Accesso, equità e sicurezza urbana: un case study su percorsi sanitari di popolazioni migranti

di *Enrica Caruso*[*]

Il contributo analizza la relazione tra accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze sociali e vulnerabilità urbana a partire da una survey strutturata condotta su 300 pazienti presso l'Ospedale Civico di Palermo. L'articolo propone la nozione di sicurezza sanitaria urbana come categoria analitica, distinta da una lettura securitaria della salute: essa indica la capacità delle istituzioni urbane di rendere i servizi essenziali accessibili, comprensibili, prevedibili e continuativi. I risultati descrittivi mostrano che le persone con background migratorio incontrano con maggiore frequenza barriere amministrative, linguistiche e informative, con effetti sulla continuità della cura, sull'adesione terapeutica e sulla possibilità di orientarsi nei servizi. Il caso palermitano consente così di interpretare le disuguaglianze sanitarie come componenti della vulnerabilità urbana e di discutere il ruolo della mediazione linguistico-culturale e dei servizi territoriali nelle politiche orientate all'equità.

Parole chiave: salute; migrazioni; equità; accesso ai servizi; vulnerabilità urbana; mediazione.

Access, equity, and urban security: a case study on healthcare pathways of migrant populations

This paper examines the relationship between access to healthcare services, social inequalities, and urban vulnerability, based on a structured survey conducted with 300 patients at the Civic Hospital of Palermo. The article proposes the notion of urban health security as an analytical category, distinct from a securitarian understanding of health: it refers to the capacity of urban institutions to make essential services accessible, understandable, predictable, and continuous. Descriptive findings show that individuals with a migrant background face more frequent administrative, linguistic, and informational barriers, affecting continuity of care, treatment adherence, and the ability to navigate healthcare pathways. The Palermo case thus allows health inequalities to be interpreted as components of urban vulnerability and highlights the role of linguistic-cultural mediation and territorial services in equity-oriented policies.

Keywords: health; migration; equity; access to care; urban vulnerability; mediation.

DOI: 10.5281/zenodo.23695103

[*] Università degli Studi di Palermo. enrica.caruso@unipa.it.

Enrica Caruso

Introduzione

Il diritto alla salute costituisce uno dei pilastri fondamentali dei sistemi democratici contemporanei, riconosciuto come diritto umano universale e, nel contesto italiano, sancito dall'art. 32 della Costituzione. Tuttavia, la sua effettiva realizzazione non coincide automaticamente con il riconoscimento formale, ma dipende da una configurazione complessa di condizioni materiali, linguistiche, sociali e istituzionali che ne rendono possibile – o impediscono – l'esercizio concreto. In questa prospettiva, il diritto alla salute si colloca in una tensione strutturale tra universalismo normativo ed esigibilità effettiva, che emerge con particolare evidenza nei contesti caratterizzati da disuguaglianze sociali e pluralità culturale (Sen, 2009; Rodotà, 2006).

Negli ultimi decenni, la crescente eterogeneità delle popolazioni urbane, connessa ai processi migratori, ha reso particolarmente visibile il divario tra diritto formale e accesso reale ai servizi sanitari. Le persone con background migratorio si collocano frequentemente in una condizione di vulnerabilità multilivello, in cui fattori amministrativi, barriere linguistiche, difficoltà di orientamento nei servizi e condizioni socio-economiche precarie si intrecciano, producendo disuguaglianze significative nei percorsi di cura. Tali criticità non rappresentano anomalie marginali, ma espressioni di meccanismi strutturali che incidono sulla distribuzione delle opportunità di accesso e sulla possibilità stessa di attivare una relazione terapeutica continuativa.

La letteratura sui determinanti sociali della salute ha ampiamente dimostrato come queste disuguaglianze non siano riconducibili a fattori individuali, ma costituiscano l'esito di configurazioni sistemiche che influenzano l'accesso alle risorse, alle informazioni e ai diritti (Marmot, 2010; Solar & Irwin, 2010). In questo quadro, l'equità non può essere ridotta a una mera uguaglianza formale, ma deve essere intesa come capacità del sistema sanitario di rispondere a bisogni differenziati, rimuovendo le barriere evitabili e ingiuste che ostacolano l'effettivo esercizio del diritto alla salute (Braveman, Gruskin, 2003; Whitehead, 1992).

Accanto ai fattori strutturali, un ruolo cruciale è svolto dalla dimensione comunicativa. La comunicazione sanitaria non rappresenta infatti un semplice strumento di trasmissione di informazioni, ma una vera e propria condizione di accesso, in quanto determina chi è in grado di comprendere, partecipare e orientarsi nei percorsi di cura (Habermas, 1986; Lovari, Ducci, 2022). In contesti caratterizzati da pluralità linguistica e culturale, l'assenza di strumenti adeguati di mediazione può compromettere la qualità della relazione terapeutica, incidere sull'aderenza alle cure e produrre forme di esclusione non solo pratica, ma anche simbolica e istituzionale (Jacobs et al., 2006; Napier et al., 2014).

A partire da queste premesse, il presente contributo analizza la relazione tra accesso ai servizi sanitari e vulnerabilità urbana attraverso un'indagine empirica condotta su un campione di 300 pazienti – italiani e stranieri – presso l'Ospedale Civico di Palermo. La domanda di ricerca che orienta l'articolo è la seguente: in che modo le barriere amministrative, linguistiche e informative incidono sui percorsi di accesso alla cura e come tali barriere possono essere interpretate come fattori di vulnerabilità urbana?

Il contributo specifico dell'articolo consiste nel proporre una lettura dell'accesso alla salute come dimensione costitutiva della sicurezza urbana, intesa non come controllo dell'ordine pubblico, ma come capacità delle istituzioni di garantire accessibilità effettiva, prevedibilità dei percorsi, continuità della presa in carico e riconoscimento comunicativo. In questa prospettiva, la sicurezza sanitaria urbana non coincide con la generica tutela della salute pubblica, ma individua una soglia concreta di cittadinanza: la possibilità, per soggetti socialmente e linguisticamente differenziati, di comprendere, attraversare e utilizzare in modo stabile i servizi essenziali. L'articolo contribuisce così alla letteratura sui determinanti sociali della salute spostando l'attenzione dal diritto formalmente riconosciuto alle condizioni istituzionali e comunicative che rendono tale diritto praticabile nella vita urbana quotidiana.

1. Quadro teorico

Il tema dell'accesso ai servizi sanitari si colloca all'interno di un più ampio dibattito sulle disuguaglianze di salute e sui determinanti sociali che ne influenzano la distribuzione. La letteratura internazionale ha ampiamente evidenziato come la salute non sia riconducibile esclusivamente a fattori biologici o individuali, ma rappresenti l'esito di processi sociali complessi, legati alla distribuzione di risorse, opportunità e potere (Marmot, 2010; Solar, Irwin, 2010). In questa prospettiva, le disuguaglianze sanitarie non costituiscono deviazioni marginali, ma espressioni sistemiche di assetti sociali che producono e riproducono condizioni differenziali di accesso ai diritti.

Il concetto di equità assume, in questo quadro, una funzione analitica e normativa centrale. Come sottolineano Braveman e Gruskin (2003), l'equità in salute non coincide con l'uguaglianza formale di accesso, ma implica la rimozione delle differenze evitabili e ingiuste nello stato di salute e nell'accesso ai servizi. In questa prospettiva, trattare in modo uguale condizioni diseguali può produrre effetti profondamente iniqui, rendendo necessario un adattamento dei sistemi sanitari ai bisogni differenziati delle popolazioni (Whitehead, 1992). L'equità si configura così non come un correttivo

marginale, ma come un principio strutturale di organizzazione dei servizi, orientato alla redistribuzione delle opportunità di accesso e alla riduzione delle asimmetrie sociali (Sen, 1999; Fraser, 2009).

Questa prospettiva trova ulteriore sviluppo negli studi recenti che analizzano l'equità sanitaria nei contesti migratori e urbani complessi. In particolare, l'accesso alla salute emerge come un processo multidimensionale che richiede interventi integrati capaci di tenere insieme dimensioni sanitarie, sociali e relazionali. In questo senso, il modello dello Sportello Sociale per i Diritti Umani evidenzia come l'equità possa essere tradotta in pratiche concrete di accompagnamento e orientamento, configurandosi come dispositivo operativo di giustizia sociale all'interno delle istituzioni sanitarie (Caruso et al., 2025a).

Accanto alla dimensione strutturale, un ruolo cruciale è svolto dalla dimensione comunicativa. La comunicazione sanitaria non costituisce un semplice strumento di trasmissione di informazioni, ma una vera e propria infrastruttura del diritto, in quanto determina la possibilità concreta di comprendere, orientarsi e partecipare ai percorsi di cura (Habermas, 1986; Lovari, Ducci, 2022). In questa prospettiva, l'accesso deve essere letto come un processo relazionale e interpretativo, in cui il linguaggio agisce come dispositivo di inclusione o esclusione. Laddove le informazioni risultano opache o non accessibili, si producono forme di marginalità comunicativa che incidono direttamente sulla qualità della relazione terapeutica e sugli esiti di salute (Jacobs et al., 2006; Nutbeam, 2000).

In contesti caratterizzati da crescente diversità culturale e linguistica, la mediazione linguistico-culturale emerge come elemento strutturale dei sistemi sanitari orientati all'equità. Studi recenti mostrano come essa non si limiti a facilitare la comunicazione, ma contribuisca alla costruzione di percorsi di cura più efficaci, migliorando l'aderenza terapeutica, riducendo lo stigma e rafforzando la fiducia nei servizi sanitari (Caruso et al., 2025b). La mediazione si configura così come pratica di giustizia sociale, capace di intervenire sui determinanti relazionali e simbolici della salute.

Tali dinamiche risultano particolarmente evidenti nei contesti urbani complessi, in cui le popolazioni migranti si trovano frequentemente esposte a una combinazione di barriere amministrative, sociali e comunicative. In questi contesti, l'accesso alla cura si configura come un processo situato, attraversato da asimmetrie di potere, differenze linguistiche e discontinuità informative, che contribuiscono a produrre forme di cittadinanza sanitaria differenziale (Fassin, 2008; Kleinman, 1980). Il diritto alla salute, pur formalmente riconosciuto, risulta così condizionato dalla capacità concreta di interagire con il sistema sanitario, comprenderne i codici e negoziare il proprio percorso di cura.

In questa prospettiva, modelli di accoglienza integrata basati su approcci interdisciplinari e centrati sulla persona mostrano come sia possibile attivare processi di empowerment e restituzione di agency nei soggetti vulnerabili, trasformando l'accesso ai servizi in uno spazio di partecipazione e riconoscimento (Caruso et al., 2025c). L'equità sanitaria si configura così come esito di pratiche istituzionali capaci di integrare dimensioni cliniche, sociali e comunicative.

A partire da queste premesse, l'analisi dell'accesso ai servizi sanitari non può essere separata da una riflessione più ampia sulle condizioni di inclusione sociale e sulle forme di vulnerabilità che attraversano i contesti urbani. In questa prospettiva, la salute si configura non solo come esito individuale, ma come indicatore della capacità delle istituzioni di garantire condizioni di equità, accessibilità e riconoscimento, ponendosi al crocevia tra politiche sanitarie e dinamiche di coesione sociale.

In termini teorici, la nozione di sicurezza sanitaria urbana viene qui utilizzata per nominare il punto di intersezione tra disuguaglianze di accesso, affidabilità dei servizi e condizioni di vita nei contesti urbani. Essa non rinvia a una securitizzazione della salute né a una concezione emergenziale della sanità pubblica, ma alla capacità ordinaria delle istituzioni di ridurre incertezza, opacità e discontinuità nei percorsi di cura. La categoria viene operazionalizzata attraverso quattro dimensioni analitiche: accessibilità effettiva, cioè possibilità concreta di entrare nel sistema; comprensibilità, cioè disponibilità di informazioni linguisticamente e culturalmente accessibili; continuità, cioè possibilità di mantenere nel tempo un percorso di cura; riconoscimento, cioè possibilità per il paziente di essere interlocutore attivo e non semplice destinatario passivo delle procedure. Questa precisazione consente di distinguere il contributo dell'articolo da una generica affermazione normativa sull'importanza della salute e di collocarlo in una prospettiva sociologica sull'organizzazione urbana dei diritti.

2. Contesto della ricerca

La ricerca si colloca nel contesto urbano della città di Palermo, uno dei principali snodi del Mediterraneo contemporaneo, caratterizzato da una significativa presenza di popolazioni migranti e da una marcata eterogeneità socio-culturale. In questo scenario, i servizi sanitari si configurano come uno dei principali punti di intersezione tra istituzioni e cittadini, nonché come spazi privilegiati per osservare le modalità attraverso cui i diritti vengono concretamente esercitati, negoziati o limitati. In particolare, l'accesso alla salute emerge come un terreno in cui si rendono visibili le tensioni tra

universalismo normativo e condizioni differenziali di accesso, già evidenziate dalla letteratura sui determinanti sociali della salute (Marmot, 2010).

L'indagine è stata condotta presso l'Ospedale Civico di Palermo, all'interno di reparti e servizi che intercettano una quota significativa di utenza con background migratorio. Il contesto ospedaliero si configura come un ambiente istituzionale complesso, attraversato da una pluralità di lingue, codici culturali e condizioni giuridiche, in cui la relazione di cura si intreccia costantemente con dimensioni amministrative, comunicative e sociali. In questo senso, l'ospedale non rappresenta soltanto un luogo di erogazione di prestazioni sanitarie, ma un dispositivo organizzativo in cui si articolano pratiche di inclusione ed esclusione, e in cui si producono forme differenziate di accesso ai diritti.

All'interno di questo scenario, l'accesso ai servizi sanitari non si presenta come un processo lineare, ma come un percorso articolato e spesso discontinuo, segnato da incomprensioni, incertezze e difficoltà di orientamento. Le persone con background migratorio si trovano frequentemente a dover negoziare il proprio accesso alla cura in condizioni di asimmetria informativa e istituzionale, legate non solo alla disponibilità dei servizi, ma anche alla loro comprensibilità e accessibilità concreta. Come evidenziato anche in studi recenti sul contesto palermitano, l'accesso si configura come un processo situato, che richiede competenze linguistiche, conoscenze implicite e capacità di interazione con il sistema sanitario non equamente distribuite (Caruso et al., 2025a).

Il contesto palermitano assume, in questo senso, una valenza paradigmatica, in quanto consente di osservare in forma concentrata le dinamiche attraverso cui le disuguaglianze sanitarie si intrecciano con più ampie condizioni di vulnerabilità urbana. In particolare, la compresenza di fragilità socioeconomiche, precarietà abitativa e incertezza amministrativa contribuisce a rendere l'accesso alla salute un processo instabile e spesso discontinuo, evidenziando il carattere relazionale e contestuale della fruizione dei servizi.

In tale prospettiva, l'ospedale può essere interpretato come uno spazio sociale in cui si manifestano e si negoziano le condizioni di cittadinanza, rendendo visibili le soglie – spesso implicite – che separano l'accesso formale dall'accesso reale alla cura. L'analisi del contesto consente dunque di leggere l'accesso ai servizi sanitari non come un dato acquisito, ma come un processo situato e dinamico, che riflette le capacità delle istituzioni di rispondere alla complessità delle popolazioni contemporanee.

3. Metodologia

Il contributo si basa su un case study quantitativo-descrittivo condotto presso l'Ospedale Civico di Palermo, all'interno di reparti e servizi sanitari che intercettano utenza italiana e utenza con background migratorio. Il disegno non ha finalità di rappresentatività statistica dell'intera popolazione migrante residente a Palermo, ma mira a descrivere, in un contesto istituzionale specifico, le principali barriere che incidono sull'accesso ai servizi sanitari e a confrontare i profili di difficoltà rilevati tra pazienti italiani e pazienti con background migratorio.

La raccolta dei dati è stata realizzata attraverso la somministrazione in presenza di una survey strutturata a 300 pazienti. Il campione è di tipo non probabilistico, costruito secondo criteri di eterogeneità e intercettazione nei servizi coinvolti durante il periodo di rilevazione. Sono stati inclusi pazienti adulti presenti nei servizi selezionati, disponibili a partecipare volontariamente alla ricerca e in grado di rispondere al questionario direttamente o con il supporto di un mediatore linguistico-culturale. Sono stati esclusi i soggetti in condizioni cliniche acute tali da rendere inopportuna la somministrazione, coloro che non erano in grado di esprimere un consenso informato e i pazienti che hanno rifiutato la partecipazione.

La selezione dei partecipanti è stata orientata a includere soggetti con differenti caratteristiche in termini di età, genere, provenienza geografica, anzianità di permanenza sul territorio, condizione socio-giuridica e competenze linguistiche. Questa strategia consente di osservare la varietà delle esperienze di accesso, ma comporta alcuni limiti: il campione può sovrarappresentare persone già entrate in contatto con il sistema ospedaliero e sottorappresentare i soggetti che, proprio a causa delle barriere di accesso, non raggiungono i servizi. Va inoltre considerato il possibile effetto di autoselezione dei partecipanti e il ruolo del contesto ospedaliero nella produzione delle risposte.

Il questionario è stato articolato in più sezioni finalizzate a rilevare: (a) caratteristiche socio-demografiche e status amministrativo; (b) condizioni socio-economiche; (c) modalità di accesso ai servizi sanitari; (d) competenze linguistiche e grado di health literacy; (e) comprensione delle procedure sanitarie; (f) percezione della relazione con gli operatori. Particolare attenzione è stata dedicata alla dimensione comunicativa dell'accesso, operazionalizzata attraverso indicatori relativi alla capacità di orientarsi tra i servizi, comprendere le informazioni ricevute e partecipare ai percorsi di cura.

L'analisi dei dati è stata condotta mediante statistiche descrittive, distribuzioni di frequenza e confronti tra sottogruppi, con particolare attenzione alla distinzione tra pazienti italiani e pazienti con background migratorio e

all'interazione descrittiva tra condizione amministrativa, competenze linguistiche e continuità della cura. Non essendo il campione probabilistico, le differenze osservate sono interpretate come tendenze interne al caso studio e non come stime generalizzabili alla popolazione complessiva. L'articolo non avanza quindi inferenze causali, ma individua configurazioni ricorrenti di vulnerabilità nell'accesso.

L'impianto analitico è stato orientato dal framework dei determinanti sociali della salute (Marmot, 2010), integrato con la prospettiva sulla comunicazione sanitaria e sulla health literacy (Nutbeam, 2000). Non è stata condotta una componente qualitativa autonoma: pertanto i risultati presentati derivano dalla survey strutturata e dalle analisi descrittive, mentre eventuali elementi contestuali raccolti durante il lavoro di campo sono utilizzati esclusivamente come supporto interpretativo e non come evidenze qualitative indipendenti.

Sono state adottate le precauzioni etiche necessarie, garantendo l'anonimato dei partecipanti e la raccolta del consenso informato. La partecipazione alla ricerca è stata volontaria e non ha comportato alcuna interferenza con i percorsi di cura.

4. Risultati

Il campione analizzato (N=300) presenta una composizione eterogenea in termini di età, genere e condizione socio-giuridica. Le donne costituiscono il 52% dei partecipanti e gli uomini il 48%; la distribuzione per età è concentrata prevalentemente nella fascia 25–54 anni (circa 64% del campione), mentre le quote di soggetti under 25 e over 55 sono entrambe pari a circa il 18%.

Per quanto riguarda la composizione per cittadinanza, circa il 57% del campione è costituito da pazienti con background migratorio e il restante 43% da pazienti italiani. All'interno del gruppo dei pazienti migranti emerge una significativa eterogeneità delle condizioni amministrative: circa il 46% presenta una posizione regolare stabile, mentre il restante 54% si colloca in condizioni di maggiore precarietà, includendo richiedenti asilo, titolari di permessi temporanei o situazioni amministrative non pienamente definite.

Coerentemente con il carattere descrittivo del disegno, i risultati vengono letti come tendenze interne al caso studio. Le difficoltà di accesso non si distribuiscono in modo uniforme, ma si concentrano nei profili caratterizzati da minore anzianità di permanenza sul territorio, livelli più bassi di istruzione, competenze linguistiche limitate e maggiore instabilità amministrativa. In questi gruppi, oltre il 70% dei partecipanti segnala difficoltà nella

comprensione delle procedure sanitarie e nell'orientamento tra i servizi, a fronte di percentuali sensibilmente inferiori tra i pazienti italiani e tra i migranti con maggiore stabilità amministrativa.

La prima dimensione critica riguarda la comprensione delle procedure. Oltre il 65% dei pazienti con background migratorio dichiara difficoltà nel comprendere passaggi amministrativi, documentazione richiesta e modalità di accesso, contro circa il 30% dei pazienti italiani. La differenza suggerisce che l'accesso formale al servizio non si traduce automaticamente in accesso effettivo: per una parte consistente dell'utenza migrante, l'ingresso nel percorso sanitario resta mediato dalla capacità di decifrare regole, moduli, indicazioni e passaggi organizzativi.

La seconda dimensione riguarda le barriere linguistiche e comunicative. Tra i pazienti con competenze linguistiche basse, circa il 68% riporta difficoltà nella comprensione delle indicazioni terapeutiche. Questo dato mostra che la lingua non agisce soltanto come ostacolo informativo, ma come soglia di partecipazione: quando il paziente non comprende pienamente diagnosi, indicazioni, tempi e responsabilità del percorso, la relazione di cura rischia di rimanere formalmente attiva ma sostanzialmente asimmetrica.

La terza dimensione riguarda la continuità della cura. Tra i pazienti con background migratorio si osserva una maggiore incidenza di ritardi nell'accesso alle prestazioni, pari a circa il 55% dei casi, e una quota non trascurabile di rinuncia alle cure, pari a circa il 20%. Tali fenomeni non vanno letti come esiti di scelte individuali isolate, ma come conseguenze di percorsi più incerti, dispendiosi e difficili da programmare.

L'analisi trasversale delle variabili evidenzia inoltre il carattere cumulativo delle barriere. Quando bassa competenza linguistica e instabilità amministrativa si combinano, la probabilità di ritardo nelle cure supera il 60%. Ciò indica che le difficoltà non agiscono in modo additivo e separato, ma tendono a rafforzarsi reciprocamente, configurando profili di vulnerabilità più esposti alla frammentazione del percorso sanitario.

Nel complesso, i risultati permettono di individuare tre passaggi analitici: l'accesso è condizionato dalla comprensibilità delle procedure; la comprensibilità incide sulla possibilità di partecipare alla relazione di cura; la discontinuità che ne deriva contribuisce a produrre vulnerabilità sanitaria e, più ampiamente, vulnerabilità urbana. In questo senso, i dati non dimostrano un nesso causale generalizzabile, ma documentano come, nel caso analizzato, le disuguaglianze sanitarie si organizzino attorno a soglie amministrative, linguistiche e informative.

La Tab. 1 sintetizza i principali indicatori descrittivi emersi dall'analisi, evidenziando le dimensioni in cui le barriere risultano più marcate per i pazienti con background migratorio.

Tab. 1 – Indicatori descrittivi delle principali barriere nell'accesso ai servizi sanitari

Dimensione osservata	Indicatore considerato	Evidenza descrittiva
Comprensione delle procedure sanitarie	Difficoltà dichiarata nella comprensione di procedure, documentazione e modalità di accesso	pazienti migranti: oltre 65%; pazienti italiani: circa 30%
Comprensione delle indicazioni terapeutiche	Difficoltà tra i pazienti con bassa competenza linguistica	circa 68%
Continuità della cura	Ritardo nell'accesso alle prestazioni tra i pazienti con background migratorio	circa 55%
Rinuncia alle cure	Rinuncia o interruzione del percorso tra i pazienti con background migratorio	circa 20%
Cumulatività delle barriere	Bassa competenza linguistica associata a instabilità amministrativa	ritardo nelle cure superiore al 60%

L'elemento analiticamente più rilevante non è la presenza di una singola barriera, ma la trasformazione dell'accesso in un percorso a soglie successive. Documentazione, lingua, comprensione delle procedure, disponibilità di mediazione e continuità della presa in carico diventano passaggi selettivi che incidono sulla capacità del paziente di utilizzare effettivamente il servizio.

Questa configurazione consente di collegare i risultati alla nozione di sicurezza sanitaria urbana: un servizio formalmente disponibile ma difficilmente comprensibile o attraversabile produce incertezza, ritardo e discontinuità. La vulnerabilità urbana emerge dunque non solo dalla mancanza di risorse, ma dalla scarsa prevedibilità dei percorsi istituzionali e dalla difficoltà di trasformare il diritto dichiarato in pratica effettiva di cura.

5. Discussione

I risultati emersi dall'indagine consentono di precisare il contributo teorico dell'articolo. Il caso analizzato mostra che l'accesso ai servizi sanitari non può essere interpretato soltanto come disponibilità formale di prestazioni, ma come processo sociale situato, nel quale entrano in gioco risorse amministrative, linguistiche, informative e relazionali. In linea con il framework dei determinanti sociali della salute, le disuguaglianze osservate non rappresentano anomalie marginali, ma effetti di condizioni strutturali che

distribuiscono in modo differenziale la possibilità di utilizzare concretamente il sistema sanitario (Marmot, 2010; Solar, Irwin, 2010).

Il passaggio analitico proposto dall'articolo consiste nel collegare queste disuguaglianze alla sicurezza urbana, ma evitando una lettura securitaria della salute. Parlare di sicurezza sanitaria urbana non significa trasformare i bisogni sanitari in problemi di ordine pubblico; significa, al contrario, considerare la sicurezza come capacità istituzionale di ridurre incertezza, frammentazione e imprevedibilità nell'accesso ai servizi essenziali. La sicurezza, in questa prospettiva, non è controllo dei corpi vulnerabili, ma affidabilità delle istituzioni e praticabilità quotidiana dei diritti.

I risultati permettono di articolare questa categoria su quattro dimensioni. La prima è l'accessibilità effettiva: l'esistenza di un servizio non garantisce che il paziente sia in grado di raggiungerlo, comprenderne le procedure e completare il percorso. La seconda è la comprensibilità: moduli, indicazioni, linguaggi specialistici e procedure amministrative possono diventare soglie selettive. La terza è la continuità: ritardi, rinunce e accessi episodici mostrano che la cura è fragile quando non esistono dispositivi di accompagnamento. La quarta è il riconoscimento: il paziente è incluso pienamente solo se può partecipare alla relazione terapeutica come soggetto capace di comprendere e scegliere.

La dimensione comunicativa emerge quindi come nodo centrale. I dati relativi alle difficoltà linguistiche e alla comprensione delle indicazioni terapeutiche mostrano che la comunicazione non è un elemento accessorio della prestazione sanitaria, ma una condizione di possibilità dell'accesso. In questo senso, la comunicazione può essere interpretata come infrastruttura del diritto: definisce chi riesce a orientarsi, chi può partecipare e chi, pur essendo formalmente incluso, resta sostanzialmente ai margini del percorso di cura (Habermas, 1986; Nutbeam, 2000).

Da qui deriva il ruolo della mediazione linguistico-culturale. L'assenza o l'insufficienza di mediazione non produce soltanto incomprensione, ma indebolisce la fiducia, riduce l'aderenza terapeutica e rende più probabile la frammentazione del percorso. Al contrario, la mediazione può essere letta come pratica di equità perché interviene sui determinanti relazionali e simbolici della salute, traducendo l'universalismo formale del sistema sanitario in condizioni concrete di accesso (Caruso et al., 2025a; Caruso et al., 2025c).

Un ulteriore elemento critico riguarda il carattere cumulativo delle disuguaglianze. I risultati mostrano che le barriere non colpiscono tutti i pazienti nello stesso modo e non agiscono separatamente. La combinazione tra instabilità amministrativa, bassa competenza linguistica e minori risorse socioeconomiche produce configurazioni di vulnerabilità più intense. Ciò

conferma la necessità di leggere la vulnerabilità non come attributo individuale, ma come esito di un rapporto tra soggetti, istituzioni e condizioni sociali.

Questa lettura consente di collegare l'analisi empirica a una più ampia prospettiva di giustizia sociale. Come evidenziato da Sen (1999), le disuguaglianze riguardano la capacità effettiva di trasformare risorse formalmente disponibili in opportunità reali. Analogamente, Fraser (2009) richiama la dimensione del riconoscimento come componente della giustizia. Applicata ai percorsi sanitari, questa prospettiva mostra che l'accesso alla cura non dipende solo dalla redistribuzione delle prestazioni, ma anche dalla possibilità di essere riconosciuti come interlocutori competenti all'interno dell'istituzione.

Il nesso tra disuguaglianza sanitaria e vulnerabilità urbana va dunque inteso in modo processuale. Le difficoltà di accesso non producono soltanto effetti clinici individuali, ma incidono sulla qualità della vita urbana perché aumentano l'incertezza, indeboliscono la fiducia nei servizi e rendono più fragile la partecipazione alla vita sociale. La sicurezza sanitaria urbana individua precisamente questo livello: la capacità di un contesto urbano di garantire ai soggetti più vulnerabili percorsi di cura comprensibili, continui e istituzionalmente affidabili.

Questa interpretazione deve tuttavia essere letta alla luce dei limiti della ricerca. Il campione è non probabilistico e collocato in un singolo contesto ospedaliero; i risultati non possono quindi essere generalizzati all'intera popolazione migrante né a tutti i servizi sanitari territoriali. Inoltre, il disegno descrittivo non consente di stabilire nessi causali tra le variabili, ma permette di individuare configurazioni ricorrenti di difficoltà e profili di vulnerabilità. Tali limiti non indeboliscono il valore del caso studio, ma ne circoscrivono correttamente la portata empirica.

Alla luce di tali evidenze, emerge la necessità di superare una visione settoriale delle politiche sanitarie. L'accesso alla cura richiede interventi integrati sulle dimensioni organizzative, comunicative e sociali dei servizi: semplificazione delle procedure, informazioni multilingue, mediazione stabile, accompagnamento nei percorsi e rafforzamento dei servizi territoriali. L'equità, in questa prospettiva, non è un principio astratto, ma una pratica organizzativa che si misura nella quotidianità dell'incontro tra istituzioni e cittadini.

Conclusioni

L'analisi condotta mostra come il diritto alla salute, pur formalmente garantito, si traduca in un'esperienza profondamente diseguale quando si confronta con le condizioni concrete di accesso ai servizi sanitari. Le barriere amministrative, linguistiche e informative emerse non rappresentano criticità marginali, ma elementi strutturali che incidono sulla possibilità stessa di attivare, comprendere e mantenere un percorso di cura.

In questo senso, i risultati confermano come le disuguaglianze sanitarie non possano essere ricondotte a comportamenti individuali, ma debbano essere interpretate come esito di configurazioni sociali e istituzionali che distribuiscono in modo differenziale risorse, informazioni e capacità di orientamento. L'accesso alla salute si configura così come un indicatore privilegiato delle più ampie disuguaglianze che attraversano i contesti urbani contemporanei.

In questa prospettiva, la mediazione linguistico-culturale non può essere considerata un servizio aggiuntivo, ma deve essere riconosciuta come componente strutturale dei sistemi sanitari orientati all'equità. Essa rappresenta uno strumento essenziale per ridurre le asimmetrie comunicative, migliorare la qualità della relazione terapeutica e rendere effettiva la partecipazione ai percorsi di cura.

Il contributo proposto consente inoltre di precisare il legame tra accesso alla salute e sicurezza urbana. Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari non devono essere lette soltanto come problemi organizzativi o come ostacoli individuali, ma come fattori che producono incertezza, discontinuità e fragilità nei percorsi di vita. In questa prospettiva, la sicurezza sanitaria urbana indica la capacità delle istituzioni di garantire accesso equo, stabile e comprensibile ai servizi fondamentali, senza ridurre la salute a una questione di controllo.

Ripensare la sanità in termini di equità significa, in ultima analisi, spostare lo sguardo dal diritto dichiarato al diritto praticato. Il caso analizzato non pretende di offrire una generalizzazione statistica, ma mostra come le condizioni concrete di accesso ai servizi sanitari possano diventare un indicatore cruciale della capacità delle istituzioni urbane di produrre giustizia sociale, riconoscimento e sicurezza nella vita quotidiana.

Riferimenti bibliografici

Amendola G. (1997). *La città postmoderna. Magie e paure della metropoli contemporanea*. Roma-Bari: Laterza.

Battistelli F. (2013). Sicurezza urbana "partecipata": privatizzata, statalizzata o pubblica? *Quaderni di Sociologia*, 57(3): 105-126.

Bellé N. (2013). Experimental evidence on the relationship between public service motivation and job performance. *Public Administration Review*, 73(1): 143-153.

Bozeman B. (1993). A theory of government "red tape". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3): 273-304.

Braccesi C., Selmini R. (a cura di) (2005). *Sicurezza urbana e ruolo della polizia locale*. Rimini: Maggioli.

Ericson R.V., Haggerty K.D. (1997). *Policing the Risk Society*. Toronto: University of Toronto Press.

Hobfoll S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3): 337-421.

Johnston L., Shearing C. (2003). *Governing Security: Explorations in Policing and Justice*. London: Routledge.

Kim S., Vandenabeele W., Wright B.E., Andersen L.B., Cerase F.P., Christensen R.K., Desmarais C., Koumenta M., Leisink P., Liu B., Palidauskaite J., Pedersen L.H., Perry J.L., Ritz A., Taylor J., De Vivo P. (2013). Investigating the structure and meaning of public service motivation across populations: Developing an international instrument and addressing issues of measurement invariance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 23(1): 79-102.

Kinman G., Grant L. (2020). Emotional demands, compassion and mental health in social workers. *Occupational Medicine*, 70(2): 89-94.

Mastrofski S.D., Willis J.J., Kochel T.R. (2007). The challenges of implementing community policing in the United States. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 1(2): 223-234.

Moynihan D.P., Pandey S.K. (2007). The role of organizations in fostering public service motivation. *Public Administration Review*, 67(1): 40-53.

Palidda S. (2000). *Polizia postmoderna. Etnografia del nuovo controllo sociale*. Milano: Feltrinelli.

Perry J.L., Wise L.R. (1990). The motivational bases of public service. *Public Administration Review*, 50(3): 367-373.

Perry J.L. (1996). Measuring public service motivation: An assessment of construct reliability and validity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 6(1): 5-22.

Pitch T. (2006). *La società della prevenzione*. Roma: Carocci.

Rainey H.G., Bozeman B. (2000). Comparing public and private organizations: Empirical research and the power of the a priori. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2): 447-470.

Ritz A., Brewer G.A., Neumann O. (2016). Public service motivation: A systematic literature review and outlook. *Public Administration Review*, 76(3): 414-426.

Ryan R.M., Deci E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1): 54-67.

Selmini R. (a cura di) (2004). *La sicurezza urbana*. Bologna: Il Mulino.

Skogan W.G., Hartnett S.M. (1997). *Community Policing, Chicago Style*. Oxford: Oxford University Press.

Vandenabeele W. (2009). The mediating effect of job satisfaction and organizational commitment on self-reported performance: More robust evidence of the PSM-performance relationship. *International Review of Administrative Sciences*, 75(1): 11-34.