo strutturale contribuisce a renderli apparentemente problemi neutri, tecnici o inevitabili. In assenza di una lettura unitaria, essi vengono interpretati come inefficienze organizzative, limiti di risorse o problemi individuali, perdendo la loro dimensione sistemica. In questo modo si produce una forma di "razzismo senza razzisti" [85-87,96-100], in cui gli effetti sono strutturalmente differenziali pur in assenza di intenzionalità dichiarate, e le disuguaglianze continuano a riprodursi proprio perché non vengono riconosciute come tali [70, 85-87, 96-102, 255-256].

In conclusione, le evidenze discusse suggeriscono che i servizi sanitari non si collocano ai margini dell'arena governamentale biopolitica, ma ne costituiscono una componente attiva [63-70, 76-79]. In continuità con le biopolitiche di gestione

migratoria, essi non solo replicano meccanismi di selezione, classificazione e controllo già osservati nelle politiche di frontiera e di accoglienza, ma contribuiscono a riformularli nello spazio della cura. Attraverso la costruzione di confini organizzativi, la gestione differenziale dell'accesso, la sospensione e la precarizzazione dei percorsi, l'invisibilizzazione dei bisogni e i processi di othering, i servizi partecipano alla produzione di vite più o meno "curabili", più o meno meritevoli di continuità, più o meno degne di investimento [70, 72-75, 209-213, 251, 253-256]. Le persone migranti vengono così frequentemente collocate in una posizione di attesa, di provvisorietà e di eccezione permanente, mentre le loro esperienze sono filtrate attraverso categorie che le rendono talvolta inferiorizzate, sospette o potenzialmente pericolose [70, 183, 228, 230]. Questo passaggio è cruciale perché implica che la riproduzione dei dispositivi biopolitici nello spazio sanitario non è un effetto collaterale o passivo delle politiche migratorie, ma un elemento che alimenta l'intero meccanismo di governo delle migrazioni. La selettività nell'accesso, la gerarchizzazione implicita dei bisogni e la definizione morale delle vite contribuiscono a mantenere e legittimare gerarchie sociali e postcoloniali più ampie. In tal senso, lo spazio della cura non rappresenta solo un luogo in cui le disuguaglianze si riflettono, ma uno spazio in cui esse vengono attivamente prodotte, stabilizzate e rese accettabili [209-213, 239, 251-256]

D'altro canto, a fianco ai processi che riproducono disuguaglianze, emergono anche dinamiche e pratiche che si muovono in direzione opposta, ovvero orientate alla promozione dell'equità e al contrasto delle iniquità strutturali. Il primo elemento che emerge dai dati riguarda la postura e l'approccio degli operatori nel lavoro di cura. Infatti, in diversi contesti si osserva una tendenza a superare ostacoli e barriere e al tentativo di garantire assistenza e tutela, anche laddove il sistema per le sue logiche o limiti organizzativi tende a negarla. Questo tipo di atteggiamento e di postura possono essere interpretati come espressione di competenza strutturale, ovvero della consapevolezza che la persona assistita è immersa in dinamiche di disuguaglianza e oppressione che ne condizionano la salute e le opportunità di cura. In questa prospettiva la funzione di cura incorporata dall'operatore non è intesa solo come trattamento del corpo o della malattia, ma come presa in carico complessiva degli

ostacoli sociali e materiali che influenzano i percorsi di salute [33, 52-58, 60-61, 105-107].

In continuità con ciò, un secondo elemento riguarda le competenze e le tecnologie relazionali che gli operatori mettono in campo per svolgere questo lavoro complesso. Riprendendo le riflessioni di Mehry e Franco sul concetto di soggettività della cura e sul lavoro vivo, si può affermare che la produzione di equità nei contesti osservati nasce dalle pratiche soggettive degli operatori, come la costruzione di spazi di ascolto di fiducia e di relazione la capacità di riconoscere e valorizzare la vita, che sia di fronte in contrasto con le dinamiche strutturali e sistemiche e la creazione di reti di responsabilità e di accompagnamento orientate all'autonomia e alla continuità dei percorsi di cura [105,265].

In alcuni casi questa prospettiva viene trasposta anche a livello organizzativo, attraverso la progettazione di servizi e dispositivi che adottano un approccio ispirato alla competenza strutturale e alla Comprehensive Primary Healthcare [202-203]. Queste esperienze, che potremmo chiamare competenze strutturali organizzative, si caratterizzano per l'impegno nel ridurre le barriere d'accesso, nel costruire servizi rizomatici – cioè immersi in reti di supporto interne ed esterne agli stessi servizi –, nel costruire e agire spazi e funzioni di accoglienza orientati alla presa in carico, e alla promozione di strumenti e dispositivi multidisciplinari. Come abbiamo dimostrato in precedenza, questi modelli sono caratterizzati da diversi effetti positivi e da una manifestazione di maggiore efficacia nell'affrontare la complessità e nel produrre equità [33, 52-58, 60-61, 105, 265].

Salute come incorporazione di necropolitiche e razzismo strutturale

Alla luce di quanto descritto e riprendendo i concetti espressi nell'introduzione sulla determinazione sociale della salute, sull'incorporazione e sul razzismo strutturale, le disuguaglianze osservate possono essere rilette come forme di incorporazione materiale di processi strutturali postcoloniali. La salute non appare quindi solo come esito di condizioni individuali o di fattori ambientali, ma come risultato dell'interazione tra corpi e dispositivi di potere che, nel tempo, si sedimentano nella biografia e nella fisiologia delle persone [52-59, 31, 85-87, 89-95].

La sofferenza descritta lungo il percorso migratorio e nei contesti di accoglienza si colloca su una linea di violenza strutturale continua, che assume modalità differenti ma strettamente interconnesse. In primo luogo, le violenze dirette – alle frontiere, nei centri di detenzione, nei percorsi migratori o nei contesti di sfruttamento – possono manifestarsi in modo esplicito (torture, traumi fisici, disabilità permanenti) o in forme meno visibili ma altrettanto profonde, con ricadute rilevanti sulla salute mentale e sulla stabilità relazionale [80-81, 89-95]. Accanto a queste, operano forme di *slow violence* che attraversano tanto il sistema di accoglienza quanto quello sanitario: attese prolungate, incertezza amministrativa, precarietà abitativa e lavorativa, accessi intermittenti alle cure, discriminazione. Questi meccanismi producono un logoramento progressivo che si incorpora in disturbi ansioso-depressivi, sindromi da stress cronico, ma anche nell'evoluzione di patologie croniche, laddove discriminazione e stress minoritario possono agire come fattori patogenetici aggiuntivi insieme ad un'esposizione differenziale a condizioni non salutogeniche [64-69, 70, 73-75, 89-95]. In tale prospettiva, l'incorporazione non è lineare ma cumulativa: i dispositivi di esclusione e controllo agiscono attraverso meccanismi doppi di abbandono e di accesso differenziale, in cui alcune vite restano sospese, altre ricevono solo cure minime o tardive. Le disuguaglianze di salute appaiono così come il prodotto biologicamente incorporato di un sistema che governa la mobilità e la vulnerabilità attraverso gerarchie differenziali di valore delle vite [31, 53, 55, 57-59, 69, 76-79]

Nel campo della salute mentale questi aspetti sono stati in parte documentati e descritti come “patologie della cittadinanza”, “sindromi dell'accoglienza” o esiti psichici di traumi cumulativi legati ai percorsi migratori, all'incertezza amministrativa e alle condizioni di precarietà prolungata. L'etnopsichiatria e la letteratura sullo stress minoritario hanno evidenziato come l'instabilità giuridica, le discriminazioni e l'attesa producano quadri di sofferenza che non possono essere ricondotti a vulnerabilità individuali, ma che vanno compresi come esiti di violenze strutturali e di esclusione istituzionalizzata [90-95]. Tuttavia, almeno nel contesto italiano, permane una difficoltà a estendere questa lettura oltre l'ambito della salute mentale. Le malattie croniche continuano a essere prevalentemente interpretate in relazione a determinanti “classici” – reddito, istruzione, condizioni abitative, accesso alle cure – spesso trattati

come variabili isolate e misurabili, ma raramente connesse alla complessità dei processi strutturali che le producono e le modulano nel tempo [96-100]. In altri termini, pur riconoscendo l'associazione tra svantaggio socioeconomico e peggiori esiti di salute, si fatica a tematizzare il ruolo del razzismo strutturale, delle politiche di esclusione e delle necropolitiche lente come fattori patogenetici attivi, esito di gerarchie sociali e traiettorie storiche. [96-100].

Inoltre, è importante sottolineare che i processi di incorporazione descritti non si esauriscono nell'iscrizione biologica della violenza nei corpi, ma investono in modo trasversale altre sfere dell'esistenza, incidendo sulle possibilità concrete di vita e di autonomia. Da un lato, come emerge in particolare nell'ambito della salute mentale, la sofferenza prolungata – prodotta da trauma, precarietà, attesa e isolamento – riduce la capacità di sostenere un progetto di vita: compromette energie, motivazione, continuità, fiducia nel futuro e possibilità di aderire a percorsi educativi, lavorativi e di cura. In questo senso, l'incorporazione agisce anche come progressiva erosione delle risorse soggettive e relazionali necessarie per esercitare agency e costruire traiettorie di inclusione [106-107]. Dall'altro lato, l'esposizione ripetuta a discriminazioni, respingimenti, incomprensioni, rimbaldi tra servizi e barriere comunicative non produce solo stress, ma genera anche apprendimenti sociali e strategie di adattamento che finiscono per rimodellare i comportamenti di accesso: evitamento dei servizi, auto-limitazione della domanda, sfiducia verso le istituzioni, rinuncia preventiva e allontanamento. Tali condotte non possono essere lette come deficit individuali, mancanza di "aderenza" o problemi culturali, ma come esiti incorporati e razionali di esperienze discriminatorie in cui l'accesso e le cure sono state residuali, intermittenti, umilianti [56-57,90-92,91-95]. Per questo, l'incorporazione va intesa non solo in senso biologico, ma come un processo che attraversa vissuti, relazioni, modella aspettative, capacità di partecipazione e possibilità di abitare lo spazio sociale come soggetti di diritto. In altre parole, la violenza strutturale non produce soltanto malattia, ma riorganizza le condizioni di esistenza, selezionando chi riesce a mantenere continuità, autonomia e fiducia e chi, al contrario, viene progressivamente spinto verso marginalità e invisibilità [52-59].

5.5 - Metodologia: riflessioni e limiti

Lo studio presenta una serie di limiti e criticità. In primo luogo, la ricerca qualitativa ha coinvolto solo una parte dei servizi potenzialmente rilevanti, mentre altri non sono stati inclusi nel campione, di conseguenza i risultati riflettono una prospettiva parziale limitata ai contesti osservati e ai punti di vista degli operatori coinvolti durante le interviste. Sono inoltre emerse numerose suggestioni e riferimenti a percorsi documentati e pratiche che non è stato possibile approfondire anche a causa dell'ampiezza e della complessità del progetto.

Un ulteriore limite deriva dal fatto che il lavoro di impostazione metodologica, costruzione degli strumenti e analisi dei dati, è stato svolto principalmente da una sola persona, solo in alcune fasi con un supporto esterno, non potendo garantire in modo trasversale e continuativo l'approccio collettivo della ricerca-azione. Questo aspetto ha inevitabilmente comportato un sovraccarico di lavoro, limitando la possibilità di approfondimento e introducendo potenziali bias interpretativi nella lettura dei risultati [266].

Un'altra criticità riguarda la mancata inclusione diretta del punto di vista delle persone migranti e vulnerabilizzate inizialmente prevista nel disegno di ricerca. Tale difficoltà è dipesa sia da ostacoli logistici – come spazi non idonei e la conduzione delle interviste – sia da barriere linguistiche. Ciò espone il lavoro a una contraddizione epistemologica: quella di aver in parte riprodotto una postura coloniale del parlare per piuttosto che del parlare con [267]. Questa mancanza ha probabilmente contribuito anche a una limitata prospettiva intersezionale e di genere dovuta sia alle difficoltà di accesso ai contesti, sia alla prospettiva di chi ha condotto la ricerca.

Dal punto di vista metodologico, la costruzione degli strumenti del disegno operativo ha presentato ulteriori complessità, tra cui la difficoltà di reperire riferimenti consolidati per ricerche analoghe. Ciò ha reso più difficile definire in modo univoco la cornice metodologica e la coerenza tra obiettivi e strumenti, generando talvolta ritardi, dispersione e difficoltà di approfondimento su alcuni campi. Inoltre, la natura frammentata del percorso di ricerca sviluppata all'interno di un contesto di ricerca-azione, ha reso più complessa la costruzione di spazi stabili di confronto e di

co-progettazione con gli altri soggetti coinvolti, in particolare con l'equipe del gruppo migranti e vulnerabilità.

Nonostante questi limiti, il lavoro presenta alcuni punti di forza significativi. Il primo consiste nell'offerta di una lettura specifica e approfondita sul rapporto tra migrazione, vulnerabilità sociale e salute, superando gli approcci più classici e riduttivi, centrati sulla sola correlazione tra accesso, servizi e variabili individuali. Infatti, lo studio propone una chiave di lettura sistemica e processuale, capace di collocare le disuguaglianze di salute all'interno di meccanismi di determinazione sociale e politica. Un secondo punto di forza riguarda l'ibridazione teorico metodologica che integra approcci dell'epidemiologia critica [52-53], della sanità pubblica e delle scienze organizzative dei servizi, con strumenti e prospettive provenienti dalle scienze sociali – dall'antropologia medica alla sociologia della salute –, dalla criminologia e dalle scienze giuridiche. Tale integrazione ha permesso di costruire una piattaforma interdisciplinare e una prospettiva di analisi originale sul tema della determinazione sociale della salute.

A riguardo, risulta particolarmente interessante e di rilievo, i riferimenti ai contributi latino-americani e in particolare brasiliani, che hanno influenzato l'elaborazione teorica dello studio, offrendo il quadro della determinazione sociale della salute, del cuidado e della micropolitica, e in questo rappresentano un importante elemento di innovazione [52-53,105,265]. Il lavoro infatti contribuisce così a valorizzare un filone di produzione scientifica non sempre riconosciuto nel contesto europeo, ma estremamente rilevante per l'analisi critica delle disuguaglianze e per la ricerca applicata ai servizi di cure primarie. Dal punto di vista metodologico, un ulteriore valore aggiunto è rappresentato dall'intreccio di approcci etnografici con strumenti propri della sanità pubblica e delle epidemiologia quantitativa, creando un disegno di ricerca capace di esplorare sia le dimensioni soggettive relazionali della cura, sia le componenti strutturali e sistemiche della disuguaglianza. L'approccio etnografico multisituato ha consentito di oltrepassare la distanza tra campo di ricerca e oggetto studiato, restituendo una comprensione profonda dei contesti di cura, delle relazioni medico-paziente e della rappresentazione simbolica e materiale che influenzano l'accessibilità e la qualità dell'assistenza.

La complementarità delle prospettive qualitative e quantitative ha quindi permesso di cogliere meglio la complessità dei fenomeni analizzati, rendendo possibile una lettura processuale sistemica della salute piuttosto che meramente causale. In sintesi pur con i suoi limiti di estensione, rappresentatività e risorse, il lavoro costituisce un contributo originale e transdisciplinare alla comprensione delle disuguaglianze di salute nel contesto migratorio, offrendo spunti teorici metodologici e operativi di rilevanza sia per la ricerca, sia per le politiche sanitarie orientate all'equità.

5.6 - Considerazioni finali: Per una pratica decoloniale e antirazzista

Infine, alla luce delle discussioni sviluppate in questo paragrafo conclusivo, questa sezione intende fornire alcune possibili linee di orientamento coerenti con la rilettura proposta. Se le disuguaglianze osservate non sono attribuibili a singole criticità isolate, ma si configurano come esito di dispositivi strutturali e razzismi istituzionali incorporati nelle politiche e nelle routine organizzative, allora anche le strategie di contrasto devono essere pensate su più livelli e in modo integrato.

Decolonizzare il dibattito scientifico su migrazione, salute e sanità pubblica

Un primo elemento riguarda la necessità di adottare uno sguardo e una postura decoloniale nella ricerca e nella sanità pubblica. Se, come discusso, processi strutturali quali colonialismo e razzismo strutturale agiscono a monte dei determinanti di salute e dell'organizzazione dei servizi, diventa imprescindibile riconoscerli come parte costitutiva del contesto e non come sfondo neutro o meramente storico [52,56]. Per postura decoloniale si intende qui un orientamento epistemologico e politico che interroga criticamente le categorie attraverso cui leggiamo la migrazione, la vulnerabilità e la salute, mettendo in discussione universalismi apparenti, gerarchie implicite di valore delle vite e modelli organizzativi che assumono come neutre configurazioni in realtà situate e storicamente determinate [59, 268-269]. Adottare una tale prospettiva significa, in ambito scientifico, spostare l'attenzione dai soli comportamenti individuali ai processi strutturali che li producono; significa interrogare

i propri bias e preconcetti scientifici; significa includere i saperi situati e le esperienze delle persone migranti come fonti legittime di conoscenza e come strategia di redistribuzione del potere. In questo senso, lo sguardo decoloniale non rappresenta un'aggiunta teorica, ma una premessa metodologica imprescindibile per evitare la riproduzione inconsapevole di gerarchie e per orientare ricerca e governance verso il riconoscimento esplicito delle strutture di potere che modellano salute e accesso alle cure [268].

Promuovere ricerca e studio sull'impatto e sul ruolo di processi strutturali

Un secondo punto riguarda la necessità di favorire ricerche partecipative, interdisciplinari e multimetodologiche orientate a descrivere processi strutturali, e non solo alla descrizione dei determinanti o alla misurazione degli esiti. Infatti, se si assume che le disuguaglianze siano prodotte da dispositivi e logiche biopolitiche (razzismo strutturale, colonialità, confini interni, omissioni), allora diventa cruciale promuovere studi che indaghino come tali processi funzionano, integrando più metodologie, come l'analisi epidemiologica, organizzativa e qualitativo-etnografica [52,57, 60]. In questa prospettiva, la ricerca non dovrebbe collocarsi al di fuori dei contesti, ma a fianco delle persone e dei servizi: non solo raccogliere dati, ma costruire spazi di riflessività condivisa, capaci di rendere tematizzabili le dimensioni strutturali—razzismo e colonialismo in primis—che spesso restano implicite o neutralizzate nel linguaggio tecnico-organizzativo. Ciò implica ibridare la produzione di conoscenza con dispositivi operativi di cambiamento: rafforzare e potenziare strumenti di equity audit e di accountability interna (indicatori, monitoraggi, revisione critica di criteri e protocolli, audit narrativi/qualitativi), rendendoli capaci di interrogare non solo “chi resta fuori”, ma anche perché e attraverso quali pratiche l'esclusione viene prodotta e normalizzata [134, 270-271].

Un corollario è riconoscere che anche la ricerca può essere “catturata” da logiche biopolitiche e coloniali se pone le domande sbagliate (ad esempio focalizzandosi su deficit individuali, “scarsa adesione”, o categorie amministrative assunte come neutre). Per questo la scelta del metodo non è neutra: orienta ciò che diventa visibile e conoscibile. La ricerca qualitativa ed etnografica nell'analisi organizzativa, in particolare, permette prossimità, coglie micro-processi e razionalità implicite, e offre al

ricercatore la possibilità di mettere in discussione il proprio posizionamento epistemologico; mentre l'integrazione con il quantitativo consente di ancorare tali letture a pattern sistematici e a esiti misurabili, utili anche sul piano programmatico [52,57, 272-273].

Infine, perché questi percorsi siano praticabili e non episodici, serve un sostegno istituzionale adeguato: tempi, risorse, accesso ai dati, e legittimazione politica e organizzativa. In assenza di tali condizioni, la ricerca rischia di rimanere un esercizio descrittivo; al contrario, se sostenuta, può diventare un dispositivo di trasformazione, capace di far lavorare servizi e governance sulla dimensione strutturale delle disuguaglianze, rendendo l'equità un oggetto esplicito di responsabilità pubblica.

Riconoscere il diritto alla salute e garantire universalismo delle cure

Le esperienze osservate mostrano che pratiche di gratuità, semplicità amministrativa, continuità e prossimità producono effetti concreti di equità. È pertanto necessario metterle a sistema, superando la frammentarietà e riducendo barriere documentali, burocratiche e organizzative [13-16]. Ciò implica rafforzare politiche e pratiche universalistiche, eliminando le soglie discrezionali nell'accesso (incluse le differenziazioni rigide tra codice STP e altre forme di iscrizione), e garantendo un'accessibilità effettiva anche in termini di orari, spazi, accoglienza relazionale e mediazione linguistico-culturale [13-16]. L'universalismo, in questa prospettiva, non è solo principio normativo ma scelta organizzativa concreta, capace di prevenire aggravamenti clinici e costi sanitari futuri. A questo proposito, lo studio evidenzia come la narrativa che associa l'estensione dell'accesso a un aumento dei costi si scontri con un paradosso: è il non accesso, o l'accesso tardivo e intermittente, che sembra generare costi maggiori tramite peggioramenti e accessi impropri [143]. A ciò si sommano costi indiretti, in termini di perdita di autonomia e qualità della vita. In questa prospettiva, l'universalismo rappresenta non solo una scelta etica, ma anche una strategia di sostenibilità sanitaria e sociale. Occorre ribadire però che l'argomentazione sulla sostenibilità dell'universalismo non dovrebbe diventare la cornice dominante, né tantomeno un criterio di legittimazione dell'accesso. Garantire cure e diritti non è anzitutto una "strategia efficiente", ma un imperativo etico e di giustizia sociale, legato al riconoscimento della dignità umana e del carattere non

negoziabile del diritto alla salute. Inoltre, il richiamo alla “sostenibilità economica” va trattato con cautela, perché come osservato, non è una variabile neutra, ma dipende anche da scelte politiche e finanziarie, e influenzato da economie morali che attribuiscono valori differenziali alle vite—stabilendo, spesso implicitamente, chi merita tutela e chi è “sostenibile” [239]. Per questa ragione, non è possibile discutere di accesso e salute delle persone migranti senza riaffermare il valore universale dei diritti fondamentali e della salute come bene indisponibile, sottraendolo a logiche selettive di meritevolezza, utilità o “compatibilità” economica. [151,202-203].

Rilanciare le cure primarie e rafforzare le competenze strutturali dei servizi

Il passaggio successivo al riconoscimento della salute come diritto universale implica anche interrogarsi su che cosa intendiamo per cura. Lo studio ha mostrato come la cura non sia soltanto ostacolata nell’accesso, ma talvolta ridotta nella qualità: risposte parziali, inappropriate o non coerenti con la complessità dei bisogni, o influenzate da da culturalismi, pregiudizi impliciti, e da ragioni biosecuritarie o umanitarie [239].

In questa prospettiva, appare necessario rilanciare un’idea di *Comprehensive Primary Health Care*, come richiamato dall’OMS, fondata su prossimità, continuità, integrazione e orientamento [39, 201-202]. Lo studio evidenzia inoltre come, nei contesti in cui gli operatori adottano approcci riconducibili alla *clínica ampliada*, tali posture riprendano la cornice della competenza strutturale e la traducano su un piano pienamente operativo [60-61, 235-237]. In queste pratiche la presa in carico tende infatti a riguardare la persona nel suo complesso, assumendo come parte integrante della cura non solo gli interventi clinico-assistenziali in senso stretto, ma anche le dimensioni relazionali, comunicative e di accompagnamento, la costruzione di fiducia e continuità, l’orientamento e la mediazione nei percorsi, l’attivazione di reti e risorse sociali, e il riconoscimento esplicito degli ostacoli materiali e istituzionali che condizionano salute e accesso [235-237]. In questo senso, la *clínica ampliada* opera come dispositivo pratico di equità: non si limita a “curare” il sintomo, ma tenta di ridurre l’effetto delle barriere strutturali sulla possibilità stessa di essere curati, rendendo la cura un lavoro anche di traduzione, negoziazione e tutela [235-237]. Garantire cure primarie adeguate richiede infatti che il sistema, i servizi e gli operatori siano in grado di riconoscere e interpretare i bisogni nella loro dimensione strutturale,

e non solo clinica. Ciò implica andare oltre la sola health literacy organizzativa – intesa come conoscenza delle barriere – per promuovere una vera competenza strutturale, capace di mettere in discussione posture, categorie interpretative e dispositivi organizzativi che contribuiscono a riprodurre disuguaglianze e processi strutturali [60-61]. Occorre investire in formazione continua sulle competenze strutturali, intese come capacità di riconoscere e affrontare i determinanti sociali e le disuguaglianze che attraversano i percorsi di cura. Questo significa evitare la creazione di “canali paralleli” o servizi ghettizzati e promuovere invece un rafforzamento trasversale dei servizi ordinari. I servizi oggi dedicati alla vulnerabilità migratoria potrebbero evolvere verso una funzione consulenziale e di supporto sistemico, contribuendo a diffondere competenze, strumenti e visioni orientate all’equità. [60-61].

Superare il conflitto socio sanitario

Un’altra raccomandazione riguarda la necessità di superare la logica integrativa tra sociale e sanitario, che presuppone di fatto una separazione originaria. Occorre invece ripensare i servizi come intrinsecamente sociosanitari, già nella loro struttura e nel loro mandato operativo. A livello territoriale, questo può tradursi nella creazione di micro-équipe multidisciplinari che operano in modo sinergico, con autonomia decisionale, budget dedicato e responsabilità di popolazione, costruendo percorsi di cura condivisi e prossimi ai contesti di vita [236].

Queste micro-équipe rappresentano un equilibrio tra accessibilità e specializzazione, ma la loro efficacia richiede una cornice meso-organizzativa e di governance coerente. In questo senso, il campo di ricerca ha messo in luce un forte scollamento tra i sistemi organizzativi dei servizi sociali e quelli sanitari, in particolare nelle aree della bassa soglia, della migrazione e della GEA. Le diverse afferenze dipartimentali e territoriali, infatti, generano frammentazione, disallineamento strategico e difficoltà nella costruzione di un governo unitario del sistema. Il GMV potrebbe rappresentare un presidio strategico per la costruzione di una visione unitaria, a condizione di rafforzarne la coerenza interna e il coordinamento con gli altri ambiti di lavoro. Sarebbe pertanto opportuno sviluppare un dispositivo organizzativo e strategico in grado di tenere insieme questi ambiti in un’unica cornice di governance, orientata

all'equità e capace di affrontare anche le barriere più strutturali e ricorrenti, tra cui la mediazione linguistico-culturale, la criticità informativa e le disuguaglianze formative. A questo si aggiunge la necessità di superare l'esternalizzazione di servizi essenziali come la mediazione linguistico-culturale, garantendone l'autonomia e valorizzando il profilo professionale [202-203] .

Promuovere una governance locale esplicitamente antirazzista e decoloniale.

Il riorientamento dei servizi richiede un impegno politico-istituzionale esplicito e una revisione dei modelli di governance affinché siano realmente partecipativi. Ciò implica andare oltre logiche consultive episodiche o meramente formali, e costruire spazi stabili di co-produzione in cui servizi e comunità possano negoziare insieme domande e risposte ritenute prioritarie [275]. Una governance partecipativa, in questa prospettiva, significa mettere in discussione modelli di intervento, posture relazionali e dispositivi organizzativi, rendendo esplicite e discutibili le cornici di razzismo e disuguaglianza strutturale che tanto gli operatori quanto le persone assistite incorporano nelle pratiche quotidiane [276-277]. In tale quadro, le politiche locali per la salute e l'inclusione dovrebbero riconoscere il ruolo del razzismo istituzionale e delle eredità coloniali nei processi di produzione delle disuguaglianze, dotandosi di strumenti strutturati di monitoraggio, formazione e accountability. Ciò significa integrare indicatori di equità nei sistemi informativi, sviluppare audit periodici sulle disuguaglianze, prevedere percorsi di formazione obbligatoria su discriminazioni dirette e indirette, e rendere l'equità principio guida trasversale alle politiche sanitarie, sociali e abitative. In questa prospettiva, la *Comprehensive Primary Health Care* diventa non solo un modello organizzativo, ma una strategia di trasformazione: un dispositivo capace di spostare l'asse dei servizi dalla gestione differenziale delle vulnerabilità alla produzione attiva di giustizia sanitaria [278-279].

Ripensare le politiche migratorie e di accoglienza

Infine – ma non perché il tema sia meno rilevante – è necessario rimettere al centro del dibattito pubblico e scientifico la gestione delle migrazioni. Le evidenze raccolte mostrano con chiarezza come le attuali modalità di governo dei flussi migratori e dei sistemi di accoglienza costituiscano esse stesse generatori strutturali di sofferenza, precarietà e disuguaglianza. I dispositivi di esternalizzazione dei confini, la crescente

pericolosità delle rotte, l'uso esteso di pratiche detentive e di militarizzazione dei controlli, anche all'interno dei territori nazionali, contribuiscono a produrre vulnerabilità prima ancora che le persone entrino in contatto con i servizi sociosanitari. In questo quadro, i sistemi di accoglienza tendono spesso a riprodurre marginalità e dipendenza, contraddicendo il loro mandato formale di inclusione. Senza un ripensamento profondo di tali meccanismi, difficilmente sarà possibile contrastare in modo duraturo le disuguaglianze di salute: i servizi sanitari e sociali rischiano di operare costantemente in una posizione di compensazione o riparazione, chiamati a tutelare un diritto che sul piano politico e simbolico non è pienamente riconosciuto e legittimato. In assenza di un mutamento delle politiche migratorie, la produzione di equità rischia di diventare un compito strutturalmente contraddittorio e, in parte, impossibile.

Ciò richiede un impegno multilivello. Da un lato, è necessario superare narrative securitarie e moralizzanti che alimentano i meccanismi di esclusione descritti, promuovendo letture postcoloniali e decoloniali delle migrazioni capaci di diventare patrimonio comune del dibattito pubblico. Dall'altro, sul piano operativo, occorre ampliare le vie di accesso legale e sicuro, garantire la mobilità come diritto fondamentale, ridurre il ricorso alla detenzione amministrativa, garantire tempi certi e non sospensivi nei percorsi di regolarizzazione, e costruire sistemi di accoglienza orientati all'autonomia reale, in connessione strutturale con politiche del lavoro, dell'abitare e dell'istruzione. Solo collocando la salute dentro una cornice più ampia di giustizia migratoria e sociale sarà possibile interrompere il ciclo di produzione e riproduzione delle disuguaglianze evidenziato nello studio [64-70, 271].

Capitolo 6

Conclusioni

Lo studio descritto, partendo da una prospettiva di determinazione sociale e integrando diverse metodologie di ricerca, ha cercato di restituire una lettura multilivello e processuale dei meccanismi di disuguaglianza. Ne emerge un quadro complesso, in cui processi strutturali, risposte istituzionali e soggettività agiscono in modo interdipendente, come parte di un unico metabolismo sociale, nella produzione e riproduzione di disuguaglianze ed equità [52].

L'analisi dei bisogni di salute mostra infatti un quadro articolato, che si intreccia con difficoltà di accesso alle cure, soprattutto per le persone escluse dai circuiti formali di accoglienza o con tessera STP. Le evidenze quantitative sulle ospedalizzazioni evitabili confermano e rafforzano le analisi qualitative, mostrando un rischio significativamente maggiore di ricoveri – evitabili – per stranieri residenti, e soprattutto per persone con tessera STP, a indicare la presenza di un gradiente di marginalità nell'accesso ai servizi e alle cure primarie.

Lo studio evidenzia come tali bisogni siano il risultato di fattori molteplici e tra loro indipendenti, che agiscono lungo l'intero percorso migratorio, ma anche nei contesti di accoglienza e cura. Da un lato, si conferma il peso delle condizioni sanitarie e di accesso alle cure nei Paesi di origine; dall'altro, l'esposizione a violenze, detenzione, sfruttamento e privazioni fisiche e psicologiche durante percorsi migratori violenti e non sicuri. I percorsi di accoglienza e protezione internazionale, così come riferiti, rappresentano un punto critico ulteriore: la rigidità dei percorsi di riconoscimento della protezione, le drastiche riduzioni delle risorse disponibili e la temporaneità dei progetti generano precarietà e discontinuità, trasformando l'accoglienza da spazio di protezione a fattore di vulnerabilizzazione ulteriore. Allo stesso modo, le risposte dei servizi sanitari risultano condizionate da barriere amministrative (residenza, iscrizione al SSN, status giuridico) – spesso agite in modo discrezionale – da pregiudizi e atteggiamenti respingenti, nonché da pratiche organizzative frammentate, discontinue e conflittuali, che ostacolano il raccordo tra dipartimenti e servizi.

Ne risulta un'interazione circolare e persistente tra esclusione sociale e sanitaria, in cui i processi di marginalizzazione limitano e condizionano le scelte delle persone, alimentando l'esposizione a condizioni di rischio, mentre la mancanza di risposte adeguate contribuisce a sua volta alla marginalizzazione.

In questo senso, l'analisi converge nel mostrare che disuguaglianze e marginalizzazione sociale e sanitaria sono in larga misura un prodotto sociale, istituzionale e politico, e non una caratteristica – intrinseca, biologica o individuale – della persona.

A monte di tali processi emergono infatti dinamiche strutturali di esclusione, esito di razzismo e colonialismo sistemico, rintracciabili tanto a livello macro – nelle politiche migratorie, nei dispositivi di frontiera e nei sistemi di asilo – quanto a livello micro, nell'organizzazione dei servizi, nelle pratiche professionali e nel sistema di governance locale. Le esperienze raccolte mostrano come la gestione della mobilità, dell'accoglienza e della cura si fondi su dispositivi biopolitici e necropolitici, che utilizzano tecniche di bordering e di slow violence per regolamentare la vita e la cura, l'accesso ai diritti e allo spazio pubblico. Violenza diretta, lenta o strutturale, precarietà, logoramenti lenti e normalizzati, negazione di cura e protezione: questi sono gli strumenti pratici che emergono [64,76,80].

Le istituzioni sanitarie e sociali diventano così nodi di riproduzione sociale e di razzismo strutturale, dove le disuguaglianze sono prodotte attraverso processi escludenti diretti – basati su procedure, pratiche degli operatori, categorie diagnostiche, pregiudizi, barriere amministrative – oppure tramite processi silenti di non cura e non attenzione [53-59].

Parallelamente, lo studio ha permesso di identificare pratiche e dispositivi di equità che agiscono in controtendenza a questi meccanismi. Queste esperienze, tuttavia, restano frammentate e dipendenti dalle singole soggettività che le mettono in atto, sulla base della propria cultura professionale, etico-politica e deontologica, più che da una cornice strutturale e politica condivisa.

Queste esperienze agiscono come micro-nodi produttori di equità, favorendo accesso, garantendo legittimità e restituendo dignità nel lavoro di cura. Soprattutto, tentano di costruire un lavoro di rete trasformativo che, tuttavia, in assenza di un

sistema di governance capace di sostenerlo, finisce per essere limitato e avvilito nelle sue potenzialità [105, 265].

A questo proposito, lo studio propone alcune linee di indirizzo che potrebbero orientare il sistema locale in ottica nel contrasto a tali meccanismi. In primo luogo, sembra necessario investire per rafforzare la governance locale, potenziando la relazione interistituzionale e, soprattutto, adottando una postura consapevolmente decoloniale e antirazzista. Ciò significa elaborare una competenza strutturale di tipo organizzativo che consenta alle istituzioni di acquisire consapevolezza del proprio ruolo in questi processi, e di dotarsi di strumenti valutativi e programmatori per contrastarli [268-269].

D'altro canto, assumere questa posizione senza aprire uno spazio di negoziazione rischia di riprodurre le stesse dinamiche coloniali. In questa prospettiva, appare necessario promuovere un processo di territorializzazione e partecipazione, inteso non semplicemente come capillare diffusione dell'offerta, ma come scelta di democratizzare concretamente gli spazi istituzionali, ridistribuendo il potere decisionale all'interno degli spazi sociosanitari.

Un ulteriore nodo, strettamente legato a questi aspetti, è la necessità di superare ogni barriera amministrativa e giuridica che ancora nega o limita l'accesso universale alle cure. Lo studio mostra come la residenza anagrafica e lo status giuridico continuino a operare come criteri di disuguaglianza: strumenti anacronistici che regolano l'accesso e la legittimità a esigere diritti in funzione della provenienza geografica e del background migratorio, indipendentemente dalla reale e continuativa presenza sul territorio. Su questo piano incide forse ancora una narrativa sedimentata nel tempo tra dirigenti, amministrativi e operatori, secondo cui rendere l'accesso realmente universale e libero comporterebbe un aumento insostenibile dei costi – sebbene l'analisi quantitativa abbia dimostrato come l'impatto sul sistema sanitario, ad esempio in termini di ricoveri, sia praticamente trascurabile (0,3% del totale).

È inoltre indispensabile assicurare coerenza interistituzionale tra le politiche di accoglienza, sanità e welfare locale, superando la dicotomia tra diritto formale e accesso effettivo. L'esperienza bolognese mostra come la frammentazione tra livelli e settori – sanitario, sociale, educativo, abitativo – generi vuoti di responsabilità che si

traducono in esclusione. Occorre, invece, una visione unitaria dell'equità come principio trasversale alle politiche pubbliche, sostenuta da strumenti condivisi di pianificazione, monitoraggio e valutazione. Solo una coerenza effettiva tra istituzioni e livelli di governo può rendere sostenibili nel tempo le pratiche di equità osservate e trasformarle in politiche strutturali, capaci di garantire diritti, dignità e salute per tutte le persone presenti sul territorio.

In conclusione, lo studio conferma l'importanza di un approccio alla determinazione sociale della salute e di una metodologia ibrida, capace di integrare analisi qualitativa e quantitativa, approccio epidemiologico e lettura strutturale. L'integrazione tra dati oggettivi e vissuti soggettivi ha permesso di cogliere le disuguaglianze non solo come esiti, ma come processi sociali e politici, offrendo uno strumento di analisi utile alla programmazione locale e alla riforma dei servizi.

In questa prospettiva, la ricerca stessa si configura come dispositivo di equità: non solo per ciò che osserva, ma per come si posiziona – nel riconoscere il proprio ruolo all'interno dei sistemi di potere e nel tentare di trasformarli.

Bibliografia

1. European Migration Network – National Contact Point Italia. (n.d.). Migrazione. In Glossario. Disponibile a: <https://www.emnitalyncp.it/definizione/migrazione/> [Ultimo accesso 13/02/2026].
2. McAuliffe, M., & Oucho, L. A. (Eds.). (2024). World Migration Report 2024. International Organization for Migration. <https://doi.org/10.18356/9789292685980>
3. Wickramage, K., Vearey, J., & Zwi, A. B., et al. (2018). Migration and health: A global public health research priority. BMC Public Health, 18, 987. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5>
4. Gushulak, B., Weekers, J., & Macpherson, D. (2009). Migrants and emerging public health issues in a globalized world: Threats, risks and challenges, an evidence-based framework. Emerging Health Threats Journal, 2, e10. <https://doi.org/10.3134/ehjt.09.010>
5. Baggaley, R. F., et al. (2022). Prevention and treatment of infectious diseases in migrants in Europe in the era of universal health coverage. The Lancet Public Health, 7(10), e876–e884. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00174-8)
6. Hossin, M. Z. (2020). International migration and health: It is time to go beyond conventional theoretical frameworks. BMJ Global Health, 5, e001938. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001938>
7. International Organization for Migration. (1990). Migration medicine: First International Conference on the Health Needs of Refugees, Migrant Workers, Other Uprooted People and Long Term Travellers. Seminar report. IOM. Disponibile a: https://publications.iom.int/system/files/pdf/consultation_report_health_migrant_s.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
8. Gushulak, B. D., & MacPherson, D. W. (2006). The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. Emerging Themes in Epidemiology, 3, 3. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-3>

9. Di Napoli, A., Rossi, A., & Alicandro, G., et al. (2021). Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Scientific Reports*, 11, 8033. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87522-2>
10. Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: A systematic critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6), 1564–1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
11. Helgesson, M., Johansson, B., & Nordquist, T., et al. (2019). Healthy migrant effect in the Swedish context: A register-based, longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9, e026972. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026972>
12. Davis, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (2009). Migration: A social determinant of the health of migrants. International Organization for Migration. Disponibile a: https://migrationhealthresearch.iom.int/sites/g/files/tmzbd1256/files/publication/s/Migration%20a%20Determinant%20of%20Health_Background%20Paper.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
13. Abubakar, I., Aldridge, R. W., & Devakumar, D., et al. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
14. World Health Organization. (2025). World report on social determinants of health equity. WHO. Disponibile a: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b88a62f3-2f12-4001-840d-db0ef78dce71/content> [Ultimo accesso 13/02/2026].
15. World Health Organization, & Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà. (2018). Health of refugees and migrants in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. Disponibile a: <https://www.inmp.it/eng/Publications/Books/Report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-WHO-European-Region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018> [Ultimo accesso 13/02/2026].
16. World Health Organization. (2022). World report on the health of refugees and migrants. WHO. Disponibile a:

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462> [Ultimo accesso 13/02/2026].
17. Laverack, G. (2018). 'Leaving no one behind': The challenge of reaching migrant populations. *Challenges*, 9(2), 37. <https://doi.org/10.3390/challe9020037>
 18. Allegri, C., Belgiojoso, E. B. D., & Rimoldi, S. M. L. (2025). Immigrants' self-perceived barriers to healthcare: A systematic review of quantitative evidence in European countries. *Health Policy*, 154, 105268. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105268>
 19. Lebano, A., Hamed, S., & Bradby, H., et al. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*, 20, 1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>
 20. Brandenberger, J., Tylleskär, T., & Sontag, K., et al. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries – The 3C model. *BMC Public Health*, 19, 755. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>
 21. Istituto Nazionale di Statistica. (2024, 17 ottobre). La povertà in Italia – Anno 2023. ISTAT. Disponibile a: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/REPORT_POVERTA_2023.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
 22. OECD/European Commission. (2023). Indicators of immigrant integration 2023: Settling in. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1d5020a6-en>
 23. Costa, G. (2017). Il profilo di salute degli stranieri immigrati nelle indagini Istat sulla salute e sull'integrazione: Implicazioni per le politiche. *Epidemiologia e Prevenzione*, 41(3-4), 65–66. <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P065.067>
 24. Malloy-Weir, L. J., Charles, C., & Gafni, A., et al. (2016). A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *Journal of Public Health Policy*, 37(3), 334–352. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.18>
 25. Maia, A. C., Marques, M. J., & Goes, A. R., et al. (2024). Health literacy strengths and needs among migrant communities from Portuguese-speaking African

- countries in Portugal: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1415588. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1415588>
26. Medina, P., Maia, A. C., & Costa, A. (2022). Health literacy and migrant communities in primary health care. *Frontiers in Public Health*, 9, 798222. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.798222>
 27. Marcozzi, B., Unim, B., & Lorini, C., et al. (2025). Health literacy and healthcare services use among migrants and non-migrants: National Italian data. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl. 4), ckaf161.1469. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1469>
 28. Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
 29. Abel, T., & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: Reflection and action for health. *Health Promotion International*, 37(4), daac114. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
 30. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
 31. Cano Isaza, T. A. (2020). Migrants' health: A reflection from social justice. *Migraciones Internacionales*, 11, e1747. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1747>
 32. World Health Organization Regional Office for Europe. (2023). Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region 2023–2030. WHO. Disponibile a: <https://www.who.int/europe/publications> [Ultimo accesso 13/02/2026].
 33. Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E., et al. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
 34. Baglio, G., Eugeni, E., & Geraci, S. (2019). Salute globale e prossimità: Un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei

- gruppi hard-to-reach. Recenti Progressi in Medicina, 110(4), 159–164.
<https://doi.org/10.1701/3154.31341>
35. INMP, ISS, & SIMM. (2017). I controlli alla frontiera: Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Ministero della Salute. Disponibile a:
<https://www.inmp.it/ita/Rete-Nazionale/Linee-Guida-Salute-Migranti/Linee-guida-sui-controlli-alla-frontiera/Linea-Guida-Controlli-sanitari-all-arrivo-e-percorsi-di-tutela-sanitaria-per-i-migranti-ospiti-presso-i-centri-di-accoglienza-Presentazione-e-download> [Ultimo accesso 13/02/2026].
36. Ministero della Salute. (2017). Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (Roma, 22 marzo 2017). Disponibile a:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
37. Conferenza Unificata (Stato–Regioni–Autonomie locali). (2020, 9 luglio). Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati (Rep. atti n. 73/CU). Disponibile a:
<https://www.statoregioni.it/media/2751/p3-cu-atto-rep-n-73-9lug2020.pdf>
 [Ultimo accesso 13/02/2026].
38. Ministero della Salute. (2022). Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 144 del 22 giugno 2022. Disponibile a:
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG> [Ultimo accesso 13/02/2026].
39. World Health Organization. (2008). The world health report 2008: Primary health care – Now more than ever. WHO. Disponibile a:
https://www.paho.org/sites/default/files/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].

40. World Health Organization. (2018). Primary health care: Transforming vision into action – Operational framework. WHO. Disponibile a:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026].
41. Ingleby, D. (2019). Moving upstream: Changing policy scripts on migrant and ethnic minority health. *Health Policy*, 123(9), 809–817.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.07.015>
42. Marceca, M., Geraci, S., & Baglio, G. (2012). Immigrants' health protection: Political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *Italian Journal of Public Health*, 9(3). <https://doi.org/10.2427/7498>
43. Cittadinanzattiva. (2019). Consultazione sulla partecipazione civica in sanità – Appendice: Scenario normativo. Disponibile a:
https://www.cittadinanzattiva.it/multimedia/import/files/notizie/salute/Appendice-consultazione-compressed_copy_copy.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
44. Mammana, L., Milani, C., & Bordin, P., et al. (2020). Health system response during the European refugee crisis: Policy and practice analysis in four Italian regions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5458. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155458>
45. Mammana, L., Gherardi, G., & Quargnolo, M., et al. (2020). Healthcare models and challenges for refugees and asylum seekers: The response of Emilia-Romagna (Northern Italy) to the recent migration trends. *Epidemiologia e Prevenzione*, 44(5-6 Suppl 1), 107–114.
<https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S1.P107.080>
46. Papadakaki, M., Lionis, C., & Saridaki, A., et al. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1), 128–134.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1307336>
47. Bodini, C. (2017). L'accesso alle cure nella “fortezza Europa”. *Sistema Salute*, 61(3), 45–58. <https://doi.org/10.48291/SISA.61.3.5>
48. Labonté, R., et al. (2025). People on the move. In R. Labonté & C. Bodini (Eds.), *Mobilizing for health justice: Global Health Watch 7*. Daraja Press.

49. Hintermeier, M., Gottlieb, N., & Rohleder, S., et al. (2024). COVID-19 among migrants, refugees, and internally displaced persons: Systematic review, meta-analysis and qualitative synthesis of the global empirical literature. *eClinicalMedicine*, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102698>
50. Caranci, N., Adorno, V., & Bartolini, L., et al. (2024). Impatto dell'epidemia da SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata per grado di urbanizzazione in Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia. *Epidemiologia e Prevenzione*, 48(4-5), 49–59. <https://doi.org/10.19191/EP24.4-5.S1.113>
51. Domnich, A., Panatto, D., & Gasparini, R., et al. (2012). The “healthy immigrant” effect: Does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health*, 9(3). <https://doi.org/10.2427/7532>
52. Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
53. Breilh, J. (2013). Determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
54. Krieger, N. (2014). Got theory? On the 21st c. rise of explicit use of epidemiologic theories of disease distribution: A review and ecosocial analysis. *Current Epidemiology Reports*, 1, 45–56. <https://doi.org/10.1007/s40471-013-0001-1>
55. Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677. DOI: [10.1093/ije/30.4.668](https://doi.org/10.1093/ije/30.4.668)
56. Krieger, N. (2021). Structural racism, health inequities, and the two-edged sword of data: Structural problems require structural solutions. *Frontiers in Public Health*, 9, 655447. DOI: [10.3389/fpubh.2021.655447](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.655447)
57. Krieger, N. (2022). Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being (reprint). *American Journal of Preventive Medicine*, 9(6 Suppl), 82–122. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(22\)00180-5](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(22)00180-5)

58. Breilh, J. (2023). The social determination of health and the transformation of rights and ethics. *Global Public Health*, 18(10), 1–16. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>
59. Sevalho, G. (2024). Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(12), e00035724. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>
60. Martínez-Hernández, Á., & Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What's feasible, what's tricky, and the benefits of a 'structural turn'. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903>
61. Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theoretical foundations and practical applications. *Social Science & Medicine*, 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
62. Canova, C., Dansero, L., & Destefanis, C., et al. (2024). Assessing the health status of migrants upon arrival in Europe: A systematic review of the adverse impact of migration journeys. *Global Health*, 20, 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01075-3>
63. Mezzadra, S., & Neilson, B. (2014). *Confini e frontiere: La moltiplicazione del lavoro nel mondo globale*. Il Mulino.
64. De Genova, N. (Ed.). (2017). *The borders of "Europe": Autonomy of migration, tactics of bordering*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11smr05>
65. Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*, vol. I: *La volonté de savoir*. Gallimard.
66. Campesi, G. (2024). Regulating mobility through detention: Understanding the new geography of control and containment at the Southern European border. *Theoretical Criminology*, 28(4). <https://doi.org/10.1177/13624806241249665>
67. Wiertz, T. (2021). Biopolitics of migration: An assemblage approach. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 39(7), 1375–1388. <https://doi.org/10.1177/2399654420941854>
68. Davitti, D. (2019). Biopolitical borders and the state of exception in the European migration 'crisis'. *European Journal of International Law*, 29(4), 1173–1196. <https://doi.org/10.1093/ejil/chy065>

69. Ypi, L. (2018). Borders of class: Migration and citizenship in the capitalist state. *Ethics & International Affairs*, 32(2), 141–152. <https://doi.org/10.1017/S0892679418000278>
70. Fassin, D. (2001). The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology Today*, 17(1), 3–7. Disponibile a: <http://www.jstor.org/stable/2678317> [Ultimo accesso 13/02/2026].
71. Aradau, C., & Tazzioli, M. (2020). Biopolitics multiple: Migration, extraction, subtraction. *Millennium: Journal of International Studies*, 48(2), 132–154. <https://doi.org/10.1177/0305829819889139>
72. Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325.
73. Nixon, R. (2011). *Slow violence and the environmentalism of the poor*. Harvard University Press.
74. Mayblin, L., Wake, M., & Kazemi, M. (2019). Necropolitics and the slow violence of the everyday: Asylum seeker welfare in the postcolonial present. *Sociology*, 54(1), 107–123. <https://doi.org/10.1177/0038038519862124>
75. Phillimore, J., & Cheung, S. Y. (2021). The violence of uncertainty: Empirical evidence on how asylum waiting time undermines refugee health. *Social Science & Medicine*, 282, 114154. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114154>
76. Mbembe, A. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40. <https://doi.org/10.1215/08992363-15-1-11>
77. Loomba, A. (2015). *Colonialism/Postcolonialism* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315751245>
78. Mbembe, A. (2019). Bodies as borders. In *From the European South*, 4, 5–18.
79. Mbembe, A. (2016). *Políticas da inimizade*. n-1 Edições.
80. Davies, T., Isakjee, A., & Dhesi, S. (2017). Violent inaction: The necropolitical experience of refugees in Europe. *Antipode*, 49(5), 1263–1284. <https://doi.org/10.1111/anti.12325>
81. Prieto-Flores, Ò. (2025). Necropolitics at the Southern European border: Deaths and missing migrants on the Western Mediterranean and Atlantic coasts. *Journal of Race, Ethnicity, and Politics*. <https://doi.org/10.1017/rep.2025.19>

82. Grace, B., Doering-White, J., & Roth, B. (2025). The violence of uncertainty: Theorizing everyday immigrant necropolitics across three cases. *Comparative Migration Studies*, 13, 26. <https://doi.org/10.1186/s40878-025-00441-3>
83. Dordoni, A. (2023). Stuck and exploited: Refugees and asylum seekers in Italy between exclusion, discrimination and struggles. *Journal of Refugee Studies*, 36(3), 578–580. <https://doi.org/10.1093/jrs/fead014>
84. Braveman, P. A., Arkin, E., & Proctor, D., et al. (2022). Systemic and structural racism: Definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. *Health Affairs*, 41(2), 171–178. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01394>
85. Stefancic, J., & Delgado, R. (2010). Critical race theory: An introduction. Disponibile a: https://scholarship.law.ua.edu/fac_working_papers/47 [Ultimo accesso 13/02/2026].
86. Lentin, A. (2020). *Why race still matters*. Polity Press. Cambridge, UK, 2020. 242 pages. ISBN: 978-1509535705
87. Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American Sociological Review*, 62(3), 465–480. <https://doi.org/10.2307/2657316>
88. Andrews, K. (2021). Racism is the public health crisis. *The Lancet*, 397(10282), 1342–1343. Disponibile a: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00775-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00775-3/fulltext) [Ultimo accesso 13/02/2026].
89. Paradies, Y., Ben, J., & Denson, N., et al. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
90. Alietti, A., & Padovan, D. (2023). Il discorso scientifico sulla razza e la nascita del razzismo. In A. Alietti & D. Padovan, *Le grammatiche del razzismo*. Fondazione Università Ca' Foscari. <https://doi.org/10.30687/978-88-6969-744-9/002>
91. Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20–47. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>

92. Karlsen, S., & Nazroo, J. Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*, 92(4), 624–631. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.4.624>
93. Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
94. Spears, I. D., Gorelik, A. J., & Norton, S. A., et al. (2026). Cumulative lifespan stress, inflammation, and racial disparities in mortality between Black and White adults. *JAMA Network Open*, 9(1), e2554701. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.54701>
95. Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 888–901. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>
96. Portelli, A. (2003). The problem of the color-blind: Notes on the discourse on race in Italy.
97. Lombardi-Diop, C. (2012). Postracial/Postcolonial Italy. In C. Lombardi-Diop & C. Romeo (Eds.), *Postcolonial Italy: Challenging national homogeneity*. Palgrave Macmillan.
98. Giuliani, G., & Lombardi-Diop, C. (2013). *Bianco e nero: Storia dell'identità razziale degli italiani*. Le Monnier. Università
99. Deplano, V., & Pes, A. (Eds.). (2022). *Race in post-fascist Italy*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.4000/temoigner.2558>
100. Migliarini, V. (2018). Colour-evasiveness and racism without race: The disablement of asylum-seeking children at the edge of Fortress Europe. *Race Ethnicity and Education*, 21(4), 438–457. <https://doi.org/10.1080/13613324.2017.1417252>
101. Bee Nchama, M., Manzano, J., & Pajunen, M. G., et al. (2025). Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España. *Revista Española de Salud Pública*, 99, e202511071.

102. Rodríguez-García, D. (2022). The persistence of racial constructs in Spain: Bringing race and colorblindness into the debate on interculturalism. *Social Sciences*, 11(1), 13. <https://doi.org/10.3390/socsci11010013>
103. Fanon, F. (2007). *I dannati della terra* (L. Sampietro, Trad.). Einaudi. Davies, T., Isakjee, A., & Obradovic-Wochnik, J. (2022). Epistemic borderwork: Violent pushbacks, refugees, and the politics of knowledge at the EU border. *Annals of the American Association of Geographers*, 113(1), 169–188. <https://doi.org/10.1080/24694452.2022.2077167>
104. Davies, T., Isakjee, A., & Obradovic-Wochnik, J. (2022). Epistemic Borderwork: Violent Pushbacks, Refugees, and the Politics of Knowledge at the EU Border. *Annals of the American Association of Geographers*, 113(1), 169–188. <https://doi.org/10.1080/24694452.2022.2077167>
105. Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9–20. <https://doi.org/10.18294/sc.2011.251>
106. Krieger, N. (2005). Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 350–355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
107. Bourgois, P., Holmes, S. M., & Sue, K., et al. (2017). Structural vulnerability: Operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Academic Medicine*, 92(3), 299–307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>
108. Regione Emilia-Romagna. (2025, 30 aprile). Cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna. Caratteristiche e dinamiche demografiche – Anno 2025 [Report]. Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio. <https://formazionelavoro.regione.emilia-romagna.it/notizie/2025/pubblicato-il-nuovo-report-sui-cittadini-stranieri-in-emilia-romagna>
109. Regione Emilia-Romagna. (2004, 24 marzo). Legge regionale n. 5/2004 – Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Bollettino Ufficiale Regione Emilia-Romagna, n. 47.

- 110.Regione Emilia-Romagna. (2018). Piano Sociale e Sanitario Regionale 2018-2020 [Documento di programmazione].
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/pssr-2018-2020>
111. Regione Emilia-Romagna. (2022). Emilia-Romagna plurale, equa, inclusiva. Programma 2022-2024 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (art. 3 comma 2 L.R. 5/2004) [Report].
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2022/emilia-romagna-plurale-equa-inclusiva-programma-2022-2024-per-l2019integrazione-sociale-dei-cittadini-stranieri-art-3-comma-2-della-l-r-5-2004>
- 112.Regione Emilia-Romagna; ANCI Emilia-Romagna. (2025, marzo). Protezione e asilo in Emilia-Romagna. Compendio statistico 2024 [Report].
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2025/protezione-e-asilo-in-emilia-romagna/@@download/publicationFile>
- 113.ASP Città di Bologna / Bologna Cares. (2025, settembre). Dimensione territoriale dell'accoglienza al 30/09/2025. Caratteristiche Ordinari, DS/DM, MSNA – anno 2024 [Report].
https://www.bolognacares.it/wp-content/uploads/2025/10/Settembre_dimensione-territoriale.pdf
- 114.Prefettura di Bologna – MigraDataBO. (2025, settembre). Dati CAS – Settembre 2025 [Report PDF].
https://migradatabo.it/wp-content/uploads/2025/10/DATI-CAS_Settembre-25.pdf
- 115.Regione Emilia-Romagna. (2024, luglio). Cittadini stranieri in Emilia-Romagna. Salute e servizi sanitari. Anno 2024 [Report].
<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/novita/prodotti-editoriali/2024/cittadini-stranieri-in-emilia-romagna-salute-e-servizi-sanitari-anno-2024>
- 116.REGIONE EMILIA-ROMAGNA. Atti amministrativi. Delibera Num. 1770 del 02/11/2021. Seduta Num. 50. GPG/2021/1383 del 04/08/2021. LINEE DI PROGRAMMAZIONE E FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE PER L'ANNO 2021
- 117.Regione Emilia-Romagna. (2022, 1 agosto). Deliberazione della Giunta Regionale n. 1304/2022 – Recepimento di accordi nazionali in materia di tutela

- dei migranti: Linee guida per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari di protezione internazionale e controlli sanitari all'arrivo nei centri di accoglienza [Atto amministrativo]. Bologna: Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.
118. Regione Emilia-Romagna. (2022, 27 dicembre). Deliberazione della Giunta Regionale n. 2313/2022 – Recepimento dell'Accordo nazionale "Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati" [Atto amministrativo]. Bologna: Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.
 119. Parisotto, M., et al. (2023). Approcci di prossimità e servizi a bassa soglia. In S. Montuori & N. Russo (Eds.), *Costruire la salute per/con i migranti*. Regione Emilia-Romagna.
 120. Bardin, A., et al. (2019). Avoidable hospitalisation: Comparison among Italians and immigrants. *Epidemiologia e Prevenzione*, 43(5-6 Suppl 1), 1–80. <https://doi.org/10.19191/EP19.5-6.S1.112>
 121. Gentilini, V., et al. (2024). An ecological study on health inequalities in the city of Bologna. *Epidemiologia & Prevenzione*.
 122. Gibertoni, D., Mammana, L., & Gherardi, G., et al. (2022). Presentation and outcome of chronic kidney disease in Italian and immigrant citizens. *Journal of Nephrology*, 35, 179–190. <https://doi.org/10.1007/s40620-021-00984-5>
 123. Spigonardo, V., Mammana, L., & Da Mosto, D., et al. (2025). Dall'individuazione di vulnerabilità psicopatologiche alla gestione in rete. *Rivista di Psichiatria*, 60(1), 27–37. <https://doi.org/10.1708/4437.44266>
 124. Allegri, C., Banks, H., & Devillanova, C. (2022). Avoidable hospitalizations and access to primary care. *eClinicalMedicine*, 46, 101345. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101345>
 125. Da Mosto, D., Bodini, C., & Mammana, L., et al. (2021). Health equity during COVID-19. *Journal of Migration and Health*, 4, 100057. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100057>
 126. Pilutti, S., Rusciani, R., & Da Mosto, D., et al. (2024). Impatto del COVID-19 sulle persone immigrate. *Epidemiologia e Prevenzione*, 48(4-5), 60–68. <https://doi.org/10.19191/EP24.4-5.S1.114>

127. Mammana, L. (2024). A missed opportunity to institutionalise health equity. *Health Services Insights*. <https://doi.org/10.1155/hsc/1071896>
128. Reason, P., & Bradbury, H. (2008). *The SAGE handbook of action research*. SAGE.
129. Tariq, S., & Woodman, J. (2013). Using mixed methods in health research. *JRSM Short Reports*, 4(6). <https://doi.org/10.1177/2042533313479197>
130. Mipatrini, D., Pollina Addario, S., & Bertollini, R., et al. (2017). Access to healthcare for undocumented migrants. *European Journal of Public Health*, 27(3), 459–464. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx039>
131. Agency for Healthcare Research and Quality. (2021, July). Prevention Quality Indicators (PQI) Technical Specifications, Version v2021 (ICD-10). Disponibile a: https://qualityindicators.ahrq.gov/archive/pqi_techspec/icd10_v2021 [Ultimo accesso 13/02/2025]
132. Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95–117. O'Brien, B. C., Harris, I. B., & Beckman, T. J., et al. (2014). Standards for reporting qualitative research. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
133. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014 Sep;89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
134. Loewenson, R., Laurell, A. C., & Hogstedt, C., et al. (2014). Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, Equinet. Disponibile a: http://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf [Ultimo accesso 13/02/2025]
135. DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family medicine and community health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>
136. Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *Discovery of grounded theory*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>

137. Malterud, K., Siersma, V., Guassora, A.D., (2015), Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power, *Qualitative Health Research*, 1. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
138. Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
139. Gale N. K., Heath G., & Cameron E., et al. (2013) Using the Framework Method for the Analysis of Qualitative Data in Multi-Disciplinary Health Research, *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
140. Rosano, A., Peschel, P., & Kugler, J., et al. (2013). Preventable hospitalization and the role of primary care. *Journal of Public Health*, 21, 445–454. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0563-x>
141. La nascita in Emilia-Romagna. 21° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto. Dati anno 2023 Disponibile a: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/files/la-nascita-in-emilia-romagna-21deg-rapporto-sui-dati-del-certificato-di-assistenza-al-parto-dati-anno-2023.pdf/@download/file/La%20nascita%20in%20Emilia-Romagna.%2021%20Rapporto%20sui%20dati%20del%20Certificato%20di%20Assistenza%20al%20Parto.%20Dati%20anno%202023.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2025]
142. Dalla Zuanna, T., Spadea, T., & Milana, M., et al. (2017). Avoidable hospitalization among migrants. *European Journal of Public Health*, 27(5), 861–868. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx113>
143. Listorti, E., Torbica, A., & Cella, S. G., et al. (2022). Healthcare services for undocumented migrants: Organisation and costs from the Italian NHS perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16447. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416447>
144. Agyemang, C., & van den Born, B. J. (2019). Non-communicable diseases in migrants: An expert review. *Journal of Travel Medicine*, 26(2), tay107. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay107>
145. Taha, H., Durham, J., & Reid, S. (2023). Communicable diseases prevalence among refugees and asylum seekers: Systematic review and meta-analysis.

<https://doi.org/10.3390/idr15020020>

146. Paisi, M., Baines, R., & Burns, L., et al. (2020). Barriers and facilitators to dental care access among asylum seekers and refugees in highly developed countries: A systematic review. *BMC Oral Health*, 20, 337. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01321-1>
147. Bhusari, S., Ilechukwu, C., & Elwishahy, A., et al. (2020). Dental caries among refugees in Europe: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9510. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249510>
148. Park, C. (2024). In their own words: Facilitators and barriers to oral health care for asylum seekers and refugees. *British Dental Journal*, 236, 889. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-7505-6>
149. Fiorini, G., Franchi, M., & Pellegrini, G., et al. (2023). Characterizing non-communicable disease trends in undocumented migrants over a period of 10 years in Italy. *Scientific Reports*, 13(1), 7424. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34572-3>
150. Gimeno-Feliu, L. A., Pastor-Sanz, M., & Poblador-Plou, B., et al. (2020). Multimorbidity and chronic diseases among undocumented migrants: Evidence to contradict the myths. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01225-0>
151. Stevenson, K., Antia, K., & Burns, R., et al. (2024). Universal health coverage for undocumented migrants in the WHO European region: A long way to go. *The Lancet Regional Health – Europe*, 41, 100803. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100803>
152. Mona, H., Andersson, L. M., & Hjern, A., et al. (2021). Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden – A principal component analysis. *BMC Health Services Research*, 21, 830. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06837-y>
153. Dalmau-Bueno, A., García-Altés, A., & Vela, E., et al. (2021). Frequency of health-care service use and severity of illness in undocumented migrants in

- Catalonia, Spain. *The Lancet Planetary Health*, 5(5), e286–e296.
[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00036-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00036-X)
154. Miranda, J. J., Kinra, S., & Casas, J. P., et al. (2008). Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: Context, determinants and health policy. *Tropical Medicine & International Health*, 13(10), 1225–1234.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02116.x>
155. Page-Reeves, J., Niforatos, J., & Mishra, S., et al. (2013). Health disparity and structural violence: How fear undermines health among immigrants at risk for diabetes. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 6(2), 30–47.
156. Lenko, M., Refle, J. E., & Burton-Jeangros, C., et al. (2025). Migrant work conditions and health status – A longitudinal study on “dirty work” among undocumented and newly regularized workers. *Journal of International Migration and Integration*, 26(1), 213–233.
<https://doi.org/10.1007/s12134-024-01182-5>
157. Koseoglu Ornek, O., Waibel, J., & Wullinger, P., et al. (2022). Precarious employment and migrant workers’ mental health: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(5), 327–350. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4019>
158. Aborode, A. T., Lawal, L., & Agwuna, F. O., et al. (2023). Health disparities among illegal immigrants and homeless people in the USA: A struggle within. *International Journal of Surgery: Global Health*, 6(6), e0362.
<https://doi.org/10.1097/GH9.0000000000000362>
159. Rana, K., Kent, J. L., & Page, A. (2025). Housing inequalities and health outcomes among migrant and refugee populations in high-income countries: A mixed-methods systematic review. *BMC Public Health*, 25(1), 1098.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-22186-5>
160. Da Cas, R., & Morciano, C. (2023). Persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria: Stato di salute, esperienze di assistenza e approcci di cura. *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 4(4), 1–5.
https://doi.org/10.53225/BEN_075

161. Tofani, M., Marceca, M., & Valente, D., et al. (2025). Disability and migration routes: An explorative analysis among refugees hosted in Italy. *International Journal of Public Health*, 69, 1607821. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607821>
162. Médecins Sans Frontières. (2025). Libya: Migrants face extreme violence and exclusion from healthcare. Disponibile a: <https://www.msf.org/libya-migrants-face-extreme-violence-and-exclusion-health-care> [Ultimo accesso 13/02/2026].
163. Amnesty International. (2021). Pushback practices and their impact on the human rights of migrants and refugees. Disponibile a: https://www.amnesty.org/ar/wp-content/uploads/2021/05/IO4036692021ENG_LISH.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
164. Médecins Sans Frontières. (2025). Inhuman. Torture along the Mediterranean migration route, and the support of survivors in a fragile system. Disponibile a: https://msf.org.pt/wp-content/uploads/sites/4/2025/06/MSF-report_Inhuman.-Torture-along-the-Mediterranean-migration-route-and-the-support-of-survivors-in-a-fragile-system.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
165. Fassin, D., & D'Halluin, E. (2005). The truth from the body: Medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers. *American Anthropologist*, 107(4), 597–608. <https://doi.org/10.1525/aa.2005.107.4.597>
166. Ben Farhat, J., Blanchet, K., & Juul Bjertrup, P., et al. (2018). Syrian refugees in Greece. *BMC Medicine*, 16, 40. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1028-4>
167. European Union Agency for Asylum. (2024). Persons with disabilities in asylum and reception systems. Disponibile a: <https://euaa.europa.eu/publications/persons-disabilities-asylum-and-reception-systems> [Ultimo accesso 13/02/2026].
168. Blackmore, R., Boyle, J. A., & Fazel, M., et al. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
169. Hajak, V. L., Sardana, S., & Verdelli, H., et al. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees

- in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.643704>
170. Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., & Leclerc, E., et al. (2018). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>
 171. Jannesari, S., Hatch, S., & Prina, M., et al. (2020). Post-migration social–environmental factors associated with mental health problems among asylum seekers: A systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22, 1055–1064. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01025-2>
 172. Mulcaire, J., Smetham, D., & Holt, L., et al. (2024). Impact of the asylum determination process on mental health in the UK and EU+: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Public Health*, 2, e000814. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000814>
 173. Côté-Olijnyk, M., Perry, J. C., & Paré, M. È., et al. (2024). The mental health of migrants living in limbo: A mixed-methods systematic review with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 337, 115931. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115931>
 174. Herroudi, L., Knuppel, I., & Blavier, A. (2023). Post-migration journey: Asylum, trauma and resilience, different trajectories – A comparison of the mental health and post-migration living difficulties of documented and undocumented migrants in Belgium. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(1), 201–208. <https://doi.org/10.1177/00207640231204212>
 175. Kadir, A., Battersby, A., & Spencer, N., et al. (2019). Children on the move in Europe: A narrative review of the evidence on the health risks, health needs and health policy for asylum seeking, refugee and undocumented children. *BMJ Paediatrics Open*, 3, e000364. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000364>
 176. Choy, B., Arunachalam, K., & Taylor, M., et al. (2020). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>

177. Lérias, D., Ziaian, T., & Miller, E., et al. (2025). The role of acculturative stress on the mental health of immigrant youth: A scoping literature review. *Community Mental Health Journal*, 61(3), 462–491. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01351-x>
178. Hertner, L., Stylianopoulos, P., & Heinz, A., et al. (2023). Substance (mis)use among refugees as a matter of social ecology: Insights into a multi-site rapid assessment in Germany. *Conflict and Health*, 17, 1. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00499-9>
179. Ivert, A. K. (2020). Drug use and criminality among unaccompanied refugee minors: A review of the literature. Malmö University. Disponibile a: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1397534/FULLTEXT01.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026].
180. Vasic, J., Nikolic, G., & Djukic-Dejanovic, S., et al. (2021). Mental health, alcohol and substance use of refugee youth. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 713152. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.713152>
181. Marchi, M., Laquatra, G., & Yaaqovy, A. D., et al. (2024). Bridging the gap: A systematic review and meta-analysis of interventions to address barriers in migrant mental health care access. *Psychiatry International*, 5(4), 883–903. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040060>
182. Mudzongo, F. K. (2025). Embodied experiences of race-based traumatic stress and the journey towards black joy. *Discover Mental Health*, 6(1), 8. <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00352-w>
183. Subramani, S. (2024). Othering and ethics of belonging in migrants' embodied healthcare experiences. *Sociology of Health & Illness*, 46(8), 1942–1961. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13829>
184. Beneduce, R. (2010). *Archeologie del Trauma: Un'Antropologia del Sottosuolo*. Roma-Bari, Laterza Edizioni, 218 páginas, ISBN: 978-88-420-9249-0.
185. Satinsky, E., Fuhr, D. C., & Woodward, A., et al. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>

186. Biddle, L., Wahedi, K., & Bozorgmehr, K. (2021). Integration and mental health: Unpacking the relationship between mental health and integration among refugees in Germany. *Frontiers in Public Health*, 9, 576481. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.576481>
187. Brücker, H., Kosyakova, Y., & Schuß, E. (2025). The role of health for the integration of refugees: Causal evidence for Germany (IAB Discussion Paper 05/2025). Disponibile a: <https://doku.iab.de/discussionpapers/2025/dp0525.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026].
188. Al-Masri, A., & Vukojevic, D. (2024). Emotional distress and integration trajectories among refugees in Germany: A longitudinal perspective. *Frontiers in Psychology*, 15, 1459934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1459934>
189. World Health Organization. (2022). Refugee and migrant mental health: Key facts. Disponibile a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health> [Ultimo accesso 13/02/2026].
190. Sanz-Barbero, B., López-Pintor, E., & Vives-Cases, C. (2019). Intimate partner violence among immigrant and native women in Spain: A systematic review. *Gaceta Sanitaria*, 33(6), 553–563. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.003>
191. García-Moreno, C., & Pallitto, C. C. (2017). Global and regional estimates of violence against women. World Health Organization. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625> [Ultimo accesso 13/02/2026].
192. Innes, A., Bunce, A., & Manzur, H., et al. (2024). Experiences of violence while in insecure migration status: A qualitative evidence synthesis. *Global Health*, 20, 83. <https://doi.org/10.1186/s12992-024-01085-1>
193. Gieles, N. C., Tankink, J. B., & van Midde, M., et al. (2019). Maternal and perinatal outcomes of asylum seekers and undocumented migrants in Europe: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(4), 714–723. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz042>
194. Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

195. Freedman J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive health matters*, 24(47), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.003>
196. Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>
197. Lancia, M., Tomassini, L., & Scendoni, R., et al. (2025). Health profiles of inmates: A cross-sectional study of prevalent diseases in a Central Italian prison. *Healthcare (Basel)*, 13(17), 2090. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172090>
198. Lungu-Byrne, C., Germain, J., & Plugge, E., et al. (2021). Contemporary migrant health experience and unique health care needs in European prisons and immigration detention settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 20(1), 80–99. <https://doi.org/10.1080/14999013.2020.1821129>
199. Filges, T., Bengtsen, E., & Montgomery, E., et al. (2024). The impact of detention on the health of asylum seekers: An updated systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(3), e1420. <https://doi.org/10.1002/cl2.1420>
200. Van Hout, M. C., Lungu-Byrne, C., & Germain, J. (2020). Migrant health situation when detained in European immigration detention centres: A synthesis of extant qualitative literature. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 221–236. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2019-0074>
201. Aebi, M. F., & Cocco, E. (2025). Prisons and prisoners in Europe 2024: Key findings of the SPACE I report. Council of Europe & University of Lausanne.
202. World Health Organization. (2024). Advancing health equity through primary health care: Report of the WHO European Region. Disponibile a: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-10668-5044-0-76183> [Ultimo accesso 13/02/2026].
203. World Health Organization. (2020). Operational framework for primary health care: Transforming vision into action. Disponibile a: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026].

204. Kisa, S., & Kisa, A. (2024). "No papers, no treatment": A scoping review of challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. *International Journal for Equity in Health*, 23, 184. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9>
205. Maeva, J., Anne, D., & Marie, F., et al. (2024). Care-seeking strategies of migrants during the transition from a specific primary healthcare facility to common ambulatory general practice: A French qualitative study. *BMC Public Health*, 24, 1552. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19048-x>
206. Iqbal, M., Walpola, R., & Harris-Roxas, B., et al. (2022). Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches. *Health Expectations*, 25(5), 2065–2094. <https://doi.org/10.1111/hex.13365>
207. Van Loenen, T., van den Muijsenbergh, M., & Hofmeester, M., et al. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*, 28(1), 82–87. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210>
208. Riza, E., Kalkman, S., & Coritsidis, A., et al. (2020). Community-based healthcare for migrants and refugees: A scoping literature review of best practices. *Healthcare (Basel)*, 8(2), 115. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020115>
209. Wilson, B. K., Burnstan, A., & Calderon, C., et al. (2023). "Letting die" by design: Asylum seekers' lived experience of postcolonial necropolitics. *Social Science & Medicine*, 320, 115714. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115714>
210. Mutekwe, P., & Chiwarawara, K. (2025). Necropolitics and slow violence: Revisiting migrants' access to healthcare during the COVID-19 pandemic in South Africa. *African Human Mobility Review*. <https://doi.org/10.14426/ahmr.v1i3.2832>
211. van Eggermont Arwidson, C., Holmgren, J., & Gottberg, K., et al. (2022). Living a frozen life: A qualitative study on asylum seekers' experiences and care practices at accommodation centers in Sweden. *Conflict and Health*, 16, 47. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00480-y>

212. Bendixsen, S., & Eriksen, T. H. (2024). The neoliberal welfare state and its discontents: Slow violence against irregular migrants in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 50(11), 2747–2766. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2298544>
213. Phillimore, J., Fu, L., & Jones, L., et al. (2025). “They just left me”: People seeking asylum, mental and physical health, and structural violence in the UK’s institutional accommodation. *Frontiers in Public Health*, 13, 1454548. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1454548>
214. Clark, E., Fox, H., & Gillam, T. B., et al. (2022). Quantifying the health needs of migrants in vulnerable circumstances registered with a nurse-led primary care service. *Journal of Research in Nursing*, 27(3), 231–241. <https://doi.org/10.1177/17449871211034548>
215. Knights, F., Munir, S., & Ahmed, H., et al. (2022). Initial health assessments for newly arrived migrants, refugees, and asylum seekers. *BMJ*, 377, e068821. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068821>
216. Andermann, A. (2018). Screening for social determinants of health in clinical care: Moving from the margins to the mainstream. *Public Health Reviews*, 39, 19. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0094-0>
217. Ganatra, S., Khadke, S., & Kumar, A., et al. (2024). Standardizing social determinants of health data: A proposal for a comprehensive screening tool. *Health Affairs Scholar*, 2(12), qxae151. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae151>
218. Painter, H., Parry, E., & McCann, L., et al. (2024). Social needs screening in primary care: A tool in the fight for health equity? *Public Health in Practice*, 7, 100466. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100466>
219. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
220. Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>
221. Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441. <https://doi.org/10.2190/HS.39.3.a>

222. Napier, A. D., Ancarno, C., & Butler, B., et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
223. Son, C., Forsgren, E., & Öhlén, J., et al. (2025). Person-centred care for migrants: A narrative review of healthcare literature. *Frontiers in Health Services*, 5, 1573813. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1573813>
224. Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., & Panagiotou, A., et al. (2024). Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel. *Social Sciences*, 13(10), 530. <https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
225. Díaz-Millón, M. (2025). Systematic meta-review on migrant healthcare access. *Journal of Migration and Health*. <https://doi.org/10.1016/S266662352500056X>
226. Cattacin, S., Chiarenza, A., & Domenig, D. (2013). Equity standards for healthcare organisations: A theoretical framework. *Diversity & Equality in Health and Care*, 10(3), 249–258.
227. Priebe, S., Sandhu, S., & Dias, S., et al. (2011). Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
228. Akbulut, N., & Razum, O. (2022). Why othering should be considered in research on health inequalities. *SSM – Population Health*, 20, 101286. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101286>
229. Pattillo, M., Stieglitz, S., & Angoumis, K., et al. (2023). Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 22, 201. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02014-1>
230. Bhugra, D., Smith, A., & Liebrez, M., et al. (2023). “Otherness”, otherism, discrimination, and health inequalities. *International Review of Psychiatry*, 35(3-4), 234–241. <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2192275>
231. Olcoñ, K., Wright, C., & Harris, N. (2023). Implementation gaps in culturally responsive care for refugee and migrant maternal health. *BMC Health Services Research*, 23, 906. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09066-7>
232. Arcilla, M., Hunter-Adams, J., & de Vries, D. H. (2025). Racialised migrant women’s discrimination in maternal care: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 24, 21. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02384-8>

233. Lindenmeyer, A., Redwood, S., & Griffith, L., et al. (2016). Experiences of primary care professionals providing healthcare to recently arrived migrants. *BMJ Open*, 6(9), e012561. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012561>
234. Pottie, K., Batista, R., & Mayhew, M., et al. (2014). Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Canadian Family Physician*, 60(1), e32–e40.
235. Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079–1097. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>
236. Risk, E. N., & Santos, M. A. dos. (2023). Clínica ampliada, cuidado à infância e à família no contexto da rede de atenção psicossocial. *Revista Subjetividades*, 22(3), e13443. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i3.e13443>
237. Campos, G. W. S., Figueiredo, M. D., & Pereira Júnior, N., et al. (2014). Application of Paideia methodology to institutional support, matrix support and expanded clinical practice. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>
238. Ansbro, É., Homan, T., & Qasem, J., et al. (2021). MSF experiences of providing multidisciplinary primary level NCD care for Syrian refugees and the host population in Jordan. *BMC Health Services Research*, 21, 381. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06333-3>
239. Fassin, D. (2011). *Humanitarian reason*. University of California Press.
240. Exley, J., Glover, R., & Mccarey, M., et al. (2024). Governing integrated health and social care. *International Journal of Integrated Care*, 24(1), 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.7610>
241. Matos, R. C., Nascimento, G. D., & Campos Fernandes, A., et al. (2025). Health and social care integration: Insights from international implementation cases. *Journal of Market Access & Health Policy*, 13(2), 28. <https://doi.org/10.3390/jmahp13020028>
242. Bodini, C., Cavagnis, S., & Chierzi, F., et al. (2024). Servizi di salute mentale e disuguaglianze: Dalle evidenze epidemiologiche alle risposte dei servizi. Disponibile a:

<https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/servizi-di-salute-mentale-e-disuguaglianze/report-salute-mentale-12-11-24.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026].

243. Giannetto, L., Ponzo, I., & Roman, E. (2019). National report on the governance of the asylum reception system in Italy (WP3 CEASEVAL). FIERI. Disponibile a: http://ceaseval.eu/publications/WP3_Italy.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026]
244. Asylum Information Database (AIDA) / Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI). (2024). Conditions in reception facilities – Italy. Disponibile a: <https://asylumineurope.org/reports/country/italy/reception-conditions/housing/conditions-reception-facilities/> [Ultimo accesso 13/02/2026].
245. Negro, L. (2025). Condizioni di lavoro e salute mentale: Analisi critica delle pratiche di prevenzione. Rivista delle Politiche Sociali, 1. Disponibile a: https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2025/06/RPS-2025.1-05_Negro.pdf [Ultimo accesso 13/02/2026].
246. Giorgi, C. (2023). A history of Italy's health policy from the Republic to the new century. Modern Italy, 28(1), 1–17. <https://doi.org/10.1017/mit.2022.50>
247. Morris, L. (2016). The moral economy of austerity: Analysing UK welfare reform. The British Journal of Sociology, 67, 97–117. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12186>
248. Sheldrick, A. (2024). Where asylum and austerity meet: Deservingness and in/exclusion in Rochdale. Antipode, 56, 1461–1482. <https://doi.org/10.1111/anti.13022>
249. Kehr, J. (2023). The moral economy of universal public healthcare: On healthcare activism in austerity Spain. Social Science & Medicine, 319, 115363. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115363>
250. Mavelli, L. (2017). Governing the resilience of neoliberalism through biopolitics. European Journal of International Relations, 23(3), 489–512. <https://doi.org/10.1177/1354066116676321>
251. Chiarenza, A., Dauvin, M., & Chiesa, V., et al. (2020). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular

- migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 20(1), 513.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05205-9>
252. The Lancet Regional Health–Europe. (2025). The Italian health data system is broken. *The Lancet Regional Health – Europe*, 48, 101206.
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101206>
253. Pelizza, A., Milan, S., & Lausberg, Y. (2021). Understanding migrants in COVID-19 counting: Rethinking the data-(in)visibility nexus. *Data & Policy*, 3, e18. <https://doi.org/10.1017/dap.2021.19>
254. Vishwakarma, D., Puthoopparambil, S. J., & MacFarlane, A., et al. (2025). The collection and integration of data on migrants in health information systems: Evidence from Ireland. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02701-1>
255. Holtzman, G. S., Khoshkhoo, N., & Nsoesie, E. O. (2022). The racial data gap: Lack of racial data as a barrier to overcoming structural racism. *The American Journal of Bioethics*, 22(3), 39–42.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2027562>
256. Rawson, B. (2026). Health data justice, epistemological delinking and vernacularisation: Reclaiming knowledge, rights and representation. *International Journal of Law in Context*, 22(1), 75–89.
<https://doi.org/10.1017/S1744552325100347>
257. Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
<https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
258. Cornwall, A. (2002). Making spaces, changing places: Situating participation in development (Working Paper 170). Disponibile su: https://www.powercube.net/wp-content/uploads/2009/11/making_spaces_changing_places.pdf [Ultimo accesso 13/12/2026]
259. Power, M., & Baxter, M. (2025). “I think they are actually a bit racist in not giving us everything that we need in terms of medication”: Racialised governance and asylum seeker access to healthcare in England. *Social Science & Medicine*, 365, 117558.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117558>

260. Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review*, 8(1), 115–132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
261. Ford, T. N., Ibe-Lamberts, K., & Edmond, S., et al. (2024). Challenges and opportunities for participatory evaluation of local public health efforts to address structural racism and advance health equity. *Journal of Participatory Research Methods*, 5(2). <https://doi.org/10.35844/001c.118717>
262. Pittman, P., Chen, C., & Erikson, C., et al. (2021). Health workforce for health equity. *Medical Care*, 59(Suppl 5), S405–S408. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001609>
263. Bodini, C. (2013). Il personale (medico) è politico: Salute globale e processi trasformativi in Italia [Tesi di specializzazione, Università di Bologna]. Disponibile a: <http://csiaps.org/wpcsi/wp-content/uploads/2015/07/Tesi-specializzazione-Chia-ra-Bodini.pdf> [Ultimo accesso 13/02/2026]
264. Feldman, I. (2012). The humanitarian condition: Palestinian refugees and the politics of living. *Humanity*, 3(2), 155–172. <https://doi.org/10.1353/hum.2012.0017>
265. Franco, T. B. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: Um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Sociedade*, 24(Suppl 1), 102–114. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000600007>
266. Bejarano, C. A., Garcia, M. A. M., & Juarez, L. L., et al. (2019). Decolonizing ethnography: Undocumented immigrants and new directions in social science. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv11smmv5>
267. Lim, W. M. (2024). What is qualitative research? An overview and guidelines. *Australasian Marketing Journal*, 33(2), 199–229. <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>
268. Büyüm, A. M., Kenney, C., & Koris, A., et al. (2020). Decolonising global health: If not now, when? *BMJ Global Health*, 5(8), e003394. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003394>
269. Quijano, A. (2000). Coloniality of power, Eurocentrism, and Latin America. *Nepantla: Views from South*, 1(3), 533–580. Baum, F. E. (2016). Power and glory:

- Applying participatory action research in public health. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 405–407. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.014>
270. Baum F. E. (2016). Power and glory: applying participatory action research in public health. *Gaceta sanitaria*, 30(6), 405–407. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.014>
 271. van Daalen, K. R., Davey, F., & Norman, C., et al. (2021). Health equity audits: A systematic review of the effectiveness. *BMJ Open*, 11(11), e053392. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053392>
 272. Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs: Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6 Pt 2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>
 273. Savage, J. (2000). Ethnography and health care. *BMJ*, 321(7273), 1400–1402. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7273.1400>
 274. Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees. *PLoS One*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
 275. Powell, K., Barnes, A., & Anderson de Cuevas, R., et al. (2021). Power, control, communities and health inequalities III: Participatory spaces—An English case. *Health Promotion International*, 36(5), 1264–1274. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa059>
 276. Labonté, R. (2010). Health systems governance for health equity: Critical reflections. *Revista de Salud Pública*, 12, 62–76. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000700005>
 277. Caponio, T., Pettrachin, A., & Ponzio, I. (2025). The drivers of multilevel governance as a mode of policymaking: The case of asylum-seekers' reception in Italy. *Italian Political Science Review*, 55(2), 156–170. <https://doi.org/10.1017/ipo.2024.20>
 278. Hone, T., Gomez, S., & Rao, M., et al. (2022). Primary health care as a platform for addressing racial discrimination to “leave no one behind” and reduce health inequities. *International Journal for Equity in Health*, 21, 152. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01779-1>

279. World Health Organization. (2022). Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities: Research brief. WHO. Disponibile a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057104> [Ultimo accesso 13/02/2026]

Indice allegati

- A1 - Definizione ACSC da AHRQ nella popolazione adulta (età 18-64 anni)
- A2 - Codici e denominazioni Paesi
- A3 - Traccia semistrutturata per analisi qualitativa dei servizi
- A4 - Ospedalizzazioni totali ed evitabili 2005-2024, 2005-2014,2015-2024.
- A5 - OR covariate 2005-2024, 2005-2014, 2015-2024

Allegato A1 - Definizione ACSC da AHRQ nella popolazione adulta (età 18-64 anni)

Condizione	Codici ICD-9-CM	Acuto (A) / Cronico (C)	Dettagli
Disidratazione	276.5	A	Come diagnosi principale, o secondaria se come principale sono presenti codici di iperosmolarità (276.0) gastroenterite (008.6, 008.8, 009.0, 009.1, 009.2, 009.3, 558.9), insufficienza renale acuta (584.5–586, 997.5). Esclusi tutti i casi di insufficienza renale cronica in qualunque diagnosi (403.01, 403.11, 403.91, 404.02, 404.03, 404.12, 404.13, 404.92, 404.93, 585.5, 585.6).
Polmonite Batterica	481, 482.0–482.3, 482.4, 482.8–482.9, 483, 485, 486	A	Esclusi casi con diagnosi secondaria per anemia falciforme o patologia dell'Hb-S (282.41, 282.42, 282.6).
Infezioni del tratto urinario	590.1, 590.2, 590.3, 590.8, 590.9, 595.0, 595.9, 599.0	A	Esclusi quelli con diagnosi di disordini renali/delle vie urinarie (590.0, 593.7, 753.0, 753.1-6, 753.8, 753.9).
Appendicite acuta con complicazioni	540.0–540.1	A	Diagnosi principale o secondaria.
Diabete (scompensato, complicanze a breve/lungo termine del diabete)	250.02, 250.03, 250.1–250.9	C	—
Amputazione delle estremità inferiori in	84.1 + 250	C	Dimissioni con codice di procedura per amputazione degli arti inferiori in ogni campo e diagnosi di diabete in ogni campo. Esclusi casi con codici di diagnosi associati con trauma (895, 896, 897).

pazienti diabetici			
Asma	493	C	Solo <40 anni. Esclusi casi con diagnosi di anomalie del sistema respiratorio o fibrosi cistica (277.0, 516.6, 747.2, 748, 750.3, 759.3, 770.7).
BPCO	491, 492, 494, 496	C	Solo ≥40 anni. Esclusi casi con diagnosi di anomalie del sistema respiratorio o fibrosi cistica (277.0, 516.6, 747.2, 748.3-9, 750.3, 759.3, 770.7).
Ipertensione	401.0, 401.9, 402, 403, 404	C	Esclusi casi con codici di procedure cardiache in qualunque campo (Procedure cardiache: 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.9, 37.94-37.98, anche 00.5, 00.66, 38.26, 17.51/52/55). I codici 403 e 404, cioè ipertensione in malattia renale in stadio I-IV, si escludono se accompagnati da procedura di dialisi (38.95, 39.43, 39.27, 39.93, 39.29, 39.94, 39.42).
Insufficienza cardiaca congestizia	398.91, 402.0, 402.1, 402.9, 404.0, 404.1, 404.9, 428	C	Esclusi casi con codici di procedure cardiache in qualunque campo (Procedure cardiache: 35, 36, 37.3, 37.5, 37.7, 37.8, 37.9, 37.94-37.98, anche 00.5, 00.66, 38.26, 17.51/52/55).

Allegato A2 - Codici e denominazione Paesi

Codice MIN	Denominazione_IT	Denominazione_EN	Codice Area	Denominazione Area (IT)
100	Italia	Italy	11	Unione europea
201	Albania	Albania	12	Europa centro orientale
202	Andorra	Andorra	13	Altri paesi europei
203	Austria	Austria	11	Unione europea
206	Belgio	Belgium	11	Unione europea
209	Bulgaria	Bulgaria	11	Unione europea
212	Danimarca	Denmark	11	Unione europea
214	Finlandia	Finland	11	Unione europea
215	Francia	France	11	Unione europea
216	Germania	Germany	11	Unione europea
219	Regno Unito	United Kingdom	11	Unione europea
220	Grecia	Greece	11	Unione europea
221	Irlanda	Ireland	11	Unione europea
223	Islanda	Iceland	13	Altri paesi europei
225	Liechtenstein	Liechtenstein	13	Altri paesi europei
226	Lussemburgo	Luxembourg	11	Unione europea
227	Malta	Malta	11	Unione europea
229	Monaco	Monaco	13	Altri paesi europei
231	Norvegia	Norway	13	Altri paesi europei
232	Paesi Bassi	Netherlands	11	Unione europea
233	Polonia	Poland	11	Unione europea
234	Portogallo	Portugal	11	Unione europea
235	Romania	Romania	11	Unione europea
236	San Marino	San Marino	13	Altri paesi europei
239	Spagna	Spain	11	Unione europea
240	Svezia	Sweden	11	Unione europea
241	Svizzera	Switzerland	13	Altri paesi europei
243	Ucraina	Ukraine	12	Europa centro orientale
244	Ungheria	Hungary	11	Unione europea
245	Federazione russa	Russian Federation	12	Europa centro orientale
246	Stato della Città del Vaticano	Vatican City State	13	Altri paesi europei

247	Estonia	Estonia	11 Unione europea
248	Lettonia	Latvia	11 Unione europea
249	Lituania	Lithuania	11 Unione europea
250	Croazia	Croatia	11 Unione europea
251	Slovenia	Slovenia	11 Unione europea
252	Bosnia-Erzegovina	Bosnia and Herzegovina	12 Europa centro orientale
253	Macedonia del Nord	North Macedonia	12 Europa centro orientale
254	Moldova	Moldova	12 Europa centro orientale
255	Slovacchia	Slovakia	11 Unione europea
256	Bielorussia	Belarus	12 Europa centro orientale
257	Repubblica ceca	Czech Republic	11 Unione europea
270	Montenegro	Montenegro	12 Europa centro orientale
271	Serbia	Serbia	12 Europa centro orientale
272	Kosovo	Kosovo	12 Europa centro orientale
301	Afghanistan	Afghanistan	32 Asia centro meridionale
302	Arabia Saudita	Saudi Arabia	31 Asia occidentale
304	Bahreïn	Bahrain	31 Asia occidentale
305	Bangladesh	Bangladesh	32 Asia centro meridionale
306	Bhutan	Bhutan	32 Asia centro meridionale
307	Myanmar/Birmania	Myanmar/Burma	33 Asia orientale
309	Brunei Darussalam	Brunei Darussalam	33 Asia orientale
310	Cambogia	Cambodia	33 Asia orientale
311	Sri Lanka	Sri Lanka	32 Asia centro meridionale
314	Cina	China	33 Asia orientale
315	Cipro	Cyprus	11 Unione europea
319	Corea del Nord	North Korea	33 Asia orientale
320	Corea del Sud	South Korea	33 Asia orientale
322	Emirati Arabi Uniti	United Arab Emirates	31 Asia occidentale
323	Filippine	Philippines	33 Asia orientale
324	Palestina	Palestine	31 Asia occidentale
326	Giappone	Japan	33 Asia orientale
327	Giordania	Jordan	31 Asia occidentale
330	India	India	32 Asia centro meridionale
331	Indonesia	Indonesia	33 Asia orientale
332	Iran	Iran	31 Asia occidentale

333	Iraq	Iraq	31 Asia occidentale
334	Israele	Israel	31 Asia occidentale
335	Kuwait	Kuwait	31 Asia occidentale
336	Laos	Laos	33 Asia orientale
337	Libano	Lebanon	31 Asia occidentale
338	Timor Leste	Timor Leste	33 Asia orientale
339	Maldiva	Maldives	32 Asia centro meridionale
340	Malaysia	Malaysia	33 Asia orientale
341	Mongolia	Mongolia	33 Asia orientale
342	Nepal	Nepal	32 Asia centro meridionale
343	Oman	Oman	31 Asia occidentale
344	Pakistan	Pakistan	32 Asia centro meridionale
345	Qatar	Qatar	31 Asia occidentale
346	Singapore	Singapore	33 Asia orientale
348	Siria	Syria	31 Asia occidentale
349	Thailandia	Thailand	33 Asia orientale
351	Turchia	Turkey	12 Europa centro orientale
353	Vietnam	Vietnam	33 Asia orientale
354	Yemen	Yemen	31 Asia occidentale
356	Kazakhstan	Kazakhstan	32 Asia centro meridionale
357	Uzbekistan	Uzbekistan	32 Asia centro meridionale
358	Armenia	Armenia	31 Asia occidentale
359	Azerbaigian	Azerbaijan	31 Asia occidentale
360	Georgia	Georgia	31 Asia occidentale
361	Kirghizistan	Kyrgyzstan	32 Asia centro meridionale
362	Tagikistan	Tajikistan	32 Asia centro meridionale
363	Taiwan	Taiwan	33 Asia orientale
364	Turkmenistan	Turkmenistan	32 Asia centro meridionale
401	Algeria	Algeria	21 Africa settentrionale
402	Angola	Angola	24 Africa centro meridionale
404	Costa d'Avorio	Côte d'Ivoire	22 Africa occidentale
406	Benin	Benin	22 Africa occidentale
408	Botswana	Botswana	24 Africa centro meridionale
409	Burkina Faso	Burkina Faso	22 Africa occidentale
410	Burundi	Burundi	23 Africa orientale

411	Camerun	Cameroon	24	Africa centro meridionale
413	Capo Verde	Cape Verde	22	Africa occidentale
414	Repubblica Centrafricana	Central African Republic	24	Africa centro meridionale
415	Ciad	Chad	24	Africa centro meridionale
417	Comore	Comoros	23	Africa orientale
418	Congo	Congo	24	Africa centro meridionale
419	Egitto	Egypt	21	Africa settentrionale
420	Etiopia	Ethiopia	23	Africa orientale
421	Gabon	Gabon	24	Africa centro meridionale
422	Gambia	Gambia	22	Africa occidentale
423	Ghana	Ghana	22	Africa occidentale
424	Gibuti	Djibouti	23	Africa orientale
425	Guinea	Guinea	22	Africa occidentale
426	Guinea-Bissau	Guinea-Bissau	22	Africa occidentale
427	Guinea equatoriale	Equatorial Guinea	24	Africa centro meridionale
428	Kenya	Kenya	23	Africa orientale
429	Lesotho	Lesotho	24	Africa centro meridionale
430	Liberia	Liberia	22	Africa occidentale
431	Libia	Libya	21	Africa settentrionale
432	Madagascar	Madagascar	23	Africa orientale
434	Malawi	Malawi	23	Africa orientale
435	Mali	Mali	22	Africa occidentale
436	Marocco	Morocco	21	Africa settentrionale
437	Mauritania	Mauritania	22	Africa occidentale
438	Maurizio	Mauritius	23	Africa orientale
440	Mozambico	Mozambique	23	Africa orientale
441	Namibia	Namibia	24	Africa centro meridionale
442	Niger	Niger	22	Africa occidentale
443	Nigeria	Nigeria	22	Africa occidentale
446	Ruanda	Rwanda	23	Africa orientale
448	Sao Tomé e Principe	Sao Tome and Principe	24	Africa centro meridionale
449	Seychelles	Seychelles	23	Africa orientale
450	Senegal	Senegal	22	Africa occidentale
451	Sierra Leone	Sierra Leone	22	Africa occidentale
453	Somalia	Somalia	23	Africa orientale

454	Sudafrica	South Africa	24	Africa centro meridionale
455	Sudan	Sudan	21	Africa settentrionale
456	Eswatini	Eswatini	24	Africa centro meridionale
457	Tanzania	Tanzania	23	Africa orientale
458	Togo	Togo	22	Africa occidentale
460	Tunisia	Tunisia	21	Africa settentrionale
461	Uganda	Uganda	23	Africa orientale
463	Repubblica Democratica del Congo	Democratic Republic of the Congo	24	Africa centro meridionale
464	Zambia	Zambia	23	Africa orientale
465	Zimbabwe	Zimbabwe	23	Africa orientale
466	Eritrea	Eritrea	23	Africa orientale
467	Sud Sudan	South Sudan	21	Africa settentrionale
503	Antigua e Barbuda	Antigua and Barbuda	42	America centro meridionale
505	Bahamas	Bahamas	42	America centro meridionale
506	Barbados	Barbados	42	America centro meridionale
507	Belize	Belize	42	America centro meridionale
509	Canada	Canada	41	America settentrionale
513	Costa Rica	Costa Rica	42	America centro meridionale
514	Cuba	Cuba	42	America centro meridionale
515	Dominica	Dominica	42	America centro meridionale
516	Repubblica Dominicana	Dominican Republic	42	America centro meridionale
517	El Salvador	El Salvador	42	America centro meridionale
518	Giamaica	Jamaica	42	America centro meridionale
519	Grenada	Grenada	42	America centro meridionale
523	Guatemala	Guatemala	42	America centro meridionale
524	Haiti	Haiti	42	America centro meridionale
525	Honduras	Honduras	42	America centro meridionale
527	Messico	Mexico	42	America centro meridionale
529	Nicaragua	Nicaragua	42	America centro meridionale
530	Panama	Panama	42	America centro meridionale
532	Santa Lucia	Saint Lucia	42	America centro meridionale
533	Saint Vincent e Grenadine	Saint Vincent and the Grenadines	42	America centro meridionale
534	Saint Kitts e Nevis	Saint Kitts and Nevis	42	America centro meridionale
536	Stati Uniti d'America	United States of America	41	America settentrionale
602	Argentina	Argentina	42	America centro meridionale

604	Bolivia	Bolivia	42	America centro meridionale
605	Brasile	Brazil	42	America centro meridionale
606	Cile	Chile	42	America centro meridionale
608	Colombia	Colombia	42	America centro meridionale
609	Ecuador	Ecuador	42	America centro meridionale
612	Guyana	Guyana	42	America centro meridionale
614	Paraguay	Paraguay	42	America centro meridionale
615	Perù	Peru	42	America centro meridionale
616	Suriname	Suriname	42	America centro meridionale
617	Trinidad e Tobago	Trinidad and Tobago	42	America centro meridionale
618	Uruguay	Uruguay	42	America centro meridionale
619	Venezuela	Venezuela	42	America centro meridionale
701	Australia	Australia	50	Oceania
703	Fiji	Fiji	50	Oceania
708	Kiribati	Kiribati	50	Oceania
712	Isole Marshall	Marshall Islands	50	Oceania
713	Stati Federati di Micronesia	Federated States of Micronesia	50	Oceania
715	Nauru	Nauru	50	Oceania
719	Nuova Zelanda	New Zealand	50	Oceania
720	Palau	Palau	50	Oceania
721	Papua Nuova Guinea	Papua New Guinea	50	Oceania
725	Isole Salomone	Solomon Islands	50	Oceania
727	Samoa	Samoa	50	Oceania
730	Tonga	Tonga	50	Oceania
731	Tuvalu	Tuvalu	50	Oceania
732	Vanuatu	Vanuatu	50	Oceania
718	Nuova Caledonia	New Caledonia	50	Oceania
542	Saint-Martin (FR)	Saint Martin (FR)	42	America centro meridionale
n.d.	Sahara occidentale	Western Sahara	21	Africa settentrionale
541	Saint-Barthélemy	Saint Barthelemy	42	America centro meridionale
508	Bermuda	Bermuda	41	America settentrionale
702	Isole Cook (NZ)	Cook Islands (NZ)	50	Oceania
218	Gibilterra	Gibraltar	13	Altri Paesi europei
511	Isole Cayman	Cayman Islands	42	America centro meridionale
502	Anguilla	Anguilla	42	America centro meridionale

724	Polinesia francese	French Polynesia	50	Oceania
213	Isole Fær Øer	Faroe Islands	13	Altri Paesi europei
273	Jersey	Jersey	13	Altri Paesi europei
603	Aruba	Aruba	42	America centro meridionale
621	Sint Maarten (NL)	St Maarten (NL)	42	America centro meridionale
520	Groenlandia	Greenland	41	America settentrionale
n.d.	Sark	Sark	13	Altri Paesi europei
274	Guernsey	Guernsey	13	Altri Paesi europei
610	Isole Falkland (Malvine)	Falkland Islands (Malvinas)	42	America centro meridionale
228	Isola di Man	Isle of Man	13	Altri Paesi europei
528	Montserrat	Montserrat	42	America centro meridionale
620	Curaçao	Curaçao	42	America centro meridionale
723	Isole Pitcairn	Pitcairn	50	Oceania
535	Saint Pierre e Miquelon	Saint Pierre and Miquelon	41	America settentrionale
447	Sant'Elena	Saint Helena	24	Africa centro meridionale
806	Terre australi e antartiche francesi	French Southern Territories	50	Oceania
537	Isole Turks e Caicos	Turks and Caicos Islands	42	America centro meridionale
539	Isole Vergini britanniche	British Virgin Islands	42	America centro meridionale
734	Wallis e Futuna	Wallis and Futuna Islands	50	Oceania
224	Serbia e Montenegro			

ALLEGATO 3

Traccia per analisi qualitativa dei servizi

0 - ASPETTI GENERALI

Nome servizio

Data rilevazione

Intervistatu

Età: _____

Genere: ☐ M ☐ F ☐ altro

Specializzazione: _____

Ruolo all'interno della struttura: _____

Da quanto tempo lavori in questa struttura?_____

1 - PERSONE, BISOGNI E PROFILO DI EQUITA'

1.1 - A quali persone è rivolto il servizio?

1.2 - Quali bisogni vengono rilevati?

2 - CARATTERISTICHE GENERALI DEL SERVIZIO

2.1 - Quali figure professionali sono coinvolte nelle attività di questo servizio?

Personale	n	Continuità*	Posizione**	background
<i>Assistente sanitario</i>				
<i>Assistente sociale</i>				
<i>Amministrativo</i>				
<i>Infermieristico</i>				
<i>Medico generalista</i>				
<i>Medico specialista</i>				
<i>Psicologo</i>				
<i>Mediazione linguistico-culturale</i>				
<i>Figure alla pari (peer, pazienti esperti)</i>				
<i>Medici in formazione specialistica</i>				
<i>Studenti</i>				
<i>Altro:</i>				

* stabile/fissa, integrata da altro servizio, non stabile/chiamata,

**se applicabile, specificare tipologia di affiliazione, es: Dipendente AUSL (ind/det),
volontario, autonomo/ cooperativa

2.2. Secondo te di quali altre figure ci sarebbe bisogno e perché?

2.3 - Quali delle seguenti attività vengono svolte? Potresti descriverle?

- *Accoglienza e gestione degli appuntamenti*
- *Assistenza primaria e medicina generale*
- *Screening e vaccinazioni*
- *Supporto psicologico*
- *Mediazione linguistico culturale*
- *Supporto e orientamento ai servizi (sociali e sanitari)*
- *Supporto sociale (legale-giuridico, abitativo, alimentare)*
- *Ambulatori specialistici*
- *Formazione e consultazione*
- *Erogazione farmaci*
- *altro*

2.4 - Ci sono attività di cui ci sarebbe bisogno che non vengono svolte? o che necessiterebbero di essere migliorate, potenziate o di un approccio diverso? Quali criticità?

3 - ACCESSIBILITA'

3.1 - Quali sono le modalità di accesso previste?

- ☐ accesso diretto
- ☐ programmato previo appuntamento telefonico
- ☐ programmato previo appuntamento tramite CUP (o altri sistemi)
- ☐ altro (specificare)

3.2 - L'accesso è gratuito? ☐ SI ☐ NO ☐ altro _____

3.3 - Quale documentazione è necessaria per accedere?

- ☐ Documenti d'identità ☐ Tessera Sanitaria ☐ Tessera STP o ENI ☐ Nessuna

3.4 - L'ambulatorio è facilmente raggiungibile a piedi o con mezzi pubblici?

- ☐ per niente ☐ molto poco ☐ poco ☐ abbastanza ☐ molto

3.5 - E' facilmente visibile e/o sono disponibili adeguate informazioni su come accedere ?

(es. presente cartellonistica e/o altro materiale informativo, siti web che indicano le modalità di accesso in lingue diverse dall'italiano o per persone con scarsa alfabetizzazione)

- ☐ Si ☐ No

3.6 - Quali sono gli orari di apertura dell'ambulatorio? Sono previste attività la sera tardi o il fine settimana?

3.7 - Come sono gli spazi interni?

(Dimensione e numeri delle stanze, accoglienze e spazi intermedi, pulizia, ordine, luce)

3.8 - Quali fattori secondo te possono rendere difficile l'accesso a questo e ad altri servizi? Quali soluzioni o considerazioni vorresti condividere?

4 - NEED ASSESSMENT

4.1 - Nelle attività che hai descritto, quale approccio e quali strumenti vengono utilizzati per l'identificazione e la valutazione dei bisogni (di salute?) Quali figure sono coinvolte e con che ruolo?

(es. anamnesi sociale, scale e score clinici, linee guida per fragilità, multimorbidità, vulnerabilità o altre specifiche per servizio mappato o bisogni prevalenti)

4.2 - Secondo la tua esperienza, in setting come questo, ci sono bisogni più difficili da indagare o che restano sommersi?

5 - INTEGRAZIONE E CONTINUITA' DELLE CURE

5.1 - Per i seguenti ambiti di assistenza descrivi:

- **gli attori coinvolti nel percorso**
- **le modalità di integrazione presenti tra**
 - a. *riferimenti informali per referral*
 - b. *procedure condivise (es. PDTA, equipe multidisciplinari) e figure di coordinamento per referral e integrazione*
 - c. *strumenti informatici e gestionali condivisi*
 - d. *condivisione delle risorse (economiche, personale) e del potere decisionale*
 - e. *nessuno di questi*
- **la qualità della continuità/integrazione delle cure (appropriatezza, tempi e risposte qualificate)**
 - a. molto critico
 - b. critico
 - c. discreto
 - d. buono
 - e. ottimo
- **quali criticità sono presenti**

Salute materno infantile	
Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Vulnerabilità psicologica correlata ad eventi traumatici (violenze, abusi, maternità fragile, MGF) in minori e adulti	
Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Vulnerabilità socio-sanitaria: multimorbidità, cronico complesso in condizioni di grave marginalizzazione sociale

Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Altre tipologie di vulnerabilità

(sfruttamento lavorativo, discriminazioni di genere e/o orientamento, altro)

Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Supporto amministrativo e iscrizione al SSR

Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Supporto sociale (abitativo, legale, economico, educativo)

Attori	
Modalità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

Condizioni di salute urgenti e indifferibili (PS)

<i>Attori</i>	
<i>Modalità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Qualità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Criticità</i>	

Malattie croniche e infettive (non urgenti o complesse)	
<i>Attori</i>	
<i>Modalità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Qualità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Criticità</i>	

Prevenzione: screening e di vaccinazioni	
<i>Attori</i>	
<i>Modalità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Qualità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Criticità</i>	

Salute mentale	
<i>Attori</i>	
<i>Modalità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Qualità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
<i>Criticità</i>	

Dipendenze patologiche	
<i>Attori</i>	
<i>Modalità</i>	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Qualità	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E
Criticità	

6 - INFORMATIZZAZIONE, RACCOLTA DATI E MONITORAGGIO

6.1 - L'ambulatorio è dotato di quali tra i seguenti strumenti?

- ☐ cartelle cliniche informatizzate
- ☐ gestionali e software per la gestione di appuntamenti e attività
- ☐ accesso e collegamento ai software e agli applicativi dell'azienda sanitaria di riferimento
- ☐ cartelle e agende cartacee

6.2 - Quali sono le criticità nell'utilizzo di questi sistemi? Come influenzano il tuo modo di lavorare e di garantire cure appropriate?

6.3 - Gli applicativi o gli altri strumenti in dotazione permettono la raccolta di dati e la loro estrazione?

- ☐ sì
- ☐ no

6.4 - Vengono raccolti dei dati?

Se sì, quali?

- ☐ volumi e tipologie degli accessi
- ☐ volumi e tipologia di visite/prestazioni
- ☐ volumi e tipologie di referral
- ☐ follow up ed esiti
- ☐ altro
- ☐ nessuno

6.5 - Con quale frequenza vengono svolti dei monitoraggi e delle analisi dei dati? Con quale finalità?

6.6 - Quali informazioni riguardanti la persona vengono raccolti?

- ☐ dati anagrafici (età, genere, provenienza)
- ☐ lingua parlata e livello di alfabetizzazione
- ☐ presenza di vulnerabilità ed esposizione a fattori di rischio
- ☐ dati socio demografici su condizioni di vita (es. condizioni abitative, lavoro, relazionali, status giuridico, accesso al SSR, percorso migratorio)
- ☐ barriere di accesso, esperienze e comportamenti di richiesta di cura, altre criticità

6.7 - I dati raccolti sono condivisibili?

7 - GOVERNANCE E PROCESSI DECISIONALI

7.1 - Com'è nato il servizio? Quali sono il mandato e gli obiettivi?

7.2 - Come e da chi vengono prese le decisioni che riguardano il funzionamento e le risorse di questo servizio? Quali sono i temi di maggiore disaccordo?

Se riunioni/incontri, descrivere

Partecipanti	<i>ruoli e persone</i>
Scopo e obiettivi	<i>Qual'è la finalità di questi incontri? (es. ideazione, programmazione, aggiornamenti) Con che frequenza si svolgono?</i>
Temi e punti di vista	<i>di cosa si discute? quali posizioni?</i>
Gestione riunione	<i>Viene preparato un Odg? ruoli di facilitazione? verbalizzazione? come vengono gestiti i conflitti?</i>

7.3 - Secondo te, quali altri fattori e attori, influenzano direttamente o indirettamente le decisioni riguardanti l'attività?

7.4 - Cosa servirebbe per rafforzare la governance dell'equità in questo ambito di assistenza e in generale nell'ambito dell'assistenza alle persone vulnerabilizzate?

8 - SOGGETTIVITA'

8.1 - Come stai? Come ti senti nel fare questo lavoro?

8.2 - Quando ti trovi di fronte ad un ostacolo o una difficoltà, cosa fai?

8.3 - Quali desideri ti muovono? Quali sono le tue aspettative per questo lavoro?

	Periodo 2005-2014											
	Italiani			STP			Stranieri			Totale		
	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col
Ospedalizzazioni totali	1914941	93,0		8821	0,4		134305	6,5		2058067	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili	94193	97,0	4,9	281	0,3	3,2	2638	2,7	2,0	97112	100,0	4,7
Esclusioni	795710	89,0		4955	0,6		92956	10,4		893621	100,0	
E1	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	197	100,0	0,2	197	100,0	0,0
E2	0	0,0	0,0	21	0,3	0,4	6924	99,7	7,4	6945	100,0	0,8
E3	105954	95,6	13,3	0	0,0	0,0	4837	4,4	5,2	110791	100,0	12,4
E4	0	0,0	0,0	102	100,0	2,1	0	0,0	0,0	102	100,0	0,0
E5	228074	86,3	28,7	1012	0,4	20,4	35299	13,4	38,0	264385	100,0	29,6
E6	91418	71,7	11,5	2982	2,3	60,2	33169	26,0	35,7	127569	100,0	14,3
E7	73880	97,1	9,3	283	0,4	5,7	1940	2,5	2,1	76103	100,0	8,5
E8	296384	96,4	37,2	555	0,2	11,2	10590	3,4	11,4	307529	100,0	34,4
Ospedalizzazioni totali, dopo esclusioni	1119231	96,1		3866	0,3		41349	3,6		1164446	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili, dopo esclusioni	91645	97,2	8,2	277	0,3	7,2	2329	2,5	5,6	94251	100,0	8,1
OE acute	27896	96,2	30,4	109	0,4	39,4	979	3,4	42,0	28984	100,0	30,8
OE croniche	63749	97,7	69,6	168	0,3	60,6	1350	2,1	58,0	65267	100,0	69,2
OE diabete	7767	93,7	8,5	66	0,8	23,8	453	5,5	19,5	8286	100,0	8,8
Genere												
M	554076	96,3	49,5	2086	0,4	54,0	19091	3,3	46,2	575253	100,0	49,4
F	565155	95,9	50,5	1780	0,3	46,0	22258	3,8	53,8	589193	100,0	50,6
Classe di età												
18-24	35478	87,8	3,2	570	1,4	14,7	4350	10,8	10,5	40398	100,0	3,5
25-44	168733	87,9	15,1	2072	1,1	53,6	21084	11,0	51,0	191889	100,0	16,5
45-64	295385	95,6	26,4	961	0,3	24,9	12774	4,1	30,9	309120	100,0	26,5
65-74	233574	99,1	20,9	188	0,1	4,9	2010	0,9	4,9	235772	100,0	20,2
75+	386061	99,7	34,5	75	0,0	1,9	1131	0,3	2,7	387267	100,0	33,3
Stato civile												
Coniugato	202202	97,9	18,1	166	0,1	4,3	4269	2,1	10,3	206637	100,0	17,7
Non coniugato	397938	97,0	35,6	637	0,2	16,5	11817	2,9	28,6	410392	100,0	35,2
Missing	519091	94,8	46,4	3063	0,6	79,2	25263	4,6	61,1	547417	100,0	47,0
Area di provenienza												
Europa	1119231	98,1	100,0	2009	0,2	52,0	19244	1,7	46,5	1140484	100,0	97,9
Africa settentrionale	0	0,0	0,0	822	8,6	21,3	8736	91,4	21,1	9558	100,0	0,8
Africa occidentale	0	0,0	0,0	217	11,4	5,6	1679	88,6	4,1	1896	100,0	0,2
Africa orientale	0	0,0	0,0	81	8,0	2,1	929	92,0	2,2	1010	100,0	0,1
Africa centro meridionale	0	0,0	0,0	66	14,7	1,7	384	85,3	0,9	450	100,0	0,0
Asia occidentale	0	0,0	0,0	61	12,2	1,6	441	87,8	1,1	502	100,0	0,0
Asia centro meridionale	0	0,0	0,0	269	5,6	7,0	4504	94,4	10,9	4773	100,0	0,4
Asia orientale	0	0,0	0,0	133	5,0	3,4	2510	95,0	6,1	2643	100,0	0,2
America centro meridionale	0	0,0	0,0	202	8,3	5,2	2241	91,7	5,4	2443	100,0	0,2
Apolide	0	0,0	0,0	6	0,9	0,2	681	99,1	1,6	687	100,0	0,1

	2005-2024											
	Italiani			STP			Stranieri			Totale		
	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col
Ospedalizzazioni totali	3521118	92,4		13109	0,3		275707	7,2		3809934	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili	167476	96,5	4,8	507	0,3	3,9	5648	3,3	2,0	173631	100,0	4,6
Esclusioni	1449955	88,4		6831	0,4		183841	11,2		1640627	100,0	
E1	0	0,0	0,0	1	0,3	0,0	329	99,7	0,2	330	100,0	0,0
E2	0	0,0	0,0	36	0,3	0,5	13424	99,7	7,3	13460	100,0	0,8
E3	192466	94,8	13,3	0	0,0	0,0	10482	5,2	5,7	202948	100,0	12,4
E4	0	0,0	0,0	140	100,0	2,0	0	0,0	0,0	140	100,0	0,0
E5	400798	85,2	27,6	1821	0,4	26,7	67909	14,4	36,9	470528	100,0	28,7
E6	155712	70,5	10,7	3415	1,5	50,0	61752	28,0	33,6	220879	100,0	13,5
E7	192260	96,3	13,3	693	0,3	10,1	6703	3,4	3,6	199656	100,0	12,2
E8	508719	95,5	35,1	725	0,1	10,6	23242	4,4	12,6	532686	100,0	32,5
Ospedalizzazioni totali, dopo esclusioni	2071163	95,5		6278	0,3		91866	4,2		2169307	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili, dopo esclusioni	163055	96,7	7,9	496	0,3	7,9	5016	3,0	5,5	168567	100,0	7,8
OE acute	58169	95,8	35,7	224	0,4	45,2	2325	3,8	46,4	60718	100,0	36,0
OE croniche	104886	97,3	64,3	272	0,3	54,8	2691	2,5	53,6	107849	100,0	64,0
OE diabete	11369	92,3	7,0	93	0,8	18,8	858	7,0	17,1	12320	100,0	7,3
Genere												
M	1035235	95,7	50,0	3704	0,3	59,0	42518	3,9	46,3	1081457	100,0	49,9
F	1035928	95,2	50,0	2574	0,2	41,0	49348	4,5	53,7	1087850	100,0	50,1
Classe di età												
18-24	63633	87,9	3,1	814	1,1	13,0	7959	11,0	8,7	72406	100,0	3,3
25-44	271073	86,2	13,1	3149	1,0	50,2	40219	12,8	43,8	314441	100,0	14,5
45-64	559797	94,1	27,0	1749	0,3	27,9	33211	5,6	36,2	594757	100,0	27,4
65-74	428446	98,3	20,7	412	0,1	6,6	7179	1,6	7,8	436037	100,0	20,1
75+	748214	99,5	36,1	154	0,0	2,5	3298	0,4	3,6	751666	100,0	34,7
Stato civile												
Coniugato	350195	97,3	16,9	275	0,1	4,4	9493	2,6	10,3	359963	100,0	16,6
Non coniugato	1093209	95,4	52,8	2500	0,2	39,8	49733	4,3	54,1	1145442	100,0	52,8
Missing	627759	94,6	30,3	3503	0,5	55,8	32640	4,9	35,5	663902	100,0	30,6
Area di provenienza												
Europa	2071163	97,7	100,0	3062	0,1	48,8	45101	2,1	49,1	2119326	100,0	97,7
Africa settentrionale	0	0,0	0,0	1386	7,8	22,1	16464	92,2	17,9	17850	100,0	0,8
Africa occidentale	0	0,0	0,0	409	9,3	6,5	3999	90,7	4,4	4408	100,0	0,2
Africa orientale	0	0,0	0,0	126	7,4	2,0	1577	92,6	1,7	1703	100,0	0,1
Africa centro meridionale	0	0,0	0,0	107	10,9	1,7	877	89,1	1,0	984	100,0	0,0
Asia occidentale	0	0,0	0,0	94	7,9	1,5	1095	92,1	1,2	1189	100,0	0,1
Asia centro meridionale	0	0,0	0,0	488	4,5	7,8	10426	95,5	11,3	10914	100,0	0,5
Asia orientale	0	0,0	0,0	191	3,1	3,0	5912	96,9	6,4	6103	100,0	0,3
America centro meridionale	0	0,0	0,0	324	6,3	5,2	4779	93,7	5,2	5103	100,0	0,2
Apolide	0	0,0	0,0	91	5,3	1,4	1636	94,7	1,8	1727	100,0	0,1

	Periodo 2015-2024											
	Italiani			STP			Stranieri			Totale		
	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col	N	% riga	% col
Ospedalizzazioni totali	1606177	91,7		4288	0,2		141402	8,1		1751867	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili	73283	95,8	4,6	226	0,3	5,3	3010	3,9	2,1	76519	100,0	4,4
Esclusioni	654245	87,6		1876	0,3		90885	12,2		747006	100,0	
E1	0	0,0	0,0	1	0,8	0,1	132	99,2	0,1	133	100,0	0,0
E2	0	0,0	0,0	15	0,2	0,8	6500	99,8	7,2	6515	100,0	0,9
E3	86512	93,9	13,2	0	0,0	0,0	5645	6,1	6,2	92157	100,0	12,3
E4	0	0,0	0,0	38	100,0	2,0	0	0,0	0,0	38	100,0	0,0
E5	172724	83,8	26,4	809	0,4	43,1	32610	15,8	35,9	206143	100,0	27,6
E6	64294	68,9	9,8	433	0,5	23,1	28583	30,6	31,4	93310	100,0	12,5
E7	118380	95,8	18,1	410	0,3	21,9	4763	3,9	5,2	123553	100,0	16,5
E8	212335	94,3	32,5	170	0,1	9,1	12652	5,6	13,9	225157	100,0	30,1
Ospedalizzazioni totali, dopo esclusioni	951932	94,7		2412	0,2		50517	5,0		1004861	100,0	
Ospedalizzazioni evitabili, dopo esclusioni	71410	96,1	7,5	219	0,3	9,1	2687	3,6	5,3	74316	100,0	7,4
OE acute	30273	95,4	42,4	115	0,4	52,5	1346	4,2	50,1	31734	100,0	42,7
OE croniche	41137	96,6	57,6	104	0,2	47,5	1341	3,1	49,9	42582	100,0	57,3
OE diabete	3602	89,3	5,0	27	0,7	12,3	405	10,0	15,1	4034	100,0	5,4
Genere												
M	481159	95,1	50,5	1618	0,3	67,1	23427	4,6	46,4	506204	100,0	50,4
F	470773	94,4	49,5	794	0,2	32,9	27090	5,4	53,6	498657	100,0	49,6
Classe di età												
18-24	28155	88,0	3,0	244	0,8	10,1	3609	11,3	7,1	32008	100,0	3,2
25-44	102340	83,5	10,8	1077	0,9	44,7	19135	15,6	37,9	122552	100,0	12,2
45-64	264412	92,6	27,8	788	0,3	32,7	20437	7,2	40,5	285637	100,0	28,4
65-74	194872	97,3	20,5	224	0,1	9,3	5169	2,6	10,2	200265	100,0	19,9
75+	362153	99,4	38,0	79	0,0	3,3	2167	0,6	4,3	364399	100,0	36,3
Stato civile												
Coniugato	147993	96,5	15,5	109	0,1	4,5	5224	3,4	10,3	153326	100,0	15,3
Non coniugato	695271	94,6	73,0	1863	0,3	77,2	37916	5,2	75,1	735050	100,0	73,1
Missing	108668	93,3	11,4	440	0,4	18,2	7377	6,3	14,6	116485	100,0	11,6
Area di provenienza												
Europa	951932	97,3	100,0	1053	0,1	43,7	25857	2,6	51,2	978842	100,0	97,4
Africa settentrionale	0	0,0	0,0	564	6,8	23,4	7728	93,2	15,3	8292	100,0	0,8
Africa occidentale	0	0,0	0,0	192	7,6	8,0	2320	92,4	4,6	2512	100,0	0,2
Africa orientale	0	0,0	0,0	45	6,5	1,9	648	93,5	1,3	693	100,0	0,1
Africa centro meridionale	0	0,0	0,0	41	7,7	1,7	493	92,3	1,0	534	100,0	0,1
Asia occidentale	0	0,0	0,0	33	4,8	1,4	654	95,2	1,3	687	100,0	0,1
Asia centro meridionale	0	0,0	0,0	219	3,6	9,1	5922	96,4	11,7	6141	100,0	0,6
Asia orientale	0	0,0	0,0	58	1,7	2,4	3402	98,3	6,7	3460	100,0	0,3
America centro meridionale	0	0,0	0,0	122	4,6	5,1	2538	95,4	5,0	2660	100,0	0,3
Apolide	0	0,0	0,0	85	8,2	3,5	955	91,8	1,9	1040	100,0	0,1

Tabella A5 - LR 2005-2014

PQ_overall	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	2,079162	.1759202	8.65	0.000	1,761438 2,454197
Stranieri	1,573954	.0856532	8.34	0.000	1,41472 1,751111
M	1				
F	.9344463	.0066281	-9.56	0.000	.9215452 .9475279
18-24	.4887894	.0189671	-18.45	0.000	.452993 .5274144
25-44	.4936547	.0099876	-34.89	0.000	.4744624 .5136233
45-64	1				
65-74	2,082833	.0277139	55.14	0.000	2,029217 2,137866
75+	5,981301	.067217	159.16	0.000	5,850998 6,114506
Coniugato	1				
Non coniugato	1,308608	.0158923	22.15	0.000	1,277828 1,34013
Stato civile mancante	1,893035	.0210842	57.30	0.000	1,852158 1,934813
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	1,054819	.0727263	0.77	0.439	.9214897 1,20744
Africa settentrionale	1,69873	.1136389	7.92	0.000	1,489985 1,936719
Africa occidentale	1,776486	.1947577	5.24	0.000	1,432992 2,202316
Africa orientale	1,418275	.1891948	2.62	0.009	1,091973 1,842082
Africa centro meridionale	1,808709	.3658152	2.93	0.003	1,216778 2,688599
Asia occidentale	.7927245	.1756552	-1.05	0.295	.5134634 1,223869
Asia centro meridionale	2,139636	.1649205	9.87	0.000	1,83963 2,488568
Asia orientale	1,296239	.1291864	2.60	0.009	1,066233 1,575861
America centro meridionale	.8925823	.1059497	-0.96	0.338	.7073112 1,126383
Oceania	.887271	.5495481	-0.19	0.847	.2635412 2,987199
Apolide	.5132525	.1007698	-3.40	0.001	.3493091 .7541406
cons	.0222721	.0003119	-271.62	0.000	.0216691 .022892

PQ_chronic	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	2,063727	.2301613	6.50	0.000	1,658518 2,567936
Stranieri	1,403361	.105058	4.53	0.000	1,211845 1,625144
M	1				
F	.9626148	.0080303	-4.57	0.000	.9470036 .9784833
18-24	.2105861	.0144935	-22.64	0.000	.1840119 .2409979
25-44	.2945464	.0086855	-41.45	0.000	.2780057 .3120712
45-64	1				
65-74	2,178822	.0343384	49.42	0.000	2,112549 2,247175
75+	5,843867	.0784196	131.56	0.000	5,692171 5,999606
Coniugato	1				
Non coniugato	1,264364	.0178292	16.63	0.000	1,229898 1,299796
Stato civile mancante	1,718911	.0222205	41.90	0.000	1,675907 1,763019
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	1,109614	.1033096	1.12	0.264	.9245317 1,331749
Africa settentrionale	2,073147	.1848312	8.18	0.000	1,74077 2,468988
Africa occidentale	2,182096	.3170576	5.37	0.000	1,641325 2,901036
Africa orientale	1,449215	.2495095	2.15	0.031	1,034148 2,030874
Africa centro meridionale	2,373846	.6116309	3.36	0.001	1,43264 3,933399
Asia occidentale	.8671638	.2414192	-0.51	0.609	.5024882 1,496499
Asia centro meridionale	2,782199	.2824446	10.08	0.000	2,280214 3,394696
Asia orientale	1,247184	.1688076	1.63	0.103	.9565764 1,626079
America centro meridionale	.6916248	.1232076	-2.07	0.038	.4877931 .9806307
Oceania	1,525791	.9508455	0.68	0.498	.4498227 5,175455
Apolide	.3838917	.1089129	-3.37	0.001	.2201489 .6694234
cons	.0159385	.0002629	-250.91	0.000	.0154314 .0164622

PQ_acute	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	1,964851	.245823	5.40	0.000	1,537572 2,510866
Stranieri	1,743751	.1336106	7.26	0.000	1,500594 2,026309
M	1				
F	.887628	.0107536	-9.84	0.000	.8667997 .9089568
18-24	1,135569	.0547434	2.64	0.008	1,033187 1,248096
25-44	.96089	.0279314	-1.37	0.170	.9076758 1,017224
45-64	1				
65-74	1,78009	.0427653	24.00	0.000	1,698215 1,865914
75+	5,041078	.0996096	81.87	0.000	4,849579 5,240139
Coniugato	1				
Non coniugato	1,37583	.0306556	14.32	0.000	1,317039 1,437245
Stato civile mancante	2,123048	.0433677	36.86	0.000	2,039727 2,209771
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.9972152	.0988614	-0.03	0.978	.821113 1,211086
Africa settentrionale	1,225299	.1201415	2.07	0.038	1,011069 1,48492
Africa occidentale	1,358122	.2188235	1.90	0.057	.9903557 1,862456
Africa orientale	1,309458	.2570247	1.37	0.170	.8912819 1,923837
Africa centro meridionale	1,240864	.3909646	0.68	0.493	.6691638 2,300997
Asia occidentale	.7269999	.2519494	-0.92	0.358	.3685884 1,433927
Asia centro meridionale	1,45074	.1667963	3.24	0.001	1,158041 1,817418
Asia orientale	1,332887	.187106	2.05	0.041	1,01229 1,75502
America centro meridionale	1,120809	.1729748	0.74	0.460	.8282575 1,516693
Oceania	1,				
Apolide	.786759	.2040369	-0.92	0.355	.4732518 1,30795
cons	.0064008	.0001624	-199.13	0.000	.0060904 .0067271

PQ_Diab_all	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,075038	.544567	6.34	0.000	2,173246 4,35103
Stranieri	1,780223	.220915	4.65	0.000	1,395871 2,270405
M	1				
F	.8372218	.0187037	-7.95	0.000	.8013542 .8746948
18-24	.3983853	.037543	-9.77	0.000	.331198 .4792022
25-44	.4329216	.0202786	-17.87	0.000	.3949462 .4745485
45-64	1				
65-74	1,370834	.0437668	9.88	0.000	1,287681 1,459356
75+	1,450295	.0416599	12.94	0.000	1,370899 1,53429
Coniugato	1				
Non coniugato	1,073651	.0382178	2.00	0.046	1,001299 1,151232
Stato civile mancante	1,424274	.0461818	10.91	0.000	1,336575 1,517727
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.4875185	.0906776	-3.86	0.000	.338586 .7019612
Africa settentrionale	2,493095	.3547517	6.42	0.000	1,886333 3,295031
Africa occidentale	1,975463	.4540056	2.96	0.003	1,259052 3,099518
Africa orientale	3,159458	.7215603	5.04	0.000	2,019363 4,943231
Africa centro meridionale	2,753177	.994052	2.80	0.005	1,356758 5,586835
Asia occidentale	1,275271	.5472812	0.57	0.571	.5499332 2,957295
Asia centro meridionale	2,787207	.445184	6.42	0.000	2,038036 3,811769
Asia orientale	.8956813	.2289915	-0.43	0.667	.5426675 1,478336
America centro meridionale	.7528575	.2219125	-0.96	0.336	.4224861 1,341569
Oceania	1,				
Apolide	.5401642	.279048	-1.19	0.233	.196244 1,486809
cons	.0055065	.0001937	-147.90	0.000	.0051397 .0058995

Tabelle A5 - LR 2005-2024

PQ_overall	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	2,575158	.1552155	15.69	0.000	2,288223 2,898073
Stranieri	1,674018	.057618	14.97	0.000	1,564814 1,790843
M	1				
F	.9383072	.0049478	-12.08	0.000	.9286597 .9480549
2005-2014	1				
2015-2024	.9715472	.0057727	-4.86	0.000	.9602985 .9829277
18-24	.5417663	.015591	-21.30	0.000	.5120543 .5732022
25-44	.5728077	.0087452	-36.50	0.000	.5559212 .5902071
45-64	1				
65-74	2,04244	.0208212	70.05	0.000	2,002037 2,083659
75+	6,302493	.0535085	216.84	0.000	6,198486 6,408245
Coniugato	1				
Non coniugato	1,507454	.0135003	45.83	0.000	1,481224 1,534148
Stato civile mancante	2,167083	.019778	84.74	0.000	2,128664 2,206196
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.9246267	.0415672	-1.74	0.081	.8466426 1,009794
Africa settentrionale	1,521114	.0679822	9.39	0.000	1,393541 1,660367
Africa occidentale	1,704255	.1231397	7.38	0.000	1,479216 1,963529
Africa orientale	1,293016	.1282637	2.59	0.010	1,064553 1,570511
Africa centro meridionale	1,260066	.1833523	1.59	0.112	.9474036 1,675914
Asia occidentale	.8314021	.1151242	-1.33	0.182	.6337898 1,090629
Asia centro meridionale	1,800528	.0916879	11.55	0.000	1,6295 1,989507
Asia orientale	1,088464	.0732469	1.26	0.208	.9539672 1,241923
America centro meridionale	.8192852	.0649658	-2.51	0.012	.7013558 .9570437
Oceania	.5595148	.2948598	-1.10	0.271	.1991752 1,571766
Apolide	.374799	.0514372	-7.15	0.000	.2864047 .4904749
cons	.0189458	.0002124	-353.84	0.000	.0185341 .0193666

PQ_chronic	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	2,602803	.2130355	11.69	0.000	2,217031 3,055701
Stranieri	1,583861	.0766094	9.51	0.000	1,440607 1,74136
M	1				
F	.9645061	.0062153	-5.61	0.000	.9524008 .9767652
2005-2014	1				
2015-2024	.7850394	.0057478	-33.06	0.000	.7738543 .7963861
18-24	.2137294	.0119978	-27.49	0.000	.1914615 .2385871
25-44	.3288818	.0077943	-46.92	0.000	.3139547 .3445187
45-64	1				
65-74	2,177913	.0276201	61.38	0.000	2,124446 2,232726
75+	6,37428	.0680609	173.48	0.000	6,242269 6,509082
Coniugato	1				
Non coniugato	1,379384	.0148909	29.79	0.000	1,350505 1,408881
Stato civile mancante	1,937298	.0210513	60.86	0.000	1,896474 1,979
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.9115025	.0570229	-1.48	0.139	.8063199 1,030406
Africa settentrionale	1,780911	.107776	9.54	0.000	1,58172 2,005186
Africa occidentale	2,151549	.2141735	7.70	0.000	1,770188 2,615069
Africa orientale	1,418458	.1797476	2.76	0.006	1,106501 1,818365
Africa centro meridionale	1,683588	.3121209	2.81	0.005	1,170661 2,421254
Asia occidentale	.9726609	.1690936	-0.16	0.873	.6918041 1,367539
Asia centro meridionale	2,145109	.1492547	10.97	0.000	1,871645 2,458528
Asia orientale	1,073377	.0996909	0.76	0.446	.894739 1,287682
America centro meridionale	.5745314	.07234	-4.40	0.000	.4488879 .7353424
Oceania	1,018301	.5392286	0.03	0.973	.3606889 2,874878
Apolide	.3400922	.0644893	-5.69	0.000	.234525 .4931785
cons	.0135892	.0001859	-314.18	0.000	.0132297 .0139585

PQ_acute	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	2,439177	.2080546	10.45	0.000	2,063661 2,883024
Stranieri	1,701558	.0807115	11.21	0.000	1,550497 1,867336
M	1				
F	.9046343	.0075729	-11.97	0.000	.8899129 .9195994
2005-2014	1				
2015-2024	1,395366	.0132077	35.20	0.000	1,369718 1,421494
18-24	1,101202	.0376378	2.82	0.005	1,02985 1,177498
25-44	1,009383	.0207674	0.45	0.650	.9694898 1,050918
45-64	1				
65-74	1,752803	.0292889	33.59	0.000	1,696327 1,811158
75+	5,104973	.0692271	120.22	0.000	4,971078 5,242475
Coniugato	1				
Non coniugato	1,694279	.0257617	34.68	0.000	1,644532 1,745531
Stato civile mancante	2,386861	.0374398	55.46	0.000	2,314597 2,461381
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.9449493	.0589459	-0.91	0.364	.8362009 1,067841
Africa settentrionale	1,208777	.0773012	2.96	0.003	1,066379 1,370188
Africa occidentale	1,312057	.1333404	2.67	0.008	1,075097 1,601245
Africa orientale	1,092773	.1623234	0.60	0.550	.8167521 1,462075
Africa centro meridionale	.8753749	.1981462	-0.59	0.557	.5617198 1,36417
Asia occidentale	.6752049	.1465371	-1.81	0.070	.4412682 1,033162
Asia centro meridionale	1,42687	.1026218	4.94	0.000	1,239268 1,642872
Asia orientale	1,098609	.1028951	1.00	0.315	.914366 1,319976
America centro meridionale	1,089615	.1083825	0.86	0.388	.8966132 1,324161
Oceania	1,				
Apolide	.4616595	.0882908	-4.04	0.000	.3173455 .6716008
cons	.0055165	.000104	-275.77	0.000	.0053163 .0057242

PQ_Diab_all	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,018027	.4211291	7.92	0.000	2,295875 3,967327
Stranieri	2,002107	.1758958	7.90	0.000	1,685406 2,378318
M	1				
F	.7936568	.0145557	-12.60	0.000	.7656347 .8227045
2005-2014	1				
2015-2024	.5963065	.0127845	-24.11	0.000	.5717684 .6218976
18-24	.4001101	.0312469	-11.73	0.000	.3433241 .4662885
25-44	.4624312	.0179895	-19.83	0.000	.4284831 .4990689
45-64	1				
65-74	1,401785	.0373434	12.68	0.000	1,330472 1,476922
75+	1,575311	.0372146	19.24	0.000	1,504035 1,649965
Coniugato	1				
Non coniugato	1,254318	.0369368	7.69	0.000	1,183973 1,328843
Stato civile mancante	1,672288	.0489474	17.57	0.000	1,579052 1,771028
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.6397955	.0802647	-3.56	0.000	.500328 .8181399
Africa settentrionale	2,490189	.2567909	8.85	0.000	2,034489 3,047959
Africa occidentale	2,315438	.3674429	5.29	0.000	1,6965 3,160185
Africa orientale	2,976729	.5440399	5.97	0.000	2,080511 4,259009
Africa centro meridionale	2,599323	.6969992	3.56	0.000	1,536787 4,396499
Asia occidentale	1,328573	.4029108	0.94	0.349	.7332386 2,407276
Asia centro meridionale	2,394333	.2806343	7.45	0.000	1,902905 3,012673
Asia orientale	.9991905	.1756604	-0.00	0.996	.7079535 1,410236
America centro meridionale	.6481843	.1494853	-1.88	0.060	.4124707 1,018601
Oceania	1,				
Apolide	.5547108	.1916735	-1.71	0.088	.2818022 1,091915
cons	.0046665	.0001463	-171.20	0.000	.0043884 .0049622

Tabella A5 - LR 2015-2024

PQ_overall	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,399433	.3010631	13.82	0.000	2,857734 4,043815
Stranieri	1,771133	.0789225	12.83	0.000	1,62301 1,932775
M	1				
F	.9468472	.0074736	-6.92	0.000	.932312 .961609
18-24	.623887	.026823	-10.97	0.000	.5734689 .6787376
25-44	.7104859	.0165712	-14.65	0.000	.6787382 .7437186
45-64	1				
65-74	1,978473	.0314555	42.92	0.000	1,917772 2,041095
75+	6,751855	.0876168	147.17	0.000	6,582295 6,925784
Coniugato	1				
Non coniugato	1,816875	.0250887	43.24	0.000	1,768361 1,866719
Stato civile mancante	2,745764	.0441444	62.83	0.000	2,660592 2,833663
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.8314566	.049624	-3.09	0.002	.7396686 .9346349
Africa settentrionale	1,384558	.0845843	5.33	0.000	1,228316 1,560673
Africa occidentale	1,567857	.1511867	4.66	0.000	1,297854 1,89403
Africa orientale	1,186995	.1789856	1.14	0.256	.8832779 1,595147
Africa centro meridionale	.911913	.1915552	-0.44	0.661	.6041589 1,376435
Asia occidentale	.8438517	.1499362	-0.96	0.339	.5956951 1,195386
Asia centro meridionale	1,536767	.1048375	6.30	0.000	1,344434 1,756615
Asia orientale	.9517898	.0873418	-0.54	0.590	.7951148 1,139337
America centro meridionale	.766181	.0819309	-2.49	0.013	.6213108 .9488303
Oceania	.2544553	.2625046	-1.33	0.185	.0336886 1,921939
Apolide	.279851	.0541339	-6.58	0.000	.1915455 .4088668
cons	.0145816	.0002541	-242.63	0.000	.014092 .0150882

PQ_chronic	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,611292	.4545036	10.20	0.000	2,821848 4,621592
Stranieri	1,832025	.1165106	9.52	0.000	1,617327 2,075224
M	1				
F	.9687455	.0098383	-3.13	0.002	.9496534 .9882214
18-24	.2150018	.0209139	-15.80	0.000	.1776819 .2601604
25-44	.395969	.0158347	-23.17	0.000	.3661186 .4282531
45-64	1				
65-74	2,168014	.0464413	36.12	0.000	2,078876 2,260975
75+	7,355087	.1302163	112.71	0.000	7,104245 7,614786
Coniugato	1				
Non coniugato	1,623964	.0283627	27.76	0.000	1,569315 1,680517
Stato civile mancante	2,591278	.0522101	47.26	0.000	2,490942 2,695655
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.7522149	.0642925	-3.33	0.001	.6361931 .8893954
Africa settentrionale	1,519275	.127709	4.98	0.000	1,288502 1,79138
Africa occidentale	2,11092	.2899017	5.44	0.000	1,612771 2,762937
Africa orientale	1,434067	.2717937	1.90	0.057	.9891092 2,079193
Africa centro meridionale	1,218593	.3271137	0.74	0.461	.7200553 2,062298
Asia occidentale	1,019594	.2275729	0.09	0.931	.6583238 1,57912
Asia centro meridionale	1,656331	.1607196	5.20	0.000	1,369468 2,003282
Asia orientale	.9454588	.1214072	-0.44	0.662	.7350876 1,216035
America centro meridionale	.4791877	.0858736	-4.11	0.000	.33726 .6808423
Oceania	.4665117	.4835202	-0.74	0.462	.0611825 3,557116
Apolide	.2825293	.0721618	-4.95	0.000	.1712597 .4660921
cons	.0080648	.0001849	-210.20	0.000	.0077103 .0084355

PQ_acute	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,068929	.3638651	9.46	0.000	2,432567 3,871764
Stranieri	1,672415	.1012009	8.50	0.000	1,485375 1,883006
M	1				
F	.9257271	.0107263	-6.66	0.000	.9049408 .9469908
18-24	1,083086	.052669	1.64	0.101	.9846232 1,191394
25-44	1,072415	.0313771	2.39	0.017	1,012647 1,13571
45-64	1				
65-74	1,724403	.040146	23.40	0.000	1,647487 1,804911
75+	5,160687	.0962263	88.01	0.000	4,975491 5,352776
Coniugato	1				
Non coniugato	1,99224	.0429231	31.99	0.000	1,909864 2,07817
Stato civile mancante	2,601419	.064771	38.40	0.000	2,477518 2,731516
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.905436	.0729045	-1.23	0.217	.7732504 1,060218
Africa settentrionale	1,181261	.1006459	1.96	0.051	.9995901 1,395951
Africa occidentale	1,260899	.1655895	1.77	0.078	.9747537 1,631044
Africa orientale	.8677132	.2010432	-0.61	0.540	.5510089 1,36645
Africa centro meridionale	.6509419	.2123684	-1.32	0.188	.3434311 1,2338
Asia occidentale	.642286	.1788041	-1.59	0.112	.3721903 1,108388
Asia centro meridionale	1,395983	.128851	3.61	0.000	1,164965 1,672812
Asia orientale	.9506596	.120175	-0.40	0.689	.7420322 1,217944
America centro meridionale	1,056825	.1377584	0.42	0.672	.8185548 1,364451
Oceania	1,				
Apolide	.3023736	.0867258	-4.17	0.000	.1723475 .5304968
cons	.0066027	.000173	-191.56	0.000	.0062721 .0069507

PQ_Diab_all	Odds ratio	Std. err.	z	P>z	[95% conf. interval]
Italiani	1				
STP	3,011897	.7187532	4.62	0.000	1,886736 4,808052
Stranieri	2,348501	.2937274	6.83	0.000	1,837938 3,000894
M	1				
F	.7137968	.0229924	-10.47	0.000	.6701255 .760314
18-24	.4123969	.057806	-6.32	0.000	.3133299 .5427864
25-44	.5436315	.0380276	-8.71	0.000	.4739824 .6235152
45-64	1				
65-74	1,461253	.0705723	7.85	0.000	1,329279 1,60633
75+	1,863434	.0776744	14.93	0.000	1,717248 2,022065
Coniugato	1				
Non coniugato	1,867018	.108084	10.78	0.000	1,666754 2,091345
Stato civile mancante	2,941573	.1933266	16.42	0.000	2,58605 3,345973
Unione Europea	1				
Europa centro orientale	.8257103	.1411899	-1.12	0.263	.5905804 1,154453
Africa settentrionale	2,552548	.3848895	6.21	0.000	1,899435 3,430232
Africa occidentale	2,640454	.5816696	4.41	0.000	1,714613 4,066222
Africa orientale	2,776349	.8799644	3.22	0.001	1,491714 5,167287
Africa centro meridionale	2,356861	.945978	2.14	0.033	1,073212 5,175859
Asia occidentale	1,372402	.5879819	0.74	0.460	.5926509 3,178074
Asia centro meridionale	1,951042	.3401257	3.83	0.000	1,386361 2,745723
Asia orientale	1,119212	.2711609	0.46	0.642	.6961207 1,799451
America centro meridionale	.5311896	.1990659	-1.69	0.091	.2548342 1,107239
Oceania	1,				
Apolide	.5144384	.2395924	-1.43	0.154	.2064897 1,281647
cons	.001766	.0001115	-100.39	0.000	.0015604 .0019986