

Disabilità e migrazioni: la “tripla barriera” della disuguaglianza

Roberta Teresa Di Rosa

Università degli Studi di Palermo

Giuseppina Tumminelli

Università degli Studi di Palermo

Riassunto

Parlare di “disabilità” facendo riferimento ai migranti vuol dire affrontare un tema complesso e nascosto, in particolar modo per l’assenza di dati e di informazioni e per la non adeguatezza dei sistemi di rilevazione e di approfondimento. Nel caso specifico, la disabilità è amplificata a causa della connessione tra salute mentale/fisica e svantaggio sociale e genera condizioni peculiari, definite “tripla barriera” della disuguaglianza sanitaria: determinanti diseguali della salute mentale (legati all’equilibrio tra fattori di rischio e di protezione), accesso iniquo al supporto per la salute mentale, ed esperienze e risultati delle cure diversi (PICUM, 2022; Pasini e Merotta, 2023). Obiettivo del contributo sarà di presentare i primi risultati di una ricerca esplorativa sulla situazione di migranti con disabilità presenti nel Sistema di Accoglienza e di Integrazione (SAI) nel territorio di Palermo e di proporre spunti di riflessione rispetto alle criticità emerse nel sistema in risposta ai bisogni di migranti in arrivo, alle disuguaglianze e alle disparità nell’accesso ai servizi socio-sanitari.

Parole chiave: migranti, disabilità, accoglienza, partecipazione sociale

Abstract. *Discussing Disability in the Context of Migration: Barriers and Challenges in the Reception System*

Talking about disability in relation to migrants means addressing a complex and often overlooked issue, mainly due to the lack of data and information, as well as the inadequacy of detection and analysis systems. In this specific case, disability is exacerbated by the intersection of mental/physical health and social disadvantage, leading to a distinctive condition referred to as the “triple barrier” of health inequality: unequal determinants of mental health (linked to the balance between risk and protective factors), inequitable access to mental health support, and differing experiences and outcomes of care (PICUM, 2022; Pasini and Merotta, 2023). This study aims to present the initial findings of an exploratory research on the situation of migrants with disabilities within the Reception and Integration System (SAI) in the Palermo area. Additionally, it seeks to offer reflections on the critical issues that have emerged in the system’s response to the needs of incoming migrants, as well as the inequalities and disparities in access to social and healthcare services.

Keywords: migrants, disability, social participation

DOI: 10.32049/RTSA.2025.1.11

1. Introduzione

Le migrazioni sono oggetto di studio, di analisi e di politiche in Italia già da diversi anni. L’attenzione alla dimensione della disabilità dei migranti, al contrario, è comparsa nella letteratura nazionale (Frasca, 2011; Lepore, 2010; Pisani e Grech, 2015; Colombo, Tarantino e

¹ Questo articolo è stato realizzato nell’ambito del progetto europeo “Global-ANSWER” e riflette esclusivamente il punto di vista delle autrici Roberta T. Di Rosa e Giuseppina Tumminelli (Università di Palermo). L’Agenzia e la Commissione non sono responsabili dell’uso che può essere fatto delle informazioni in essa contenute. Questo progetto è stato finanziato dal programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 dell’Unione Europea nell’ambito dell’accordo di sovvenzione Marie Skłodowska-Curie n. 872209. Entrambe le autrici hanno contribuito in egual misura a questo lavoro. In particolare, il paragrafo 1 è risultato del lavoro di entrambe le autrici, i paragrafi 3 e 4 sono da attribuire a Giuseppina Tumminelli, mentre i paragrafi 2 e 5 a Roberta Teresa Di Rosa.

Boccagni, 2022; Griffo e D'Errico, 2022; Valtolina, Pavesi, 2022) e internazionale (Seipel, 1994; Traustadóttir, 2008; Knapp e Midgley, 2010; Burns, 2017; Crock *et al.*, 2017; Martin-Cano *et al.*, 2020) in tempi abbastanza recenti, mentre ancora più recenti sono i riconoscimenti di questa situazione specifica nelle procedure di accoglienza e nei servizi. Eppure, l'intersezione tra esperienze di migrazione, di ricerca di asilo e la disabilità come situazione di vita intersecante non è rara.

Nel caso dei rifugiati, la tendenza europea è quella di sottostimare il numero di presenze di persone con disabilità: non risultano rilevazioni che tengano conto di come e quando le disabilità siano state acquisite (ad esempio durante il percorso migratorio o per effetto di eventi precedenti alla migrazione) o se siano risalenti alla nascita; inoltre, deficitarie risultano essere le informazioni differenziate per sesso, età o tipo di disabilità (Mackelprang, 2008; Crock *et al.*, 2017, pp. 4-5). Altresì, mancano dati specifici che tengano conto di come precedenti disabilità poste in interazione con altre barriere sociali e legali incontrate durante il percorso migratorio possano esacerbarne aspetti di vulnerabilità.

A livello nazionale, sono rare le ricerche dedicate alla conoscenza della vita quotidiana di persone che al contempo siano migranti e disabili, per cui sono ancora in gran parte da esplorare questioni come la specificità dei problemi, gli interventi e le strategie di risposta messe in atto dagli stessi caregiver dei disabili e gli interventi e le metodologie di azione realizzate dai servizi per questo specifico target (Pennacchio, 2020). L'assistenza sanitaria e sociale, la fornitura degli ausili necessari e le opzioni partecipative/inclusive pongono problemi per la pratica del lavoro sociale con i rifugiati con bisogni speciali, poiché richiedono soluzioni individuali e a lungo termine che non sempre coincidono nella tempistica e nei contenuti con l'accesso ai servizi e ai diritti.

I residenti migranti sono in costante aumento e, come il resto della popolazione, presentano bisogni di inclusione e salute legati a fenomeni di disabilità congenita o acquisita. Infine, non si può trascurare la specificità dell'esperienza di persone immigrate da tempo, le quali – a causa di problemi di salute mentale o disabilità – vivono nel territorio di arrivo in situazione di povertà o esclusione sociale (Colombo, Tarantino, Boccagni, 2022; Frascà, 2011).

Nonostante nelle norme internazionali sia previsto un sostegno e una protezione speciali a

gruppi di persone cosiddette vulnerabili, come i minori, le persone con disabilità, gli anziani, le donne (incinte) o i minori stranieri non accompagnati, nella realtà del sistema di accoglienza permangono criticità strutturali di accesso alle protezioni speciali, legate prevalentemente alle carenze relative all'informazione, alla consulenza e al sostegno predisposti per le persone con disabilità rifugiate o richiedenti asilo (Zanfrini e Formichi, 2023), che quindi vedono per lo più disatteso il loro diritto di informazioni specifiche, assistenza e sostegno nel proprio Paese, in quelli di transito o nel Paese di arrivo.

Uno dei nodi più critici è l'individuazione tempestiva delle disabilità al momento dell'ingresso nel sistema di accoglienza, o per lo meno nei primi tempi della stessa. Nella maggior parte dei casi, né le disabilità né i bisogni specifici vengono identificati correttamente, per le caratteristiche delle procedure di identificazione e registrazione; ancora di più nei casi di menomazioni meno evidenti, come le difficoltà di vista e udito o le malattie mentali (o anche i disagi psichici spesso conseguenti ai traumi subiti durante il percorso migratorio), che spesso non vengono rilevate (Crock *et al.*, 2017, p. 10). La tardiva individuazione dello status di disabilità limita gravemente l'accesso alla tutela corrispondente, con la conseguenza che le persone migranti con disabilità avranno un accesso limitato ai servizi medici e sociali necessari. Ciò comporterà, nel caso specifico di lesioni o disabilità legate a fatti traumatici o, comunque, di ordine temporaneo, il rischio che si trasformino in disabilità permanenti. In casi estremi, infine, le carenze strutturali e organizzative del sistema di accoglienza italiano, unite a ritardi nel riconoscimento dei diritti nel nuovo Paese, fanno sì che le persone possano acquisire nuove – o amplificare le precedenti – condizioni di disabilità.

Nella vita delle persone, in particolar modo nel caso dei migranti la disabilità esercita un impatto significativo in più ambiti (Colombo, Tarantino e Boccagni, 2022, p. 20): “medico-sanitario” che si riferisce alla condizione psicofisica della persona, ai diritti di salute (riconosciuti o negati) e alle pratiche terapeutiche; “servizi sociali di base” che include non solo i servizi materno-infantili, ma anche quelli relativi all'alloggio e all'istruzione; “giuridico” che è connesso alla definizione delle tutele e all'accesso alla giustizia; “occupazionale” che implica la formazione professionale, l'accesso al lavoro e la protezione dai rischi e dagli infortuni sul lavoro; “istituzionale” che interessa le politiche di ingresso e le

pratiche di accoglienza delle persone richiedenti asilo e rifugiate; “culturale” che riguarda la “consapevolezza” sociale ossia tutto quello che emerge da azioni e campagne di sensibilizzazione sui temi affrontati.

Il tema della disabilità, nelle sue connessioni con l’accesso ai servizi sanitari, ai diritti di salute, alle pratiche terapeutiche ed alle cure, emerge come tema istituzionale nel momento in cui viene letto alla luce delle politiche di ingresso e di accoglienza; allo stesso tempo, incrocia dimensioni organizzative e professionali come quelle della tempestiva identificazione della vulnerabilità in arrivo e dell’accesso, in ottica transculturale, ai servizi sociali di base.

Le condizioni di malessere si accentuano a causa dei ritardi nella presa in carico dei migranti in questa specifica situazione, delle carenze nell’accesso ai servizi di sostegno a cui avrebbero diritto, della formazione non adeguata degli operatori pubblici e privati, dei pochi interventi di inclusione nel tessuto sociale delle comunità locali.

Sottostimare un fenomeno di questo tipo comporta la non elaborazione di strategie adatte a comprendere le difficoltà che, riferite a situazioni di disabilità, amplificano le condizioni di esclusione, di discriminazione, di difficoltà, pure nell’accesso ai servizi, dei migranti.

Nella letteratura scientifica, ma anche nella costruzione delle politiche e dei servizi, la disabilità e le differenze culturali si configurano come due mondi che sembrano non incontrarsi se non di rado (UNAR, 2022). Sappiamo poco o nulla sulle persone che affrontano questo stato di “doppia diversità”, che si verifica quando persone migranti si trovano anche in una condizione di disabilità. Sappiamo che ci sono, che non sono poche e che le loro condizioni possono essere a volte molto difficili ma, come detto precedentemente, non le conosciamo. Più recentemente, Colombo, Tarantino e Boccagni (2022) hanno osservato che le condizioni di disabilità sono più comuni di quanto venga intercettato e si riscontrano trasversalmente in varie tipologie di migranti: familiari ricongiunti, richiedenti asilo o rifugiati, migranti lungo residenti o seconde generazioni. Si osserva, inoltre, la diffusione di problemi psicosociali connessa alla condizione di disabilità (Crock *et al.*, 2017, p. 10).

Nei paragrafi seguenti, saranno riportati i primi esiti di una ricerca sul campo condotta

nell'ambito del progetto H2020 Global Answer², all'interno del Sistema di Accoglienza e Inclusione (SAI) nel Comune di Palermo, finalizzata anche ad indagare il tema delle disuguaglianze nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in presenza di bisogni speciali.

2. Quadro normativo e definitorio

Il quadro giuridico di riferimento ha come base la Convenzione del Consiglio d'Europa per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, adottata il 4 dicembre 1950 (CEDU, 1950).

Successivamente, il riferimento è alla Risoluzione dell'Assemblea Generale A/RES/61/106, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* (adottata il 13/12/2006, UNGA Res. A/RES/61/106 [VIII]), concepita specificamente per riconoscere e coordinare a livello internazionale i diritti umani delle persone con disabilità. All'art. 1 si afferma: «Le persone con disabilità includono coloro che hanno menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali di lunga durata che, in interazione con varie barriere, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base paritaria con gli altri». La definizione presente in A/RES/61/106 [VIII] si lascia alle spalle una prospettiva orientata al deficit a favore di una orientata alle risorse. In sintonia con la definizione di disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene riconosciuto che sia le menomazioni che le barriere fisiche e immateriali nella società generano disabilità ed esclusione (Quinn e Degener, 2002). Viene richiamata, inoltre, l'attenzione agli ostacoli e alle barriere all'interno di una società, che impediscono o ostacolano la partecipazione paritaria di un individuo, piuttosto che sulle sue menomazioni. La Convenzione «chiede che le persone con disabilità siano trattate come portatori di diritti piuttosto che come persone affette da problemi medici: oggetti di pietà o soggetti di carità. Chiede che alle persone con disabilità siano garantiti

² Nell'ambito del progetto H2020 Global Answer (2022/2025) è in corso una ampia ricerca internazionale comparativa e collaborativa incentrata sull'identificazione, l'analisi e la diffusione di buone pratiche nel campo del lavoro sociale, delle scienze sociali applicate all'azione sociale, dell'assistenza sociale e della mobilità umana nei paesi europei coinvolti nel progetto (Spagna, Italia e Svezia).

rispetto, dignità e assistenza in modo da facilitare la loro piena partecipazione alla società» (Crock *et al.*, 2017, p. 8).

La questione è fino a che punto i rifugiati possono invocare la Convenzione e esercitare diritti di inclusione applicabili. Anche se i termini “fuga” e “asilo” non sono esplicitamente menzionati nella formulazione della Risoluzione A/RES/61/106 [VIII] dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, ciò non permette di concludere che questi fenomeni non siano inclusi. Piuttosto, l’art. 18 della Convenzione sulla libertà di circolazione e la nazionalità suggerisce che l’applicazione transfrontaliera dei diritti è intesa e protetta fin dall’inizio, indipendentemente dalle ragioni dell’emigrazione o dell’immigrazione. Inoltre, la fuga da persecuzioni, disagi o pericoli per la vita legati alla guerra dovrebbe, nel senso di un’interpretazione della Convenzione in linea con il suo intento, costituire una legittimazione speciale per rivendicare questi diritti al di fuori del proprio Paese (Otten, Farrokhzad e Zuhr, 2017, p.198).

Un ulteriore passaggio di riconoscimento, all’interno dell’Unione Europea, del diritto all’accoglienza e alla fornitura di servizi a persone migranti in situazione specifica di disabilità, è rappresentato dalla Direttiva 2013/33 UE del Parlamento europeo e del Consiglio, che stabilisce norme per l’accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, adottata il 26 giugno 2013. Gli artt. 21 e 22 di questa direttiva definiscono le “persone con esigenze speciali” e affermano il diritto delle stesse ad una valutazione individuale della situazione e a un sostegno speciale durante l’intero processo di asilo.

Il tema della definizione è un altro punto essenziale per la sua funzionalità rispetto all’individuazione e alla tutela. È interessante riflettere su alcune delle classificazioni elaborate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in materia di disabilità. La Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap ICDH (OMS, 1980), ad esempio, si basava su tre elementi fondamentali: la menomazione, intesa come danno organico e/o funzionale; la disabilità, intesa come perdita di capacità operative conseguita dalla persona a causa della menomazione; e l’handicap, inteso come l’insieme delle difficoltà che l’individuo incontra nell’ambiente circostante a causa della menomazione. In questo approccio, sia la disabilità che l’handicap erano considerati un problema

dell'individuo che scaturiva dalla circostanza di avere una menomazione.

Vent'anni dopo, con la Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute ICF (OMS, 2001), l'OMS richiama l'attenzione sui contesti esistenziali – sociale, familiare, lavorativo – allo scopo di individuare le barriere che nel contesto socioculturale di riferimento possono causare disabilità. La disabilità non è più considerata una causa diretta della menomazione, ma il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di ciascun individuo e l'insieme dei fattori personali e ambientali che rappresentano le sue circostanze di vita. In questo approccio, date le proprie condizioni di salute, ogni individuo può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le sue capacità funzionali e di partecipazione sociale.

La Convenzione ONU del 13 dicembre 2006 sulla disabilità e la riabilitazione come concetto funzionale nella relazione tra persona e ambiente (ratificata in Italia dalla Legge 3 marzo 2009, n. 18) offre una più ampia definizione: «la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri» (ONU, 2006). Questa definizione rivoluziona la visione tradizionale della disabilità, basata su un modello medico/individuale, assegnando la responsabilità di una condizione di disabilità agli Stati ed alla società attraverso un modello sociale di disabilità basato sul rispetto dei diritti umani.

A fronte di questi avanzamenti sul piano del riconoscimento e dell'attribuzione di responsabilità agli Stati rispetto alla tutela, questo particolare profilo di migranti continua ad essere sottostimato e a ricevere poca attenzione nella rappresentazione pubblica e nella programmazione di risposte istituzionali. Pare, difatti, resistere l'idea che la quota di persone migranti o immigrate con disabilità sia numericamente molto esigua, per effetto del cosiddetto effetto migrante sano generato da processi migratori tipicamente auto-selettivi, nonostante questo assunto sia stato ampiamente contraddetto dalle stime degli organismi internazionali (Pisani e Grech, 2015; Martin-Cano *et al.*, 2020; FRA, 2019) che, al contrario, segnalano come l'incremento nel numero di problematiche mentali abbia fatto emergere nuove declinazioni del concetto di vulnerabilità dei beneficiari del sistema di accoglienza e non solo.

Si deve considerare, inoltre, che le definizioni richiedono una declinazione specifica anche in base al genere: le condizioni delle donne migranti con disabilità, ad esempio, sono peggiori rispetto ai maschi, perché sottoposte, nei Paesi di arrivo, alle forme della “doppia e tripla discriminazione”, donna, migrante e anche disabile (Pescetti, 2019). Esistono anche i casi di persone che hanno acquisito una disabilità in età adulta in seguito ad un incidente o ad una malattia, a volte intercorsi proprio durante la migrazione. Possono essere registrate, infine, anche disabilità acquisite nel nuovo Paese, per effetto di violenze e traumi legati ad esperienze quali la prostituzione o il lavoro in nero, particolarmente dannosi in termini di salute mentale.

I migranti in condizione di disabilità vivono un disagio legato a due elementi connaturati alla loro condizione migrante: il primo è il fatto che la disabilità intervenuta costituisce o può costituire un ostacolo o fallimento (nei casi più gravi) del progetto migratorio e di vita, la seconda è che la loro vulnerabilità si amplifica per effetto del trovarsi in condizioni di disabilità in un luogo del tutto estraneo, nel quale non possono contare su nessuna rete di sostegno familiare e sociale.

3. Disabilità nel Sistema di accoglienza e integrazione

Il sistema di accoglienza (<https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/sistema-accoglienza-sul-territorio>, 21/01/2025) previsto in Italia per tutti coloro che fanno ingresso senza un regolare permesso di soggiorno o di un visto è articolato in due livelli: la prima accoglienza, che comprende gli hotspot e i centri di prima accoglienza dove insieme alle procedure di identificazione e di foto segnalamento, vengono erogati esclusivamente servizi essenziali di assistenza materiale e sanitaria, e nei casi di emergenza, strutture temporanee appositamente allestite, ossia i *Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS)*; la seconda accoglienza si realizza presso strutture del *Sistema di accoglienza e integrazione (SAI)*, coordinata dal Sistema Centrale, che fa capo al Ministero dell'Interno in collaborazione con l'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) e promuove un modello di accoglienza diffusa in appartamenti. In quest'ultimo caso, il SAI è una rete di seconda accoglienza che,

accedendo al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, fornisce assistenza e supporto di carattere sociale, di tutela e di integrazione. Le strutture fanno capo agli enti locali che, coadiuvati da organizzazioni del terzo settore, hanno l'obiettivo di realizzare forme di accoglienza integrata che oltre ad assicurare ai beneficiari vitto e alloggio, li accompagnino verso l'autonomia attraverso l'attivazione di percorsi di formazione, di assistenza, di orientamento, di inserimento lavorativo, di autonomia abitativa. Inoltre, i SAI hanno lo scopo di contribuire nella costruzione e nel rafforzamento, nei territori interessati, di una cultura dell'accoglienza. Pertanto, offrono accoglienza e sostegno, in strutture specifiche, a persone con specifiche vulnerabilità quali persone disabili o con problemi di salute (fisica o mentale), minori non accompagnati, vittime di tortura, nuclei monoparentali, donne sole in stato di gravidanza.

Nel caso del disagio/disabilità emerge, però, in tutto il territorio italiano l'esiguità dei posti, oltre all'assenza di una raccolta sistematica di dati sul numero di rifugiati/migranti con disabilità, disaggregati per tipo di disabilità. I migranti con disabilità vengono considerati spesso come un gruppo omogeneo senza una reale attenzione alle singole necessità e bisogni, come nel caso di donne e di bambini. Invertire questa tendenza consentirebbe di introdurre procedure formali che consentano l'identificazione delle diverse forme di disabilità, l'ampliamento dei posti SAI per questo target di beneficiari e, di conseguenza, la riduzione della "tripla barriera" della disuguaglianza sanitaria: determinanti diseguali della salute mentale (legati all'equilibrio tra fattori di rischio e di protezione), accesso iniquo al supporto per la salute mentale, ed esperienze e risultati delle cure diversi (anche in caso di accesso equo).

Il più delle volte, alla frontiera, l'identificazione di casi di disabilità si basa su quanto riportato dal migrante o dalla costatazione di disabilità fisiche, mentre più problematica è l'individuazione di altre forme di disabilità, come quelle intellettive, che necessitano di maggiore tempo per essere esplorate. A tal fine, la presenza nelle strutture di operatori altamente formati e specializzati è rilevante.

Negli ultimi anni, l'accoglienza è stata pensata non tanto in termini assistenziali e in risposta ai bisogni primari, ma come un sistema in grado di offrire ai migranti servizi di

orientamento e informazione, di accompagnamento verso l'autonomia e di promozione di percorsi di inclusione sociale e di partecipazione sociale: a tal fine, sono stati individuati standard di accoglienza valevoli per tutti gli enti coinvolti. A livello locale, il sistema prevede un lavoro di rete con altri attori sociali dei territori, attraverso il quale vengano avviate relazioni, connessioni, reti pubblico-privato di sostegno, di presa in carico e di accompagnamento.

Nell'ambito del Progetto europeo Global-ANSWER è stata condotta una ricerca sulle pratiche di lavoro sociale con migranti, con uno specifico focus sui servizi speciali di accoglienza, attivati nell'ambito del Sistema di Accoglienza e di Integrazione, rivolti a persone appartenenti alle cosiddette categorie più vulnerabili, ossia persone con disabilità anche temporanea che richiedono assistenza domiciliare, sanitaria, specialistica e prolungata.

Facendo riferimento al territorio siciliano, tra i tre percorsi di accoglienza previsti, si osserva una disparità di offerta di posti: nel 2023, su 120 progetti (13,6% sul totale nazionale), il 55,8% è stato rivolto all'Accoglienza Ordinaria, il 37,5% ai MSNA e soltanto il 6,7% a progetti per persone affette da disagio mentale e/o disabilità fisica. Emerge, rispetto al numero dei posti attivi, che sui 6.185 posti complessivi in Sicilia, 4.321 sono rivolti all'accoglienza ordinaria (69,9%), 1.650 ai MSNA (26,7%) e 214 al disagio mentale o disabilità (3,5%) (SAI 2022).

Nel territorio del Comune di Palermo (Fig. 1), i posti destinati al disagio mentale o disabilità sono esigui (soltanto 4 su un totale complessivo).

	Ente locale	Ordinari	MSNA	Disagio mentale o disabilità	TOTALE
PALERMO	ALTOFONTE	25			25
	BISACQUINO	20			20
	CAMPOFIORITO	21			21
	LERCARA FRIDDI	30			30
	PALAZZO ADRIANO	32			32
	PALERMO	181	200	4	385
	PARTINICO	60	54		114
	POLIZZI GENEROSA	20			20
	ROCCAMENA	37			37
	TRABIA		14		14
	TOTALE	426	268	4	698

Fig. 1 – Posti di accoglienza della rete SAI per categoria. Anno 2021. Fonte: Rapporto Annuale SAI 2023, p. 128

4. L'esperienza del SAI di Palermo

4.1. Le questioni poste

I temi che sono stati posti durante l'intera ricerca sono riconducibili alla questione ontologica (ossia alla riflessione sull'essere dell'oggetto studiato), alla questione epistemologica (cioè alla riflessione sulla conoscenza scientifica) e alla questione metodologica (ossia alla riflessione sui metodi della ricerca sociale come «corpo organico di tecniche») (Corbetta, 1999, pp. 21-23).

La questione ontologica è connessa all'esistenza degli oggetti e del mondo esterno. La domanda interessa la natura della realtà e la sua forma. La ricerca, in riferimento alla natura e alla forma della realtà sociale, nella contrapposizione tra fenomeni sociali come «cose in sé stesse» o come «rappresentazioni di cose» (Corbetta, 1999, pp. 21-22), ha fatto riferimento al secondo filone, ritenendo centrali i significati che gli individui attribuiscono al mondo e considerando le possibili «realtà multiple» ossia «realtà costruite (che) variano nella forma e nel contenuto fra individui, gruppi, culture» (Corbetta, 1999, p. 23).

Dal punto di vista epistemologico, l'accento è posto sulla relazione tra studioso e realtà studiata. Questa relazione dipende dalla risposta alla questione ontologica e interessa la conoscibilità della realtà sociale. L'idea, come ricorda Corbetta, di una «scienza interpretativa» (1999, p. 23), è stata alla base del percorso di ricerca che ha avuto l'obiettivo di comprendere il comportamento individuale al fine di comprendere i fenomeni sociali e politici.

Infine, la questione metodologica interessa la strumentazione tecnica del processo e dipende dalle questioni precedenti. L'interazione tra ricercatrici e intervistati/e è stata centrale. È stato adottato un approccio qualitativo, per «una costruzione di rappresentazioni accurate dei fenomeni sociali» (Cardano, 2011, p. 7; Trobia, 2005) e un criterio induttivo che dalle esperienze specifiche potesse far conoscere più in profondità l'oggetto di studio, attraverso una «analisi per soggetti» (Corbetta, 1999, p. 23).

Preliminare alla raccolta delle interviste è stata l'analisi della letteratura sul tema e dei Report

sul Sistema SAI relativi agli ultimi cinque anni. Nonostante, come si vedrà di seguito, i posti a disposizione nelle strutture rivolte al disagio mentale e alla disabilità siano esigui, sono state realizzate 15 interviste semi-strutturate ai responsabili, con un'età compresa tra i 32 e i 55 anni, delle strutture del Sistema di Accoglienza e di Integrazione (SAI), presenti nel territorio del Comune di Palermo dal 4 gennaio 2024 al 14 febbraio 2024. La traccia di intervista è stata costruita specificatamente per il caso studio sulla base di dimensioni, ossia di ambiti tematici (Cardano, 2011) associati a domande stimolo e ritenuti rilevanti ai fini della ricerca. Le dimensioni individuate, ossia i principali "ambiti tematici" (Cardano, 2011), sono state relative a

- la quotidianità;
- le reti e la comunità;
- i servizi e l'accesso;
- i percorsi di accompagnamento all'autonomia;
- le prospettive future.

Le interviste sono state analizzate utilizzando ATLAS/ti come supporto al materiale testuale. Attraverso questo sono stati gestiti i testi, create le categorie e costruiti i quadri concettuali.

4.2. L'analisi

Dall'analisi delle interviste a tutti i referenti delle strutture SAI presenti nel territorio comunale di Palermo, emergono rispetto alle procedure speciali prescritte dal Parlamento europeo con gli artt. 14, 21 e 22 della Direttiva 2013/33, come aspetti critici sui quali concentrare l'attenzione, i ritardi rispetto:

- all'identificazione delle persone con esigenze speciali,
- alla certificazione delle disabilità,
- all'accesso a percorsi specifici di consulenza e assistenza medica o sociale.

I diversi professionisti incontrati lamentano numerose problematiche riconducibili alle

difficoltà nell'individuare nel momento dell'arrivo le vulnerabilità, tra queste le patologie psichiatriche, e, di conseguenza, la mancanza di una corretta diagnosi precoce. Altresì, segnalano come elementi difficili:

- la non corretta trasmissione delle informazioni nelle diverse fasi dell'accoglienza;
- la mancanza di competenze specifiche nel trattamento delle gravi forme della vulnerabilità.

Ulteriori aspetti problematici che emergono dagli incontri con i rappresentanti sono:

- l'incremento nel numero di segnalazioni di casi di disagio mentale ricevute;
- gli elevati livelli di problematicità connessi al disagio stesso e alla sua gestione.

Per far fronte a questi due elementi, è stata segnalata dai professionisti intervistati la necessità di intervenire prontamente avviando nuove forme di accoglienza delle persone disabili e/o con disagio mentale o psicologico e/o con necessità di assistenza sanitaria, sociale e domiciliare, specialistica e/o prolungata (DM/DS).

Rispetto al sistema SAI, viene sottolineata l'esiguità dei posti disponibili per i beneficiari disabili, che costringe ad ospitare i beneficiari disabili anche nei SAI ordinari o nei SAI per MSNA pur di garantire una prima risposta ai casi individuati.

Le richieste di supporto da parte di famiglie migranti con figli disabili, fattispecie in aumento negli ultimi anni (Valtolina, Pavesi, 2022; Valtolina, 2000) anche se non ancora quantificabili, pongono la necessità di ripensare le strutture e le relazioni con i servizi del territorio. Nel caso specifico, se la vulnerabilità legata alla disabilità (non di rado grave) del minore è spesso trascurata, nel caso di famiglie con bambini disabili si acuisce per effetto della non conoscenza per i genitori dei loro diritti, ad esempio, nel ricevere un sostegno speciale.

Per ora la richiesta di inserimenti è di famiglie che spesso sono famiglie che hanno appunto - all'interno della famiglia - c'è un membro che ha delle disabilità significative, ecco. E quindi anche noi stiamo in questo senso strutturandoci per capire come... dare il servizio al meglio, perché non è semplice, assolutamente non è semplice. Quindi è una novità, una novità se possiamo definirla così, da circa due anni che ci sono questi arrivi, quindi, questa richiesta appunto intanto di inserimenti familiari, perché prima venivano più singoli, al massimo erano monoparentali, nel senso magari bambini piccoli senza disabilità... mentre ultimamente invece, quello che emerge, quello che emerge è che ci sono appunto gli arrivi di famiglie che appunto decidono di

intraprendere questo percorso proprio per garantire una qualità di vita migliore ai propri figli; qua non si tratta nemmeno delle cure mediche perché devono guarire, è proprio la qualità nel dargli più opportunità, più assistenza... perché da quello che mi raccontano è che è nel Paese di origine, appunto, non c'è un'assistenza a 360 gradi o, comunque, sono tutti a pagamento e non ce la fanno, quindi spesso questi bambini vengono totalmente esclusi dalla vita sociale (Responsabile SAI).

La condizione di disabilità per le famiglie migranti è una problematica altamente complessa che ne amplifica la vulnerabilità per la presenza di diverse criticità riconducibili all'aver affrontato un viaggio estenuante e sperimentato il trauma migratorio, al trovarsi in un nuovo Paese e al far riferimento a sistemi giuridici, sociali, culturali nuovi, al non poter contare su reti informali e formali di supporto, allo sperimentare condizioni di isolamento e di solitudine, al trovarsi in situazioni di precarietà abitativa. Il senso di abbandono e di impotenza sono tipiche di quella che Moro (2005) definisce come la "sindrome dell'esiliato" cioè di chi, come un acrobata, si muove non potendo contare su una rete di protezione efficace.

Rispetto alle sfide introdotte dall'accoglienza di famiglie con membri disabili nel contesto del progetto SAI, viene sottolineata la difficoltà nell'adattare i servizi e le procedure esistenti alla soddisfazione delle esigenze specifiche e alla ricerca di soluzioni innovative per promuovere il sostegno e l'indipendenza delle famiglie ospitate, la fatica nel cercare soluzioni adeguate e il volere assicurare la professionalità quale elemento di garanzia del lavoro svolto.

In base all'emergere di questi nuovi bisogni, viene segnalata l'esigenza di interventi tempestivi che tengano conto dell'interazione tra i diversi livelli e dimensioni (sanitaria, sociale, culturale, politica, relazionale) e del monitoraggio continuo.

È più complicato per i nuclei familiari proprio perché appunto e questo ci stiamo, invece, ora provando a capire come organizzarci, perché essendoci minori disabili... per le mamme o i genitori comunque diventa un po' più complicato capire come spostarsi per fare i corsi. Quindi stiamo provando appunto – quando dico ormai passiamo tutte le giornate tra i vari uffici sanitari è per capire ecco... come avere i servizi domiciliari, per le varie terapie di riabilitazione e provare a capire poi di creare, come organizzare invece i momenti dei corsi di italiano, perché è chiaro che in questo momento per famiglie del genere diventa difficile immaginare, pensare e strutturare l'autonomia che per me... per esempio in questo caso l'autonomia diventerebbe anche veramente dargli due ore di respiro, dove si fanno la passeggiata senza avere nessun pensiero, perché sono veramente

dedicate 24 ore su 24 ai propri figli (Responsabile SAI).

La presa in carico di un minore con disabilità deve coinvolgere diverse figure professionali non soltanto all'interno della struttura ma nei servizi sociosanitari e socioassistenziali e nelle istituzioni scolastiche al fine di giungere alla definizione di percorsi riabilitativi e educativi.

Inoltre, i genitori che si ritrovano in queste situazioni, rallentano, inevitabilmente, il proprio percorso di inclusione, poiché senza supporti adeguati non riusciranno, ad esempio, a frequentare i corsi di italiano o a trovare un'occupazione. L'acquisizione della lingua e la comunicazione sono molto importanti al fine di ottenere e dare informazioni adeguate, di accedere ai consultori e ai servizi pubblici e di ridurre la discriminazione nel sistema sanitario.

Ora, la domanda che mi pongo io, che provo a capire è chiaramente diciamo, per come è organizzato il sistema sanitario italiano, chiaramente i minori sono tutelati – se sono disabili sono tutelati. Il problema è che tutto passa se hanno l'invalidità, quindi se già la 104 ti dà la possibilità di accedere a un serie di cose che ci sono, quindi quello che potrebbe essere il centro ludico dove passare anche appunto la mezza giornata a fare delle attività riabilitative e dai respiro alle mamme o ai genitori... che hanno il tempo di poi, appunto, in quella mezza giornata, veramente dico... tanto potrebbe essere la scuola, così potrebbe andare a cercarsi un lavoro, ma dico anche per dire “aspetta, respiro” – perché non hanno respiro, parliamoci chiaramente. Quindi, per me, quello è l'obiettivo, non tanto... cioè se uno mi dice, guarda, se stessero anche tre ore non a fare l'italiano ma a dormire sul divano, già è un obiettivo raggiunto. Perché vedo la fatica che fanno soprattutto, appunto, per esempio lei che ne ha due, non ha un attimo di respiro chiaramente e, quindi... però poi la procedura è lunga: c'è il tempo di... tu fai la domanda per l'invalidità, loro... addirittura con loro stiamo ancora aspettando l'appuntamento alla Questura, però passa un anno prima che (se non di più) prima che hai la visita degli specialisti per avere la 104, quindi, quello che sto provando invece di capire è se, comunque, c'è la possibilità di poterle inserire in qualche centro, che è privato chiaramente,... però vedere se si può avere una convenzione, chiaramente, perché poi quelle private hanno un costo abbastanza significativo. Quindi, quello che stiamo provando a fare è trovare una...una mediazione, ecco (Responsabile SAI).

Oltre a ciò, vengono sottolineate la necessità di avviare interventi in grado di innovare e di creare equilibri nel sistema stesso, l'esigenza di organizzare servizi a supporto sanitario qualificati nella relazione con ospiti stranieri con disabilità e l'affiancamento degli adulti nel

disbrigo delle procedure burocratiche. Gli aspetti amministrativi non riguardano esclusivamente il migrante, ma anche la struttura, poiché l'accesso alle informazioni si scontra anche per l'équipe con un sistema di servizi complesso e burocratizzato che rallenta l'avvio di processi di accompagnamento dei bambini e delle loro famiglie.

Il mondo della disabilità è un mondo molto particolare, ma in generale nel senso... non è... è vero che si dice che c'è tutela, ma entrarci dentro, capire come si fa... ma anche le procedure burocratiche è uno sbattersi a destra e a sinistra dove non si capisce. Esci veramente confusa. Quindi, un po' da quando noi abbiamo accettato, ecco in questo senso, di accogliere... quindi significa anche veramente sperimentarsi (Responsabile SAI).

4.3 La discussione

Un primo aspetto che emerge è che gli Enti gestori delle strutture Sai si trovano a dover fronteggiare situazioni complesse dove i bisogni e le necessità dei beneficiari sono diversi e specifici. In alcuni casi, le persone con disabilità (o loro persone di riferimento) ricercano le cure della medicina occidentale, considerandola salvifica e sperando in un processo di guarigione totale; in altri, nel contatto con i servizi e i professionisti le persone mettono in atto processi di resistenza legati al cultural crash con il loro modello di cura, che può anche sfociare in problemi di incomprensione che limitano o impediscono la presa in carico della persona con disabilità (Mazzetti, 2018); in altri casi, la definizione stessa di disabilità viene spesso contestata poiché può includere spiegazioni che da approcci biomedici rimandano a quelli sociali (Burns, 2017), necessitando, di conseguenza, azioni e interventi, anche di natura istituzionale, che superino i problemi definitivi e garantiscano l'accesso effettivo ai diritti. Pertanto, accettare la disabilità è una questione di cultura che dipende dal Paese di origine, aggravata dalla mancanza di punti di riferimento e dal fatto che può essere la fine del progetto migratorio, con pesanti ricadute economiche sul progetto migratorio immaginato dai cittadini stranieri (Ludovisi, 2016). Per fronteggiare situazioni complesse, tra le possibili soluzioni individuate dagli intervistati, vi è la creazione di reti di supporto, generatrici di risorse e di supporto, in grado di

assicurare l'accesso ai diritti ed il raggiungimento dell'autonomia.

Ulteriori ostacoli sono stati individuati, altresì, nelle diverse rappresentazioni della disabilità socializzate nei Paesi d'origine, che potrebbe influire negativamente sulla propensione a riconoscere e a rivendicare i diritti alla tutela e ai servizi da parte delle persone con disabilità e dei propri familiari, nel nuovo Paese, per effetto dello stigma associato alla disabilità esistente in Paesi con scarsa istituzionalizzazione dei diritti sociali e del welfare pubblico (Colombo, Tarantino e Boccagni, 2022).

Nella prospettiva dei servizi (la scuola, il mondo medico-sanitario, i servizi sociali), la spinta ad interrogare il nesso “disabili” e “stranieri” nasce da diverse istanze (Lepore, 2010): difficoltà comunicative, la percezione di un limite o di una relativa efficacia/fallacia degli strumenti diagnostici e delle categorie nosografiche, la fatica a dare senso ad altri stili di cura, il confronto con idee di disabilità non riconoscibili, “strane” interpretazioni magiche e sovranaturali e altrettanto “strani” itinerari terapeutici, modalità non conformi alle attese dei medici. Affrontare le condizioni di vulnerabilità necessita di competenze specifiche, spazi adeguati e prassi di intervento condivise, integrate, stabili nei tempi, ma anche modificabili in relazione alle specifiche esigenze. Le difficoltà nella connessione tra i servizi impattano sull'assenza di progettualità e comportano il dover ricominciare ogni qual volta dal principio, creando circoli viziosi che amplificano le condizioni di vulnerabilità, nel caso specifico, dei minori. Inoltre, la presa in carico di persone che rientrano in situazioni di questo tipo ha fatto emergere ulteriori riflessioni, ad esempio, sui tipi di disagio mentale e sulla necessità di formulare piani personalizzati di intervento che, variando da caso a caso, facciano i conti con i bisogni e con le esigenze specifiche della persona.

Un altro tema è connesso agli operatori dell'accoglienza, ai quali nei diversi ruoli e competenze è demandato il compito di promuovere, come è riportato nel “Manuale operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria”, «un approccio olistico volto a favorire la presa in carico della singola persona nella sua interezza e nelle sue tante sfaccettature, a partire dall'identificazione e valorizzazione delle sue risorse individuali» (Servizio Centrale, 2018, p. 7). Oltre all'accoglienza quotidiana, si fa riferimento all'idea di una accoglienza integrata che

possa garantire «a persone di diversa provenienza culturale e condizione psico-fisica, servizi di orientamento, informazione, accompagnamento e assistenza, mirati a innescare efficaci processi di inserimento e inclusione sociale, favorendo azioni di integrazione e sviluppo sul territorio» (Accorinti e Giovannetti, 2023, p. 61). Il lavoro svolto dalle diverse figure presenti nell'équipe non è mai confinato all'interno del ruolo prescritto, ma è più ampio e diffuso in ragione delle diverse situazioni che si possono presentare e di una presa in carico olistica che possa favorire percorsi di inclusione sociale e nel caso delle vulnerabilità fisiche e mentali percorsi di riabilitazione. L'équipe è coinvolta attivamente, anche se non sempre dispone di competenze specifiche che possano rispondere alle diverse forme di disagio. Ragion per cui viene richiesto dagli operatori la presenza costante di figure con competenze professionali specializzate nel trattamento delle gravi vulnerabilità, quali operatori socio-sanitari o operatori socio-assistenziali e personale sanitario specifico (medici, psichiatri, infermieri) che, rispondendo a chiamata bypassano i tempi di attesa del servizio sanitario nazionale. In relazione al tipo di disagio, l'inserimento di target disabili nelle strutture SAI, anche quelle non specifiche, non viene letto dagli operatori negativamente, ma con il supporto di figure specializzate come esempio di inclusione e di attivazione di forme di mutuo aiuto tra i beneficiari stessi.

Limiti, inoltre, sono ricondotti in particolar modo a fattori non sanitari, come nel caso dei «lungi percorsi giuridico-legali e la progressiva erosione dei servizi erogati nei centri di accoglienza (orientamento e accompagnamento, mediazione linguistico-culturale ecc.), ampiamente tagliati dalle recenti modifiche di legge» (Barbati *et al.*, 2023, p. 205). Alle dimensioni di vulnerabilità interna si sommano quelle tipiche del tempo delle attese – attesa del riconoscimento dello status giuridico, attesa nel trovare un appartamento adatto alla famiglia, attesa nel ricevere sostegno, terapie e interventi riabilitativi, attesa nell'accesso all'istruzione pubblica – che costituiscono per i membri del nucleo familiare ulteriori vissuti stressanti e ansiogeni.

Numerose sono le situazioni ostacolanti che possono accentuare le situazioni di disagio e comportare forme di cronicizzazione delle condizioni di vulnerabilità.

Infine, emerge con chiarezza che i due sistemi giuridici, quello sull'asilo e quello sulla

disabilità, sono così complessi che in molti luoghi le loro intersezioni sono difficilmente raggiungibili con competenza. Né i servizi di assistenza alla disabilità né i sistemi di supporto ai richiedenti asilo sono stati sensibilizzati e/o formati nei reciproci campi.

5. Prospettive future

Il focus del progetto *H2020 Global Answer* è l'identificazione, l'analisi e la diffusione di buone pratiche di servizio sociale in ambito migratorio, attraverso ricerche che indagano realtà e condizioni di vita all'interno dei Paesi di accoglienza di target specifici di persone migranti in situazione di vulnerabilità, l'accesso ai diritti, ai servizi sociali e sanitari e a percorsi di inclusione. Quanto osservato ed analizzato nelle ricerche su prassi di accoglienza e di inclusione confluisce nell'elaborazione di raccomandazioni politiche mirate a dare un contributo alla strategia dell'UE per la promozione di una società inclusiva, saldamente basata sui valori UE di solidarietà, non discriminazione, giustizia, dignità umana, democrazia, uguaglianza e diritti umani.

In tale direzione, dallo studio di caso condotto sul Sistema SAI Disabili di Palermo sono stati ricavati elementi di riflessione sui temi da segnalare ai decisori politici e agli Enti interessati. La ricerca sul campo ha messo in evidenza la particolare gravità delle conseguenze delle disuguaglianze nell'erogazione dell'assistenza sanitaria in presenza di bisogni speciali.

Innanzitutto, emerge l'urgenza, sin dalla *prima accoglienza*, di uno sforzo maggiore nell'individuare e dare protezione alle persone con disabilità, provvedendo ad un sistema di riconoscimento e di monitoraggio delle vulnerabilità. Risultano urgenti delle *azioni di identificazione tempestive* di richiedenti asilo e di rifugiati che abbiano disabilità, al fine di riuscire a programmare azioni e interventi adatti ai singoli bisogni ed esigenze. Dovrebbero, inoltre, essere introdotte procedure specifiche che tengano conto delle peculiarità delle disabilità presentate dalle persone migranti, integrando la tipologia proposta da Griffo e D'Errico (2022), che vede tre profili distinti sulla base del tempo di insorgenza delle patologie di base e della disabilità: persone con una disabilità preesistente al viaggio migratorio,

verosimilmente la parte minore delle persone immigrate proprio per la difficoltà a intraprendere autonomamente il viaggio a causa della loro disabilità: in questo caso, i corridoi umanitari agevolano gli arrivi e le persone beneficiarie godono di tutele, protezione e supporto ancor prima dell'arrivo; persone che hanno acquisito una disabilità durante il loro percorso migratorio, quindi persone vittime di tortura o di violenza, soprattutto donne; persone che hanno acquisito una disabilità sul territorio ospitante per infortuni sul lavoro o patologie, come nel caso delle malattie croniche, malattie non trasmissibili, oppure malattie legate all'età (Tofani, Marceca, 2019, p. 107). Appare, inoltre, indifferibile un investimento nella direzione di un sistema di *raccolta di dati* disaggregati sul territorio nazionale di sistematizzazione di informazioni, che consenta di poter intervenire adeguatamente e di monitorare il rispetto di diritti altresì negati e di superare l'attuale la sottostima e sottovalutazione del fenomeno.

Anche sul *piano normativo* si rende necessaria una diversa attenzione a richiedenti asilo, adulti e minori, soggetti a notevoli restrizioni legali, che negli ultimi anni sono diventate ancora più severe, amplificando disparità di trattamento verso le persone migranti negli ambiti della vita (salute, alloggio, partecipazione, istruzione, protezione). In particolare, va ribadito con forza che lo stato di bisogno non coincide con lo stato di necessità. Il primo attiene allo *status civitatis*, il secondo lede il "minimo vitale", infrange la soglia di povertà e non distingue il cittadino dallo straniero. Il legislatore ordinario non ha il potere di negare alla persona il contenuto essenziale dei diritti inviolabili dell'uomo; il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale non distingue il cittadino dallo straniero, l'apolide dal rifugiato, l'abile dall'inabile al lavoro (Caterini, 2015). Per contrastare questa disuguaglianza sanitaria, dovuta a un accesso diverso e ridotto ai servizi, sarebbe necessaria una specifica normativa mirata a ridurre le barriere di accesso al sistema sanitario per le persone con disabilità e garantirebbe un'offerta di servizi basata sulle esigenze di questo particolare gruppo di persone a rischio.

Rispetto *all'offerta e all'organizzazione dei servizi*, si conferma la necessità di tenere conto del fatto che le persone che si trovano nell'intersezione tra questi profili hanno un bisogno maggiore di consulenza e informazioni specifiche, il che comporta conseguenze pratiche e sfide per i professionisti del lavoro sociale a causa delle complesse condizioni politiche, legali e strutturali di ogni area, per affrontare le quali si conferma e rafforza la necessità di

formazione e aggiornamento professionale in ambito socio-giuridico per tutti i professionisti operanti nei settori del lavoro sociale in materia di asilo e dell'assistenza ai disabili. La scelta di accogliere questa pluralità di istanze richiede al sistema di accoglienza e ai servizi un adattamento nella direzione di un *approccio integrato tra più sistemi* per la presa in carico globale di ogni singolo portatore di problematiche differenti, ridefinendo gli assetti istituzionali consolidati (Lepore, 2020).

È fondamentale che decisori politici e professionisti dei servizi siano adeguatamente preparati ad affrontare la complessità delle relazioni con le persone migranti con disabilità. Questo per contrastare la marginalizzazione del tema e integrare sia il modello medico, che considera la disabilità un problema individuale legato alla menomazione, sia il modello bio-psico-sociale, che la vede come il risultato di molteplici fattori. Le differenze culturali tra professionisti e utenti dei servizi possono influenzare i modelli di riferimento e i comportamenti, determinando il confine tra inclusione ed esclusione, accoglienza e discriminazione. È quindi essenziale che decisori politici e professionisti riconoscano l'impatto delle variabili culturali nei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione. A tal fine, appare opportuna una *campagna di aggiornamento/formazione* per i professionisti dell'accoglienza e dei servizi territoriali, al fine di colmare eventuali gap formativi sul tema della disabilità, delle diverse interpretazioni culturali e dei metodi di cura (Giuliani, Bellonira, 2010) ed uniformare le procedure di intervento.

Rispetto all'ambito dell'*inclusione nel mercato del lavoro*, i governi dovrebbero rispondere con maggior vigore agli episodi di palese sfruttamento e discriminazione. Pratiche come quella di offrire alle persone con disabilità salari inferiori perpetua condizioni di povertà e limita le opportunità di carriera, problema accentuato per i migranti con disabilità, verso i quali pesa il potenziale oppressivo di una valutazione prodotta in termini di "abilismo" nell'intersezione tra altre forme di discriminazione. In questa direzione è opportuno un investimento sia nella formazione dei professionisti sia nelle logiche organizzative dei servizi.

Se allo stato attuale sono le organizzazioni civili e assistenziali ad essersi organizzate per fare rete, raccogliere informazioni, consigliare e sostenere le persone con bisogni speciali, in futuro occorrerà un *impegno istituzionale* più marcato per garantire alle persone richiedenti

asilo, ai rifugiati e ai migranti, in particolare a quelli con disabilità, un accesso ai servizi e alle strutture terapeutiche, psicosociali, psichiatriche e psicoterapeutiche, adeguato alle specifiche necessità di assistenza sanitaria.

Il diritto delle persone migranti con disabilità di accedere alle informazioni e ai servizi mette alla prova gli assetti organizzativi, istituzionali e del welfare; diventa un tema istituzionale quando collegato a politiche di accoglienza e accesso ai servizi sanitari, intrecciandosi con l'identificazione precoce della vulnerabilità e l'accesso transculturale ai servizi sociali di base. Il riconoscimento, la protezione e l'inclusione sociale delle persone migranti con disabilità rappresenta dunque un tema a cui riconoscere importanza politica cruciale perché chiede alla società di accoglienza di affrontare le sfide legate all'accesso ai servizi, alla salute e all'assistenza, considerando la vulnerabilità specifica di chi vive l'intersezione tra disabilità e migrazione.

Bibliografia

- Accorinti M., Giovannetti M. (2023). *Agire l'accoglienza. Percorso di ricerca sul lavoro sociale all'interno del sistema di accoglienza e integrazione (SAI)*. Roma: Roma TrE-Press.
- Agenzia Europea per l'Istruzione degli Alunni Disabili (2009). *Diversità Multiculturale e Handicap*. Odense, Danimarca: Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.european-agency.org/sites/default/files/multicultural-diversity-and-special-needs-education_Multicultural-Diversity-IT.pdf (28/03/2025).
- Burns N. (2017). The human right to health: Exploring disability, migration and health. *Disability & Society*, 32, 10: 1463. DOI: 10.1080/09687599.2017.1358604.
- Cardano M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: Il Mulino.
- Caterini E. (2015). L'accesso degli immigrati ai diritti fondamentali e sociali in Italia e nell'Unione Europea. *Persona y derecho*, 73, 2: 5. DOI: 10.15581/011.73.5-38.

- Colombo M., Tarantino C., Boccagni P. (2022). Introduzione. Disabilità e migrazioni. Gli studi in Italia. *Mondi Migranti*, 3: 9. DOI: 10.3280/MM2022-003001.
- Corbetta P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Crock M., Smith-Khan L., McCallum R., Saul B. (2017). *The Legal Protection of Refugees with Disabilities. Forgotten and Invisible?* Cheltenham: Edward Elgar Publishing. DOI: 10.4337/9781786435446.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2019). *Thematic focus: Migrants with disabilities*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://fra.europa.eu/en/content/thematic-focus-migrants-disabilities#:~:text=This%20thematic%20focus%20explores%20practices,Mental%20health%20determinants%20and%20support> (27/01/2025).
- Frasca V. (2011). Disabilità e migrazione: problematiche e sviluppi. *Quaderni di intercultura*, III: 0. DOI: 10.3271/N27.
- Giuliani C., Bellomira L. (2010). Immigrazione e disabilità di un figlio: sfide educative e socioculturali. *Psicologia dell'educazione*, 1: 29. DOI 10.3280/MM2022-003004.
- Griffo G., D'Errico L. (2022). I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia. La difficile emersione di un tema largamente invisibile. *Mondi Migranti*, 3: 27. DOI 10.3280/MM2022-003002.
- Knapp J., Midgley J. (2010). Developmental Social Work and People with Disabilities. In Midgley J., Conley A., a cura di, *Social Work and Social Development: Theories and Skills for Developmental Social Work*. New York: Oxford Academic. DOI: 10.1093/9780199732326.003.0005.
- Lancioni S. (2022). *Abilismo: riconoscerne e comprenderne la dimensione sistemica e politica*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.superando.it/2022/09/13/abilismo-riconoscerne-e-comprenderne-la-dimensione-sistemica-e-politica/> (27/01/2025).
- Lepore L. (2010). Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri. *Minori e giustizia*, 3: 94. DOI 10.3280/MG2010-003010.
- Lewek M., Naber A. (2017). *Kindheit im Wartezustand. Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland*. UNICEF Deutschland. Testo

disponibile all'indirizzo web: <https://www.unicef.de/blob/137024/ecc6a2cfed1abe041d261b489d2ae6cf/kindheit-im-wartezustand-unicef-fluechtlingskinderstudie-2017-data.pdf> (27/01/2025).

Ludovisi C. (2016). Ahmed e gli altri: tra diritti teorici e solitudine reale. *SuperAbile*, INAIL. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.superabile.it/static-rivista/2016/06/superabile_magazine_201606.pdf (27/01/2025).

Mackelprang R.W. (2008). Disability: Overview. In Mizrahi T., Davis. L.E., a cura di, *Encyclopedia of social work*, New York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/9780195306613.001.0001.

Martín-Cano M.d.C., Sampedro-Palacios C.B., Ricoy-Cano A.J., De La Fuente-Robles Y.M. (2020). Superdiversity and disability: Social changes for the cohesion of migrations in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17: 6460. DOI: 10.3390/ijerph17186460.

Mazzetti M. (2018). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma: Carocci.

Moro M.R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano: FrancoAngeli.

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (1980). *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps, ICIDH*.

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). *ICF Short Version: International Classification of Functioning, Disability and Health*.

Otten M., Farrokhzad S., Zuhr A. (2017). Flucht und Behinderung als Schnittstellenaufgabe der Sozialen Arbeit. *Gemeinsam leben*, 4: 197.

Pasini N., Merotta V. (2023). *La salute*. In Fondazione ISMU ETS, *Ventinovesimo Rapporto sulle migrazioni 2023*. Milano: FrancoAngeli.

Pennacchio I. (2020). *Disabilità in migrazione: diritto alle cure e all'assistenza protesica in Italia*. Tesi di Laurea Magistrale in Servizio Sociale e Politiche Sociali, Università di Palermo, 10 marzo 2020.

Pescetti V. (2019). *Donne migranti con disabilità: ipotesi per un'accoglienza capace di*

restituire dignità e creare innovazione. In Griffo G., D'Errico L., *I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia*, Milano: Mimesis.

Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L., Mirisola C., Costanzo G. (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT. *Epidemiologia & Prevenzione*, 41: 3. DOI: 10.19191/EP17.3-4S1.P011.060.

PICUM - Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2022). *Annual Report 2022*. Buxelles: PICUM. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://picum.org/wp-content/uploads/2023/08/Picum-Annual-Report-2022.pdf> (28/03/2025).

Pisani M., Grech S. (2015). Disability and Forced Migration: Critical Intersectionalities. *Disability and the Global South*, 2, 1: 421.

Quinn G., Degener T., a cura di (2002). *Human rights and disability. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*. New York e Ginevra: United Nations Publications. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://digitallibrary.un.org/record/477534/files/HRDisabilityen.pdf> (28/03/2025).

Seipel M. (1994). Disability: An emerging global challenge. *International Social Work*, 37, 2: 165. DOI: 10.1177/002087289403700207.

Servizio centrale (2018). *2018 SIPROIMI – Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.retesai.it/la-storia> (28/03/2025).

Barbati A., Cocco N., Corsaro A., Formenti B., Mammana L., Marchese V., Nicoli F., Russo G., Testa J. (2023), *Migranti e salute: opportunità mancate e proposte per migliorare accoglienza e inclusione*, Idos, *Dossier Statistico Immigrazione*, Roma.

SAI - Sistema Accoglienza Integrazione (2023). *Rapporto Annuale SAI*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2024/07/Rapporto-SAI-2023-XXII-edizione.pdf> (27/03/2025)

Tofani M., Marceca M. (2019). Salute e migranti con disabilità. In Griffo G., D'Errico L., *I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia*, Milano: Mimesis.

Traustadóttir R. (2008). Work, Disability and Social Inclusion. in DeVault M.L., a cura di, *People at work: Life, power, and social inclusion in the new economy*. New York: New

York University Press.

Trobia A. (2005). *La ricerca sociale quali-quantitativa*, Milano: FrancoAngeli.

UNAR - Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (2022), *Report di Ricerca – Migranti con disabilità. Conoscere i dati per costruire politiche*. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.fishonlus.it/files/2022/02/ReportMigranti_Unar_Regioni_Ob_Con.pdf (27/01/2025).

ONU – Organizzazione delle Nazioni Unite (2006), *Convention On The Rights Of Persons With Disabilities* (CRPD). Testo disponibile all'indirizzo web: <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd> (27/01/2025).

Valtolina G.G. (2000). *Famiglia e disabilità*, Milano: FrancoAngeli.

Valtolina G.G., Pavesi N. (2022). Famiglie migranti e minori con disabilità. Problematiche e prospettive della presa in carico. *Mondi Migranti*, 3: 61. DOI: 10.3280/MM2022-003004.

Zanfrini L, Formichi C. (2023). *Immigrazione e disabilità: conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?*, Milano: Fondazione ISMU ETS.