

Salute e migranti senza dimora: pratiche di auto-cura, determinanti di salute e l'approccio sanitario olistico

di Antonio Callea^{*}, Enrica Caruso, Alberto Moncada, Tullio Prestileo,
Lucia Siracusa^{**}

Gli autori esaminano l'interazione tra determinanti sociali della salute e marginalità urbana, focalizzandosi sui migranti senza dimora nel quartiere Kalsa di Palermo. Lo studio evidenzia come fattori sociali e culturali influenzino l'accesso alla salute e il benessere delle popolazioni vulnerabili, esplorando dinamiche di inclusione e autocura negli spazi eterotopici. Propone azioni di advocacy per ridurre le disuguaglianze.

Parole chiave: determinanti sociali della salute; marginalità urbana; migranti; advocacy; salute pubblica; Palermo.

Health and homeless migrants: self-care practices, health determinants, and the holistic healthcare approach

The authors examine the interaction between social determinants of health and urban marginalization, focusing on homeless migrants in the Kalsa district of Palermo. The study highlights how social and cultural factors influence access to healthcare and the well-being of vulnerable populations, exploring dynamics of inclusion and self-care in heterotopic spaces. It proposes advocacy actions to reduce inequalities.

Keywords: social determinants of health; urban marginalization; migrants; advocacy; public health; Palermo.

DOI: 10.5281/zenodo.17250620

^{*} Università degli Studi di Palermo. antonio.callea@unipa.it, enrica.caruso@unipa.it.

^{**} ARNAS Civico Palermo. assistenza.stranieri@arnascivico.it, prestileotullio@gmail.com, lucia.siracusa@arnascivico.it.

Introduzione scritta da Antonio Callea e Enrica Caruso, paragrafo 1 e relativi sottoparagrafi sono stati scritti da Antonio Callea; il paragrafo 2 e relativi sottoparagrafi sono stati scritti da Enrica Caruso e Alberto Moncada; il paragrafo 3 e relativi sottoparagrafi sono stati scritti da Tullio Prestileo e Lucia Siracusa, Conclusioni scritte da Tullio Prestileo e Antonio Callea.

Introduzione

Il DDL 1175, approvato il 6 novembre 2024, rappresenta una riforma legislativa che regola l'accesso alle cure di base in Italia, limitandolo alle persone senza dimora regolarmente soggiornanti. Questo provvedimento esclude di fatto persone non comunitarie prive di titolo di soggiorno, le quali possono accedere unicamente a cure emergenziali, come previsto dal Testo Unico sull'immigrazione del 1998. Tale normativa ha generato un vuoto assistenziale per una vasta popolazione migrante senzatetto, aggravando le condizioni di salute già precarie e alimentando un ciclo di vulnerabilità strutturale (Cortese, 2023). In questo contesto, l'articolo si propone di analizzare le dinamiche di marginalità urbana e salute nel quartiere Kalsa di Palermo, dove comunità di persone migranti senza dimora, prevalentemente ghanesi, sperimentano forme di resistenza e adattamento in spazi eterotopici (Foucault, 1966).

Lo studio combina un approccio etnografico con l'analisi critica delle politiche sociosanitarie. Attraverso osservazione partecipante e interviste semi-strutturate condotte tra il 2023 e il 2024, sono state esplorate le pratiche quotidiane di sopravvivenza, autocura e interazione con i servizi pubblici. I dati sono stati interpretati alla luce di framework teorici come i determinanti sociali della salute (Marmot, 2015), l'*habitus* di vulnerabilità (Bourdieu, 2021), il concetto di eterotopia (Foucault, 1966) e la gerarchia dei bisogni di Maslow (1943). Il lavoro esplora come l'impossibilità di soddisfare bisogni primari, dalla sicurezza abitativa all'accesso alle cure, pur compromettendo la salute fisica, allo stesso tempo innesca nella persona pratiche di autocura che cercano di ritrovare, con strumenti disponibili nel contesto, una risposta al malessere sperimentato. Inoltre, l'articolo valuta l'efficacia del modello d'intervento dello Sportello Sociale per i Diritti Umani presso l'Ospedale Civico di Palermo, basato su un approccio transculturale e intersettoriale. L'articolo si propone di: documentare l'impatto delle disuguaglianze legislative sulla salute dei migranti senza dimora, evidenziando le contraddizioni tra diritto alla salute e politiche migratorie; analizzare le strategie di resistenza e adattamento nelle comunità marginali, con focus su economia informale, spiritualità e reti di solidarietà; proporre modelli alternativi di advocacy e intervento socio-sanitario, ispirati all'esperienza dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale U.O.S.D. "Patologie Infettive per Popolazioni Vulnerabili" di Palermo, che integrano mediazione culturale, accesso universale ai servizi e approccio "Housing First" (Tsemberis, 2004). Questo studio si inserisce nel dibattito internazionale sui determinanti sociali della salute

(WHO, 2007; 2010; 2014) e sulle eterotopie come spazi di resistenza (Foucault, 1966), proponendo un'analisi empirica del contesto palermitano.

In questo contesto, l'insediamento informale di Palermo si configura come un *altro spazio* (eterotopico) in cui le regole ufficiali dello spazio urbano sono misconosciute da pratiche sociali alternative che negoziano relazioni differenti al potere istituzionale e oppressivo. Analogamente la dimensione temporale si discosta dalla linearità e dall'universalità del tempo ufficiale (eterocronia), creando possibilità di resistenza e di sperimentazione di modi di vita non conformi alla narrazione temporale dominante. Questo approccio teorico ci consente di leggere la complessità degli insediamenti informali come microcosmi in cui si manifestano relazioni di potere alternative e dinamiche temporali differenti.

1. Dinamiche di integrazione e resistenza: spazi, relazioni e pratiche sociali

1.1. Lo straniero rilevatore¹

L'accesso del rilevatore al gruppo informale è avvenuto tramite una negoziazione graduale, mediata da una figura chiave riconosciuta come autorevole. Inizialmente percepito come estraneo, è stato progressivamente accettato grazie al costante impegno e al supporto pratico offerto, come l'accesso ai servizi sanitari. Sebbene gli spazi del gruppo appaiano aperti, mantengono barriere che limitano l'integrazione completa, rendendo il rilevatore un partecipante funzionale piuttosto che pienamente accolto. Questo processo evidenzia il ruolo cruciale delle competenze relazionali e del riconoscimento reciproco nei contesti marginali (Foucault, 1986; Geertz, 1973; Spradley, 1979).

1.2. Lo spazio utilizzato ed il rapporto tra gli abitanti degli spazi

L'insediamento osservato, situato in un quartiere in trasformazione, è segnato da estrema precarietà ed esclusione, pur resistendo alle pressioni

¹ Il concetto di "straniero rilevatore" si riferisce a quella posizione ambivalente dell'osservatore che, pur non essendo parte integrante del gruppo studiato, si inserisce nel campo etnografico per documentarne e interpretarne le pratiche e le relazioni sociali.

istituzionali per il decoro urbano. La vita nello spazio oscilla tra visibilità e invisibilità: i migranti evitano conflitti e azioni illegali, ma si rendono visibili per accedere ad aiuti essenziali. Il quartiere mescola spazi apparentemente inconciliabili: piazza storica, nuovi residenti benestanti, dimore precarie e un pozzo multiuso. Solidarietà e interazioni emergono nei gesti individuali e in iniziative istituzionali. Alcuni commercianti offrono lavori ai migranti, creando rapporti di fiducia, mentre l'accoglienza caritativa cristiana mantiene un'asimmetria di potere: "Il siciliano dona, lo straniero non può chiedere". Diversa la relazione con i nuovi residenti, spesso investitori immobiliari stanti, influenzati da narrazioni mediatiche violente (Bourdieu, 2009). La piazza, polo turistico, sostiene l'economia locale e l'orientamento enogastronomico della città. L'insediamento funge da nodo nella mobilità migratoria che transita e trova supporto.

1.3. L'economia informale, le negoziazioni, l'uso del corpo

La disposizione degli spazi favorisce il parcheggio abusivo, gestito da migranti ghanesi. In passato, un coordinatore centralizzava l'attività, ma lo sgombero del dicembre 2023 ha disperso l'organizzazione in nuove aree, riflettendo dinamiche di adattamento del gruppo (Sitton, 2018).

Risorse essenziali, spesso fornite da volontari, vengono condivise all'interno del gruppo. Le pratiche di parcheggio abusivo e la solidarietà interna rappresentano strategie di sopravvivenza che trasformano spazi di esclusione in luoghi di resistenza.

A queste economie informali si intreccia la prostituzione maschile, diffusa tra migranti vulnerabili e caratterizzata da una clientela italiana. Questa pratica evidenzia marginalità, ma anche una resistenza attiva, dove il corpo diventa strumento di scambio per ottenere riconoscimento (Scott, 1992; Farmer, Sen, 2003). Un'eterotopia che riflette disuguaglianze e adattamenti sociali.

1.4. Il rapporto con l'ordine pubblico e i servizi di accoglienza

Le relazioni tra migranti e istituzioni locali sono caratterizzate da ambivalenza. La polizia municipale interviene periodicamente per spostare gli insediamenti, soprattutto in occasione di eventi pubblici o su segnalazione dei nuovi residenti. Tali azioni, volte a preservare l'immagine turistica della

città, non sono accompagnate da soluzioni strutturali, evidenziando i limiti dei servizi pubblici nel gestire il fenomeno.

Le strutture di accoglienza, gestite da enti del terzo settore e organizzazioni religiose, offrono soluzioni temporanee, ma le rigide regole e gli orari di rientro risultano a volte incompatibili con le esigenze orarie legate a lavori informali (posteggio serale) di molti migranti. Questo limite strutturale del dispositivo dormitorio (Foucault, 2005) indica la necessità di alternative più adatte ai bisogni reali.

Un ulteriore ostacolo è l'accesso ai servizi pubblici, spesso subordinato al possesso di documenti validi. La burocrazia per denunciarne la perdita espone i migranti irregolari al rischio di espulsione amministrativa (art. 13 T.U. sull'immigrazione).

La vita in strada comporta rischi elevati, come aggressioni notturne. La polizia, percepita più come strumento di controllo che di protezione, alimenta sfiducia tra i migranti. Questo quadro evidenzia un sistema che perpetua la vulnerabilità, rendendo urgente l'adozione di politiche di accoglienza più inclusive.

1.5. La solidarietà e la leadership

La solidarietà reciproca rappresenta una risorsa importante per i migranti. La condivisione di cibo, informazioni e contatti diventa un mezzo di sopravvivenza. Questo mutualismo costituisce una forma di resistenza sociale, caratterizzata da empatia e supporto collettivo. Tali pratiche incarnano una decostruzione del potere quotidiano e localizzato (Foucault, 1966) aprendo ad una possibilità di emancipazione da sistemi di esclusione dominanti.

La ricerca di stabilità è un bisogno primario, amplificato dalla rottura dei legami familiari. All'interno delle comunità, la *leadership* si basa su capacità relazionali e mediazione (Anderson, 2017), come nel caso di W. La sua figura di "leader informale" offre consigli economici e personali. Tuttavia, questa autorità è spesso precaria, evidenziando tensioni interne e le difficoltà strutturali di gruppi marginalizzati (Bourdieu, 2021).

1.6. Il tempo

L'esperienza temporale dei migranti negli insediamenti informali rappresenta una frattura rispetto alla normalità (*eterocronia* in Foucault, 1966). Questa sospensione del tempo lineare si coniuga con pratiche di *vivido*

presente (Schütz, 1967) e in una dimensione spirituale che aiuta a elaborare il contesto violento. L'incertezza sul futuro trasforma questi spazi in una sorta di CPR senza sbarre. I migranti vivono un presente intensamente simbolico, in cui la spiritualità diventa strumento di resistenza. Mbembe (2001) evidenzia come queste pratiche collettive e rituali offrano ordine e senso in contesti oppressivi. Tra i migranti ghanesi è diffusa la credenza che la vita in strada sia legata a debiti spirituali non saldati. Questa temporalità alternativa sfida le narrazioni dominanti.

1.7. La gestione della salute, pratiche di autocura e dipendenze

La relazione tra migranti senza dimora e i servizi sanitari evidenzia i processi di vulnerabilità (Luna, 2009) e incorporazione (Scheper-Hughes, Lock, 1987), che impattano negativamente sulla salute (Gamlin *et al.*, 2020; Ben-Shlomo, Kuh, 2002). La relazione riflette l'*habitus* (Bourdieu, 2021) del migrante, che interagisce in un contesto, adottando soluzioni attraverso il corpo e la spiritualità. Occorre creare politiche sociosanitarie che riconoscano la complessità di questi spazi e integrino soluzioni intersettoriali.

La precarietà abitativa e lavorativa, i dispositivi oppressivi e la percezione di mancanza di tutela sociale, influenzano la salute dei migranti. L'accesso ai servizi sanitari è ostacolato dalla mancanza di documenti. La rilevazione ha mostrato come i migranti rispondano alle cure laddove sussista una governabilità di determinanti sociali.

A Palermo, il consumo di crack ha creato gruppi nomadi che transitano in diversi quartieri della città e che rappresentano un fattore di rischio per i migranti. L'alcol diventa un dispositivo ambivalente di autocura che da un lato serve a gestire disagi psicofisici, dall'altro aggrava la condizione di salute. Alcuni utilizzano sostanze per gestire il dolore, altri ricorrono a farmaci prescrittibili. La condizione di marginalità facilita l'accesso all'uso di sostanze. Quest'ultime, stabilizzandosi nelle pratiche, attivano successivi processi di vulnerabilità.

Le pratiche di cura variano in base alle risorse disponibili, come il servizio sanitario pubblico, la medicina locale, la farmacia o l'acquisto di sostanze. Questa scelta è un atto agentivo che riflette un tentativo di governare la propria vita in un contesto che limita l'accesso alle risorse. Facilitare l'accesso ai servizi sanitari e promuovere l'inclusione sociale diventa un esempio di *advocacy* trasformativa. I sistemi di cura devono adattarsi al dinamismo biografico del migrante.

2. Il ruolo dello Sportello Sociale per i diritti umani nella promozione dell'inclusione e del benessere

2.1. La gerarchia dei bisogni di Maslow: un quadro interpretativo

La gerarchia dei bisogni di Maslow (1943) è utile per analizzare la marginalità, in particolare la condizione delle persone senza dimora. Essa evidenzia come l'accesso limitato ai bisogni primari comprometta il benessere generale, aggravando la salute fisica e mentale e ostacolando la reintegrazione sociale. I bisogni fisiologici fondamentali sono posti alla base della piramide (*fig. 1*), seguiti dal bisogno di sicurezza, che include protezione fisica e stabilità economica. Per chi vive in strada, come a Palermo, questi bisogni sono spesso insoddisfatti, con gravi conseguenze sulla dignità e il benessere.



La piramide dei bisogni di Maslow (1954)

Fig. 1

La teoria di Maslow è stata rielaborata dalla teoria ERG di Alderfer (1969), che suggerisce che i bisogni possano essere perseguiti simultaneamente, e dall'approccio evolutivo di Kenrick *et al.* (2010), che integra obiettivi legati alla sopravvivenza e alle relazioni sociali. Queste teorie spiegano come, nonostante le difficoltà, le persone senza fissa dimora possano comunque costruire legami sociali. Tuttavia, i livelli superiori della piramide, come appartenenza, stima e autorealizzazione, restano compromessi, alimentando disagi psicologici. Baumeister e Leary (1995) sottolineano come l'assenza di appartenenza sia un fattore di rischio per la depressione. La ricerca condotta suggerisce che l'offerta di cure mediche da sola non basta, è necessario un approccio integrato che risponda ai bisogni fondamentali, poiché la salute

non è solo l'assenza di malattia, ma uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, come definito dall'OMS (1946).

2.2. Determinanti sociali della salute, bisogni e vulnerabilità strutturale

La condizione delle persone senza dimora a Palermo è influenzata da una serie di determinanti sociali che agiscono a livello economico, ambientale e sociale. Marmot (2005) e l'OMS (2010) sottolineano come queste variabili impattino in modo sproporzionato sui gruppi vulnerabili, rendendo difficile l'accesso a risorse fondamentali come l'istruzione, il lavoro, la casa e i servizi sanitari. Nel contesto palermitano, le barriere burocratiche e normative, come l'obbligo di residenza anagrafica per l'accesso ai servizi, continuano a perpetuare l'esclusione sociale.

Le difficoltà sono aggravate dalla marginalizzazione delle popolazioni migranti che spesso affrontano condizioni di salute precarie, dipendenze attive e mancanza di documentazione, ciclicamente esacerbando la vulnerabilità. Il modello teorico di Goffman (1963) evidenzia come lo stigma istituzionale e la categorizzazione di queste persone come *outgroup* rafforzino la discriminazione e ostacolano l'accesso ai diritti fondamentali, mantenendo in vita le disuguaglianze strutturali.

Queste condizioni sono correlate a un maggior rischio di malattie fisiche e mentali, creando un ciclo di vulnerabilità che è ulteriormente alimentato dalla paura della stigmatizzazione e dalla diffidenza verso le istituzioni. L'assenza di una casa, infatti, non è solo una privazione materiale, ma un fattore che impedisce la creazione di routine sanitarie, ostacolando l'accesso alle cure e perpetuando la sofferenza. Come osservato da Link e Phelan (2001), lo stigma e altri determinanti sociali della salute si intrecciano, intensificando le disuguaglianze e creando difficoltà nell'affrontare i bisogni sanitari di queste persone.

2.3. Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani, attivo dall'aprile 2024 presso l'ambulatorio di Patologie Infettive per Popolazioni Vulnerabili e Migranti dell'ARNAS Civico di Palermo, nasce per rispondere a un bisogno di salute che va oltre l'aspetto sanitario. Il disagio dei pazienti non riguarda solo il corpo, ma influisce sul benessere biopsicosociale (OMS, 2007). Fattori sociali come disoccupazione, homelessness, detenzione, stigma e violenza

(Beneduce, 2021) emergono spesso nei loro racconti. Seguendo il quadro degli *structural drivers* di Marmot (2015), lo sportello diventa uno spazio di espressione e condivisione, offrendo ai pazienti un luogo di ascolto e significazione.

L'utente può esprimere e condividere con l'equipe gli elementi che hanno ridotto la sua *self-efficacy* (Bandura, 1997), rendendolo oggetto delle decisioni di operatori e istituzioni.

Per la popolazione straniera, la presenza del mediatore culturale è cruciale: comunicare nella propria lingua (D'Agostino, 2021) anziché in un italiano stentato o una lingua franca permette di esprimere contenuti prima inespresi e garantisce il diritto alla non discriminazione linguistica (ONU, 1990).

Se il lavoro con l'utente è complesso, lo è altrettanto quello con le istituzioni. Le corrette modalità di accesso al SSN, previste dall'Accordo Stato-Regioni (2012) per l'assistenza sanitaria agli stranieri, spesso non vengono garantite a utenti aventi diritto.

Da un lato, la domanda di salute è ostacolata da lunghi tempi di attesa, esami strumentali e consulenze specialistiche, che ritardano diagnosi e trattamenti, mettendo a dura prova il paziente. Dall'altro, l'impossibilità di accedere correttamente ai servizi sanitari influisce negativamente sul benessere complessivo del soggetto.

L'assenza del permesso di soggiorno, la povertà estrema, il rischio di diventare senza dimora e la discriminazione nei confronti delle persone LGBTQIA+ sono fattori che spingono il soggetto in una condizione di malessere profondo. La (com)presenza di tali elementi, fonte di angoscia, rappresenta solo un aspetto della questione: spesso accedono allo sportello persone cancellate dall'anagrafe o donne straniere incinte senza assistenza.

L'equipe accoglie quindi una domanda multifocale che tocca uno spettro di esperienze, attori ed eventi tutti afferenti alla condizione di benessere, garantendo una attiva partecipazione dell'utente, ora non più soggetto destituito della propria agentività e in balia di un servizio ma soggetto restituito alla propria centralità e, insieme, preso in carico non soltanto dal medico curante, ma da un gruppo curante, il quale, in coordinamento con il territorio progetta azioni a soddisfacimento della domanda.

La prescrizione medica appare perciò essere la metonimia di qualcosa decisamente più ampio. Le modalità di accesso SSN rappresentano uno dei rami d'azione principali dello sportello: nella maggioranza degli accessi, gli utenti non erano sufficientemente informati dei propri diritti e doveri né dal personale delle strutture di accoglienza, né dagli operatori dei servizi pubblici.

All'interno di questa prospettiva articolata, lo sportello sociale supporta la medicina nella gestione del paziente nella sua complessità.

3. U.O.S.D. “Patologie infettive popolazioni vulnerabili. Centro Assistenza Stranieri Lucia Pepe” dell’ARNAS Civico di Palermo

La popolazione migrante in Europa è particolarmente vulnerabile a violenze fisiche e sessuali, sfruttamento, infezioni da HIV e altre malattie sessualmente trasmissibili. Le donne sono le più colpite, ma anche gli uomini subiscono violenze fisiche e psicologiche. L'ospedale Civico di Palermo ha sviluppato un modello per assistere migranti, disabili, senza dimora, persone con dipendenze e detenuti, ad alto rischio di povertà ed esclusione sociale. Le patologie come HIV, tubercolosi e malattie tropicali sono rilevanti, e la stigmatizzazione riduce l'adesione al trattamento, aumentando la trasmissione. Il modello include diagnosi precoce, terapia e follow-up.

L'ospedale segue gli standard internazionali di accreditamento della *Joint Commission International* (JCI), mettendo al centro la *persona* e le sue diversità sociali, economiche, culturali e linguistiche. L'assistenza viene coordinata con le strutture sanitarie locali e le associazioni, per garantire una continuità assistenziale efficace. La creazione di un “ambulatorio mobile” consente di raggiungere le popolazioni più difficili da raggiungere, come i sex worker e i senza dimora.

L'esperienza maturata all'interno dell'ospedale Civico di Palermo e attraverso la rete assistenziale sociosanitaria in Sicilia occidentale ha permesso di sviluppare modelli assistenziali specifici e multidisciplinari. L'approccio segue diverse fasi, tra cui l'accoglienza transculturale, la presa in carico delle persone, la diagnosi, la terapia, e il follow-up delle patologie infettive e delle comorbidità. Le patologie più comuni sono le infezioni sessualmente trasmissibili (HIV, HPV, epatiti virali), la tubercolosi e malattie tropicali come malaria e scabbia.

L'accesso ai servizi è libero e non vincolato a prenotazione o prescrizione medica, con un sistema di triage che valuta la richiesta di salute, il disagio socio-relazionale ed economico. La presenza di mediatori culturali facilita l'accesso, in particolare per la popolazione migrante. Inoltre, dal 2015, è stato introdotto uno screening per le infezioni sessualmente trasmissibili e la tubercolosi, con una rete di collegamento tra 41 centri di accoglienza per migranti e i servizi ospedalieri. L'attività di *outreach* si svolge anche attraverso un “camper mobile” che porta i servizi direttamente a gruppi di popolazione vulnerabile difficili da raggiungere.

Il programma di assistenza ha mostrato risultati significativi, con una *retention in care* dell'88% e una soppressione virale dell'91% per i pazienti con HIV, confermando l'efficacia di un approccio integrato e personalizzato. Per la tubercolosi, il completamento della terapia di profilassi dell'infezione latente è stato del 79,5%, mentre la guarigione dalla tubercolosi attiva ha raggiunto il 90%, dati che riflettono l'importanza di un follow-up strutturato e di un supporto continuo.

Tuttavia, questi successi evidenziano anche la necessità di potenziare l'accesso ai servizi, soprattutto per quelle fasce di popolazione ancora marginalizzate, come i senza dimora o i migranti privi di documenti, che incontrano maggiori difficoltà nel raggiungere le strutture sanitarie. Le problematiche legate alla salute sessuale delle donne migranti, in particolare le vittime di violenza, richiedono ulteriori interventi mirati, come programmi di sensibilizzazione e percorsi dedicati per garantire una presa in carico tempestiva e rispettosa delle loro specifiche esigenze.

L'aumento di patologie internistiche, come diabete e sindromi metaboliche tra i migranti stabilizzati in Italia, sottolinea l'importanza di un approccio preventivo e di un'assistenza continua, che vada oltre le cure acute. L'esperienza finora maturata dimostra che, sebbene il modello adottato abbia prodotto risultati incoraggianti, è essenziale adattarlo costantemente alle nuove sfide e alle esigenze emergenti, per garantire equità e inclusività nell'accesso alla salute.

Conclusioni

L'indagine condotta nel quartiere Kalsa di Palermo rivela una realtà complessa, in cui la marginalità urbana e le disuguaglianze sociali si intrecciano con le vulnerabilità sanitarie dei migranti senza dimora. Emerge con chiarezza come l'accesso alle cure e il benessere di queste persone siano profondamente condizionati da fattori strutturali: la mancanza di documenti, l'esclusione abitativa e lo stigma istituzionale creano barriere spesso insormontabili. In questo contesto, l'operato dell'U.O.S.D. "Patologie infettive per le popolazioni vulnerabili" e dello Sportello Sociale per i Diritti Umani rappresenta un tentativo concreto di rispondere a bisogni che vanno ben oltre la semplice assistenza medica.

Lo studio mostra come l'insediamento informale nel quartiere Kalsa, spazio eterotopico per eccellenza, sia al tempo stesso luogo di emarginazione e di resistenza. Qui, i migranti sviluppano strategie di sopravvivenza –

dall'economia informale alle reti di mutuo aiuto – che rivelano una capacità di adattamento e agentività.

I migranti sono una popolazione particolarmente vulnerabile. All'interno di questa, la condizione delle persone senza dimora presenta problematiche di perdita del benessere che devono essere inquadrare mettendo al centro la persona e la propria rappresentazione del sé. Ne consegue la necessità di un attento counselling pre-cura e una consapevole presa in carico che non può prescindere dalla comunicazione e dalla relazione efficace.

L'esperienza di ricerca ha evidenziato il limite di un modello occidentale di intendere il benessere che non comprende i bisogni, le aspettative di queste persone. Bisogna ripensare nuovi modelli di cura che non considera l'auto-cura, praticata per mettere a tacere le urla della memoria.

Inoltre, l'esperienza dello Sportello e dell'ospedale Civico dimostra l'efficacia di un approccio olistico, che unisce cure mediche, ascolto attivo e advocacy. La mediazione culturale e gli interventi di *outreach* hanno permesso di raggiungere popolazioni altrimenti escluse, con risultati significativi. Eppure, i limiti restano evidenti: la mancanza di soluzioni abitative stabili e il carattere frammentario dei servizi rischiano di compromettere i progressi ottenuti.

Riferimenti bibliografici

- Alderfer C.P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2): 142-175. DOI: [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- Bandura A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Baumeister R.F., Leary M.R. (2007). *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. London: Routledge.
- Beneduce R. (2021). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.
- Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285-293. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>
- Bourdieu P. (2009). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- Bourdieu P. (2021). *Sociologia generale. Sistema, habitus, campo*. Vol. 2. Sesto San Giovanni: Mimesis. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731505282593>
- Cortese C. (2023). Migrazioni, marginalità e homelessness, 87-89. In: *Caritas e Migrantes, a cura di, XXXI rapporto immigrazione 2022. Costruire il futuro con i migranti*. Todi: Tau Editrice.
- D'Agostino M. (2021). *Noi che siamo passati dalla Libia*. Bologna: il Mulino.
- Farmer P., Sen A. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault M. (1986). *Des espaces autres*. Paris: Gallimard.
- Foucault M. (2004) (a cura di Moscati A.). *Utopie Eterotopie*. Napoli: Cronopio.

- Foucault M. (2005). *Eterotopia. Luoghi e non luoghi metropolitani*. Milano: Mimesis.
- Gamlin J., Gibbon S., Sesia P.M., Berrio L., a cura di, (2020). *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America (Embodying Inequalities: Perspectives from Medical Anthropology)*. London: UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprxf>
- Gazzetta Ufficiale (2012). *Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/03/12/12A02668/sg>
- Geertz C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster.
- Haraway D.J. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. London: Routledge.
- Kenrick D.T., Griskevicius V., Neuberg S.L., Schaller M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3): 292-314. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691610369469>
- Luna F. (2009). Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1): 121-139. DOI: <https://doi.org/10.2979/FAB.2009.2.1.121>
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464): 1099-1104. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Maslow A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4): 370-396. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mbembe A. (2001). *On the Postcolony*. Berkeley: University of California Press.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2007). *Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO Press.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2010). *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: WHO Press.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2014). *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO Press.
- Scheper-Hughes N., Lock M.M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. In: Brown P.J., a cura di, *Understanding and Applying Medical Anthropology*. California: Mayfield Publishing Company.
- Schütz A. (1967). *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University.
- Schützenberger A.A. (2019). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia trans-generazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Roma: Di Renzo Editore.
- Scott J.C. (1992). *Domination and the Arts of Resistance: Hidden Transcripts*. New Haven: Yale University Press.
- Sitton S. (2018). L'abitare condiviso letto con la teoria dei commons: due possibili scenari di sviluppo. *Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 4: 167-181.
- Società Italiana Medicina delle Migrazioni (2024). *Documento di lavoro. Organizzazione e gestione dei processi di advocacy*.
- Spradley J.P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. (2004). Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4): 651-656. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>