

Valutare i bisogni sanitari e l'accesso dei migranti sul territorio in Calabria: verso una politica di sanità pubblica inclusiva

Quali sono i bisogni sanitari e le barriere di accesso vissute dai migranti nel territorio calabrese?

Carlotta Gioia Brambilla, Francesco Longo, Amaal Ali*

Questo studio esamina i bisogni sanitari e le barriere all'accesso ai servizi sanitari vissuti dai migranti in un'AREA calabrese. Attraverso una metodologia mista, che include questionari somministrati a migranti e medici della provincia, interviste ai principali stakeholder e analisi comparative tra due fasi di raccolta dati (giugno 2024 e febbraio 2025). La ricerca identifica le criticità sanitarie prevalenti (malattie infettive, malattie dermatologiche e disagio mentale) e gli ostacoli sistemici all'accesso alle cure. Emergono problemi legati alle barriere linguistiche, alla scarsa consapevolezza dei servizi disponibili, all'inadeguata formazione del personale e alla mancanza di coordinamento tra enti pubblici e del terzo settore. Le raccomandazioni proposte includono il rafforzamento dell'assi-

stenza sanitaria *in loco*, lo sviluppo di servizi specialistici, la formazione del personale in cultura e lingua e l'istituzione di meccanismi di coordinamento strutturati. I risultati offrono una base empirica per politiche sanitarie più inclusive, in grado di rispondere efficacemente ai bisogni di una popolazione migrante vulnerabile.

Parole chiave: assistenza sanitaria territoriale, Aziende sanitarie, efficienza, servizi sanitari, complessità manageriale, integrazione, Sistema Sanitario Nazionale (SSN), Sistema sanitario regionale, governance, politiche sanitarie, politiche socio-sanitarie, servizio sociale professionale, network interorganizzativi.

Assessing the health needs and access of migrants on the territory of Calabria: Towards an inclusive public health policy

This study examines the health needs and barriers to access to health services experienced by migrants in a Calabrian

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Problematiche sanitarie prevalenti
3. Obiettivi di studio
4. Metodologia di ricerca
5. Risultati
6. Raccomandazioni per le politiche sanitarie
7. Conclusioni

* Carlotta Gioia Brambilla, Leiden University.

Francesco Longo, Professore associato, Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi e Direttore dell'Osservatorio sulle Aziende e sul Settore Sanitario Italiano (OASI) del CERGAS/SDA Bocconi.

Amaal Ali, Leiden University.

CARA. Through a mixed methodology, which includes questionnaires administered to migrants and doctors in the province, interviews with key stakeholders and comparative analyses between two data collection phases (June 2024 and February 2025). The research identifies the prevailing health criticalities (infectious diseases, dermatological diseases and mental distress) and systemic obstacles to access to care. Problems emerge related to language barriers, lack of awareness of the services available, inadequate staff training and lack of coordination between public bodies and the third sector. Proposed recommendations include strengthening on-site healthcare, developing specialist services, training staff in culture and language, and establishing structured coordination mechanisms. The results offer an empirical basis for more inclusive health policies, capable of effectively responding to the needs of a vulnerable migrant population.

Keywords: National Health System (NHS), Community Healthcare, health care, Health Management, efficiency, health services, managerial complexity, Regional Health System, Governance, Health Policy, Socio-Health integration, Professional social service, Interorganizational networks.

Articolo sottomesso: 14/07/2025,
accettato: 28/10/2025

1. Introduzione

La Calabria è un importante hub per le migrazioni in Italia, ospitando uno dei più grandi centri di accoglienza per richiedenti asilo in Europa, il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) di Isola di Capo Rizzu-

to (Vita, 2017). La regione è al secondo posto in Italia per arrivi di migranti, con oltre 18.000 che hanno raggiunto le sue coste via mare nel 2022 (Baffi, Imperitura e Sprovieri, 2023). All'arrivo, i migranti si trovano ad affrontare vulnerabilità derivanti da viaggi difficili, status giuridici precari e accesso limitato ai servizi essenziali, in particolare all'assistenza sanitaria.

Le politiche migratorie degli ultimi anni hanno ulteriormente messo a dura prova gli sforzi di assistenza, limitando le operazioni delle ONG ed esacerbando le lacune nei servizi (Reuters, 2023). Gli operatori sanitari nella regione, come in altri luoghi di arrivo, gestiscono condizioni di salute croniche peggiorate da fattori di stress ambientali e fisici legati alla migrazione (Sabir, n.d.). Riconoscendo queste problematiche, l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) ha avviato un programma di formazione per il 2024 per i medici locali, incentrato sulla salute dei migranti e sull'impatto dei fattori ambientali. Questa ricerca è in linea con l'obiettivo dell'ASP di migliorare l'offerta sanitaria attraverso dati aggiornati sui bisogni dei migranti.

I migranti accedono all'assistenza sanitaria attraverso diversi meccanismi in base al loro status giuridico.

I richiedenti asilo presso il CARA ricevono un primo accertamento medico e possono essere indirizzati all'ospedale dell'ASP. I migranti stagionali regolari utilizzano i servizi pubblici, mentre i lavoratori privi di documenti si affidano principalmente a strutture gestite da ONG. I migranti residenti con status giuridico accedono ai servizi sanitari pubblici come tutti i cittadini, ma nella pratica possono incontrare ostacoli nell'uso efficace delle cure, in particolare per le cure

specialistiche o continuative. Tra le principali criticità vi sono le barriere linguistiche, la scarsa conoscenza dell'organizzazione del sistema sanitario e la difficoltà di orientarsi tra i servizi disponibili, elementi che a volte rendono necessario il supporto alle organizzazioni del terzo settore (Bianco *et al.*, 2016; Piccoli & Perna, 2024). Nel 2023, il cosiddetto Decreto Cutro (D.L. n. 20/2023, convertito in L. n. 50/2023) ha modificato il quadro normativo relativo all'accoglienza e alla protezione dei migranti, incidendo sulla durata e sulle modalità di rilascio dei permessi di soggiorno per protezione speciale e sull'accesso a determinate misure di integrazione e ai servizi connessi. Queste modifiche normative hanno portato a una modifica delle condizioni di accesso ai servizi da parte di alcune categorie di migranti rendendo necessario aggiornare le informazioni disponibili per la ricerca (Camera dei Deputati, 2023). Per esempio, il questionario per i migranti è stato integrato con nuove domande sulle tipologie di permesso di soggiorno e sui servizi a cui potevano accedere secondo la normativa aggiornata; infine, anche le interviste agli operatori sanitari sono state adattate per valutare l'impatto delle modifiche normative sulle barriere all'accesso e sull'organizzazione dei servizi. Questi aggiornamenti hanno permesso di raccogliere dati più accurati e rilevanti, fornendo una fotografia fedele dei bisogni sanitari dei migranti nel nuovo contesto normativo. In particolare, l'accesso a permessi di soggiorno temporanei e a misure di integrazione socio-sanitaria è diventato più complesso, con procedure più lunghe e requisiti aggiuntivi; di conseguenza, i migranti hanno fatto mag-

giore affidamento sulle organizzazioni del terzo settore, come verrà poi menzionato anche dai partecipanti alle interviste, per ricevere supporto nella gestione dei permessi, nell'orientamento ai servizi sanitari e nelle pratiche di integrazione.

Per tenere conto di questi cambiamenti, il questionario per i migranti è stato strutturato con domande relative ai servizi effettivamente accessibili secondo la normativa aggiornata; analogamente, le interviste agli operatori sanitari sono state adattate per valutare l'impatto delle modifiche normative sulle barriere all'accesso e sull'organizzazione dei servizi. Questi aggiornamenti hanno permesso di raccogliere dati più accurati e rilevanti, fornendo una fotografia fedele dei bisogni sanitari dei migranti nel nuovo contesto normativo.

2. Problematiche sanitarie prevalenti

Per interpretare i bisogni e le barriere rilevate nello studio si fa riferimento ai principali modelli sviluppati in economia della salute e politica sanitaria. Il Behavioral Model of Health Services Use di Andersen (1995) distingue fattori predisponenti (es. età, genere, status giuridico), risorse abilitanti (es. conoscenza del sistema, accesso a mediatori linguistici) e bisogni percepiti/effettivi, offrendo una griglia utile per leggere le disegualianze nell'utilizzo dei servizi. Questo approccio è stato ampliato da Levesque *et al.* (2013), che spostano l'attenzione sulla capacità soggettiva di accesso ("*ability to access*") e su elementi quali fiducia, continuità e sensibilità culturale. Infine, i documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativi alla salute dei migranti sottolineano

come le barriere strutturali, legali e organizzative, più che caratteristiche individuali, determinino le forme di esclusione dall'assistenza (OMS, 2018). I risultati empirici di questo studio (cfr. sez. Risultati) si collocano pienamente in questa prospettiva: le debolezze del sistema locale (scarsa mediazione linguistica, coordinamento insufficiente, limitata informazione proattiva) spiegano in larga parte la ridotta capacità di accesso osservata tra i residenti del CARA.

Molti migranti che arrivano nella regione provengono da aree gravemente colpite dai cambiamenti climatici, come la Tunisia, l'Egitto e la Siria. L'aumento delle temperature globali ha intensificato la scarsità d'acqua, interrotto l'agricoltura e aumentato l'insicurezza alimentare (USAID, 2018; Hamzawy *et al.*, 2023). Lo sfollamento risultante aumenta l'esposizione alla malnutrizione, alle malattie trasmesse dall'acqua (per esempio, colera, epatite) e alle malattie trasmesse da vettori (per esempio, malaria, dengue) (LSE Grantham Institute, 2022; Banca Mondiale, 2022). Inoltre, il degrado ambientale, gli eventi meteorologici estremi e l'inquinamento del suolo aggravano le vulnerabilità sanitarie (IUCN, 2022).

Il viaggio migratorio stesso peggiora significativamente le condizioni di salute. L'esposizione prolungata ad ambienti difficili porta a disidratazione, insufficienza renale, condizioni dermatologiche e malattie croniche non trattate (Siegel, 2020). La mancanza di cure prenatali, strutture igienico-sanitarie e alimentazione adeguata aggrava ulteriormente i rischi per la salute. Inoltre, molti migranti sperimentano un grave disagio psicologico a causa della violenza, dello

sfruttamento e dei traumi vissuti prima, durante e dopo la migrazione. Queste esperienze traumatiche sono associate a un'alta prevalenza di disturbi mentali, in particolare il disturbo da stress post-traumatico e la depressione maggiore (Mesa-Vieira *et al.*, 2022).

Una volta in Italia, i migranti devono affrontare barriere sanitarie sistemiche, tra cui difficoltà linguistiche, insensibilità culturale e mancanza di conoscenze mediche specialistiche tra gli operatori sanitari (Giovannini *et al.*, 2023). Le differenze culturali e religiose, se non adeguatamente considerate negli approcci terapeutici, possono ostacolare la comunicazione tra medico e paziente, compromettendo la qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria offerta ai migranti (Marino *et al.*, 2023).

3. Obiettivi di studio

L'obiettivo primario di questa ricerca è quello di valutare la capacità sanitaria e l'accessibilità alla rete territoriale dei servizi sanitari per i migranti, rispondendo alla domanda: *quali sono i bisogni sanitari e le barriere di accesso vissute dai migranti nel territorio della provincia?*

A questa domanda si risponderà concentrandosi su:

- identificare le principali sfide sanitarie che colpiscono i migranti, tra cui le malattie infettive, le condizioni di salute mentale e le malattie croniche;
- valutare la disponibilità e la qualità dei servizi sanitari, in primo luogo le strutture sanitarie pubbliche, le cure mediche di emergenza e il sostegno fornito dalle ONG;
- indagare sugli ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria, come i vincoli legali, linguistici, culturali e finanziari;

- generare raccomandazioni di politica sanitaria per migliorare l'erogazione dei servizi sanitari e colmare le lacune identificate.

4. Metodologia di ricerca

Questo studio utilizza un approccio misto per esaminare i bisogni sanitari dei migranti, concentrandosi sia sulla domanda di servizi medici sia sulle questioni strutturali nell'erogazione dei servizi. La ricerca mira a fornire una comprensione basata sull'evidenza dell'accesso all'assistenza sanitaria, della prevalenza di specifiche condizioni di salute e delle risposte istituzionali.

È importante sottolineare che i cambiamenti nella gestione del CARA tra le due fasi di raccolta dati (giugno 2024 e febbraio 2025) sono stati trattati esplicitamente come una **variabile contestuale** in grado di incidere sulla coordinazione, sul flusso informativo e sull'organizzazione dei servizi. Tale fattore è stato integrato nell'analisi attraverso un approccio di segmentazione pre-post, che ha permesso di valutarne l'impatto sulla consapevolezza e sull'accesso ai servizi sanitari.

L'assistenza medica all'interno del CARA è gestita da organizzazioni temporanee generalmente con mandati biennali. Per tutti i migranti, anche al di fuori del CARA, l'accesso alla sanità pubblica è garantito ai soggetti muniti del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), abilitando una più ampia gamma di servizi sanitari (Integrazionemigranti.gov.it, 2021). Parallelamente, organizzazioni non governative offrono un supporto aggiuntivo, raggiungendo popolazioni che altrimenti potrebbero incontrare barriere. Per esempio, una ONG fornisce servizi medici a circa 200 migranti

senza documenti ogni anno (Scigliano, 2024). Considerare congiuntamente i servizi pubblici e quelli offerti dalle ONG è essenziale per comprendere appieno il panorama dell'offerta sanitaria e le esperienze dei migranti.

4.1. Strumenti di raccolta dei dati

Lo studio incorpora metodologie di ricerca sia qualitative sia quantitative, utilizzando questionari, interviste e analisi dei documenti. La raccolta dei dati è avvenuta in due fasi, allineandosi alle variazioni stagionali dei modelli di migrazione per ottenere una visione completa della domanda sanitaria.

Questionari

Lo studio ha utilizzato due questionari complementari, rivolti rispettivamente ai migranti e ai medici locali, al fine di cogliere sia le esperienze degli utenti sia le prospettive relative all'erogazione dei servizi. Il questionario destinato ai migranti comprendeva 22 domande riguardanti le esperienze sanitarie, la conoscenza dei servizi disponibili e gli ostacoli incontrati, mentre il questionario rivolto agli operatori conteneva 21 domande volte ad approfondire le principali condizioni di salute, la capacità istituzionale e le difficoltà nella fornitura dei servizi.

Sebbene tali strumenti non derivassero direttamente da scale validate preesistenti, la loro struttura è stata elaborata sulla base dell'esperienza del personale locale coinvolto nella ricerca e si è ispirata a studi consolidati nei campi della migrazione e della sanità pubblica (Annunziata & Barragan Montes, 2015; OMS, 2018). Per garantire chiarezza, accuratezza della traduzione e affidabilità delle risposte, entrambi i questionari sono stati sottoposti a una fase pilota con un picco-

lo gruppo di partecipanti. I feedback di specialisti di sanità pubblica e mediatori culturali sono stati successivamente integrati per rafforzare la validità del contenuto e l'appropriatezza linguistica degli strumenti.

Per garantire la corretta comprensione dei questionari da parte dei migranti, sono stati coinvolti mediatori linguistici. Questi hanno supportato la traduzione dei questionari nelle principali lingue parlate dai partecipanti, tra cui francese, inglese, urdu, arabo e bengali. Nel caso in cui un migrante parlasse un dialetto specifico non previsto tra le lingue tradotte, i mediatori erano presenti per fornire una traduzione neutrale e fedele delle domande, assicurando così la raccolta di dati accurati e comparabili.

Interviste

Sono state condotte interviste semi-strutturate con operatori sanitari selezionati e informatori chiave, compreso il personale dei centri di accoglienza e delle ONG. Queste interviste hanno fornito approfondimenti su questioni sistemiche e possibili interventi per la risoluzione dei problemi. Il metodo di campionamento che ha portato alla selezione degli intervistati si è basato su una strategia di campionamento non probabilistico (Katz-Buonincontro, 2022). Tra i professionisti intervistati c'erano un referente per l'immigrazione dell'autorità sanitaria locale, il rappresentante di un'importante ONG nonché rappresentante del terzo settore, il direttore del CARA e il direttore medico dell'ospedale locale.

I medici che hanno risposto al questionario lavorano principalmente in cliniche di medicina generale, ospedali, cliniche locali e centri di volontaria-

to. Considerando che solo il 15% circa dei residenti del CARA aveva accesso alle strutture ospedaliere, si erano previste interviste qualitative ai due medici di turno al CARA come parte integrante della struttura metodologica. Tuttavia, la loro mancata partecipazione ha limitato la possibilità di raccogliere dati specifici sulle percezioni e le pratiche quotidiane dei medici all'interno del centro. Di conseguenza, le informazioni raccolte dai questionari dei medici locali riflettono principalmente l'esperienza della popolazione residente e dei migranti stagionali nell'area, ma potrebbero non rappresentare pienamente le sfide cliniche quotidiane vissute dai medici direttamente coinvolti nel CARA. In particolare, alcune informazioni sul lavoro quotidiano dei medici all'interno del CARA, come la gestione delle emergenze e l'accesso alle strutture ospedaliere da parte degli ospiti del centro, potrebbero non essere pienamente rappresentate.

4.2. Strategia di campionamento

La ricerca ha adottato un approccio di campionamento stratificato e intenzionale. Questo approccio combina i principi del campionamento stratificato, che garantisce la rappresentanza di ciascuna categoria di migranti, con il campionamento intenzionale, basato sulla selezione deliberata di tre gruppi di migranti adulti (Tenny *et al.*, 2021). Questi erano: i migranti che risiedono nel centro di accoglienza CARA, i migranti stagionali e i migranti residenti.

Questo studio non ha incluso i migranti minorenni, in quanto soggetti a norme giuridiche distinte in materia di assistenza sanitaria, e le recenti modifiche introdotte dal Decreto

Cutro hanno ulteriormente modificato la loro esperienza (Rauti, 2024). Data la complessità del sistema, la decisione di concentrarsi esclusivamente sui migranti adulti è stata presa per mantenere la coerenza con gli obiettivi dello studio.

La dimensione del campione è stata calcolata per garantire la rappresentatività statistica, puntando a un livello di confidenza del 95% e a un margine di errore del 5% (Ranganathan, Deo & Pramesh, 2024). Il primo ciclo di raccolta dei dati nel giugno 2024 ha coinvolto 295 intervistati su 543 residenti del campo. Il secondo turno nel febbraio 2025 ha incluso 213 intervistati su 576 residenti del campo.

Per i medici, attualmente ci sono 531 medici che lavorano all'interno dell'azienda sanitaria locale. Sebbene non tutti siano direttamente coinvolti nell'assistenza ai migranti, 254 medici hanno risposto all'indagine, sulla base degli stessi parametri di fiducia e margine di errore.

4.3. Considerazioni etiche

Tutte le procedure sono state condotte nel pieno rispetto del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e della normativa italiana sulla protezione dei dati personali. I partecipanti sono stati preventivamente informati sugli obiettivi dello studio e sulle modalità di utilizzo dei dati raccolti, e hanno fornito il consenso informato scritto. I dati sono stati anonimizzati e archiviati in modo sicuro, garantendo la riservatezza e la non tracciabilità delle risposte. Particolare attenzione è stata riservata alla tutela delle persone vulnerabili, in conformità con le linee guida etiche dell'OMS e nazionali.

I protocolli etici sono stati rispettati durante tutto il processo di ricerca. I

partecipanti sono stati informati degli obiettivi dello studio, il loro anonimato è stato garantito e i mediatori culturali forniti da una ONG locale hanno facilitato la comunicazione con la comunità di migranti per garantire una raccolta dati accurata e rispettosa. La ricerca ha seguito le linee guida etiche per lavorare con le popolazioni vulnerabili, tra cui il consenso informato e la salvaguardia delle informazioni sensibili relative alla salute.

Utilizzando questo approccio metodologico, lo studio fornisce un'analisi completa ed empiricamente fondata dei bisogni sanitari dei migranti, offrendo una base per raccomandazioni politiche volte a migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza sanitaria.

5. Risultati

La ricerca evidenzia le significative sfide sanitarie affrontate dai migranti, in particolare da quelli che risiedono nel centro di accoglienza CARA. L'analisi dei dati dell'indagine e delle interviste con i principali stakeholder rivela barriere sistemiche all'accesso all'assistenza sanitaria, condizioni di salute prevalenti e lacune nei meccanismi di risposta istituzionale. Un tema ricorrente è la mancanza di cooperazione nella gestione efficace delle risorse disponibili, sottolineando la necessità di un approccio multidisciplinare per migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

5.1. Analisi dei questionari ai medici

Il questionario per i medici consisteva in 21 domande riguardanti le condizioni di salute osservate, gli ostacoli alle cure, le esigenze di formazione e il supporto istituzionale.

I medici hanno riferito di aver curato varie categorie di migranti, tra cui richiedenti asilo presso il CARA, migranti stagionali e residenti. Le condizioni di salute più comuni identificate sono state malattie infettive (45%), condizioni dermatologiche (35%), disturbi mentali (25%), problemi cardiaci (25%), esigenze mediche di emergenza (19%) e problemi dentali (18%). Questi risultati sono in linea con le intuizioni qualitative che evidenziano l'impatto dei fattori di stress legati alla migrazione sulle malattie croniche e sul deterioramento della salute mentale. Molti migranti arrivano in condizioni non curate, a causa della limitata assistenza sanitaria pre-migrazione e dei viaggi difficili. Affrontare questi problemi richiede un'assistenza coordinata tra medici generici, specialisti e professionisti della salute mentale.

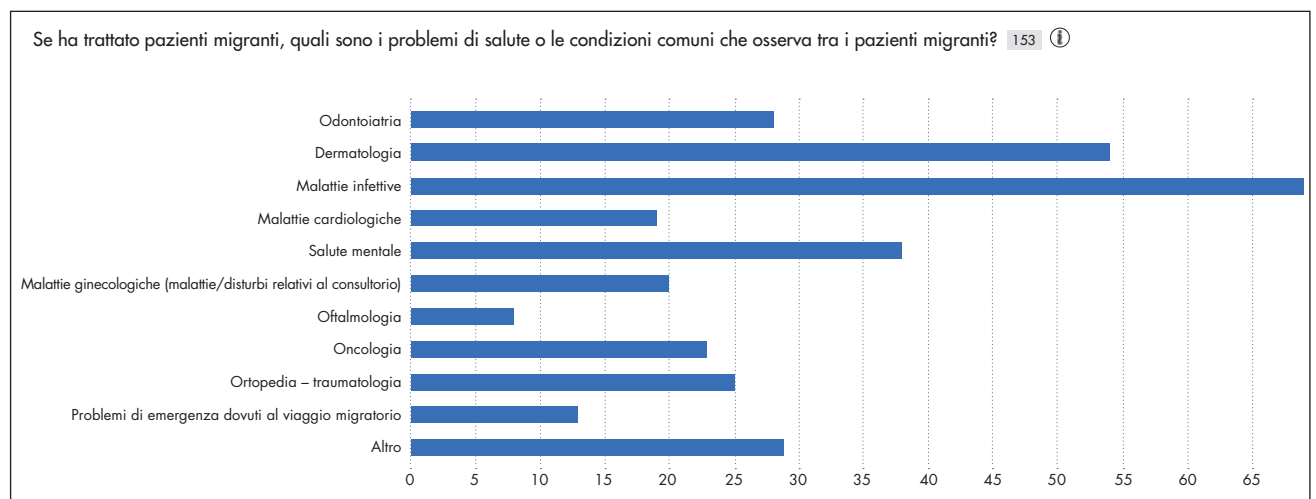
Molteplici ostacoli limitano l'accesso dei migranti a cure adeguate. Le barriere linguistiche rappresentano l'ostacolo principale: l'82% dei medici ha indicato che la mancanza di interpreti e personale multilingue ostacola in modo significativo una diagnosi e un

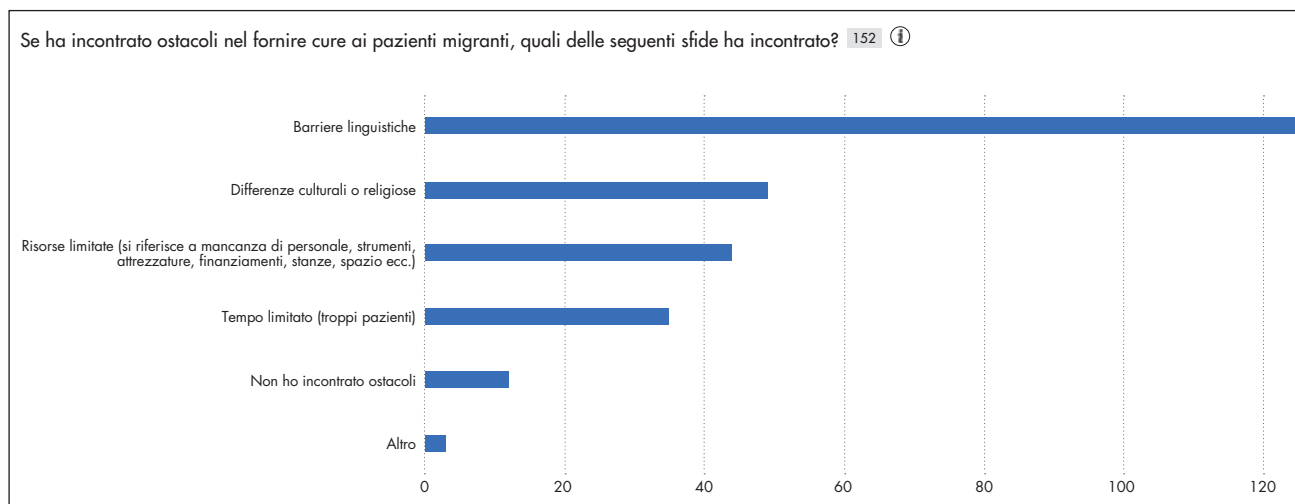
trattamento efficaci. I fattori culturali e religiosi sono stati citati dal 32% come ostacolo che porta alla riluttanza a cercare un trattamento e a possibili diagnosi errate. Le limitazioni delle risorse e il coordinamento sono stati segnalati dal 29%, che ha riportato risorse insufficienti, come personale medico e forniture. Tuttavia, le interviste hanno sottolineato che lo scarso coordinamento tra gli attori sanitari spesso rappresenta una sfida maggiore rispetto alla scarsità di risorse. L'elevato volume di pazienti è stato notato dal 23%, che ha rilevato come l'elevato numero di pazienti, soprattutto presso il CARA, metta a dura prova l'infrastruttura sanitaria, con conseguenti lunghi tempi di attesa e consultazioni affrettate. Una migliore collaborazione potrebbe ottimizzare l'uso delle risorse e ridurre questa pressione.

5.2. Preparazione dei medici e supporto istituzionale

L'indagine ha rivelato che i medici non sono completamente attrezzati per affrontare le esigenze specifiche dei migranti. Solo il 28% dei medici

Fig. 1
Risultati del questionario somministrato ai medici sui principali problemi di salute osservati tra i pazienti osservati tra i pazienti migranti ($n = 153$)





generici e il 44% del personale ospedaliero si sentivano adeguatamente preparati a gestire i problemi di salute dei migranti. In aggiunta c'è una forte domanda di formazione aggiuntiva: il 72% ha richiesto una formazione sulla barriera linguistica, il 32% competenza culturale, il 32% conoscenza delle condizioni di salute prevalenti dei migranti, con ulteriore interesse per le competenze psicologiche (22%), la comunicazione con il paziente (16%) e le abilità comportamentali (20%). Infine il supporto istituzionale è percepito come insufficiente tanto che il 56% degli intervistati si sente non supportato dall'autorità sanitaria (ASP) e solo il 30% è soddisfatto della collaborazione tra agenzie. Le interviste hanno confermato la frammentazione dell'offerta sanitaria e la necessità di migliorare la comunicazione e la collaborazione interdisciplinare.

5.3. Analisi dei questionari ai migranti residenti presso il CARA

Questa sezione analizza le esperienze e percezioni sanitarie dei migranti

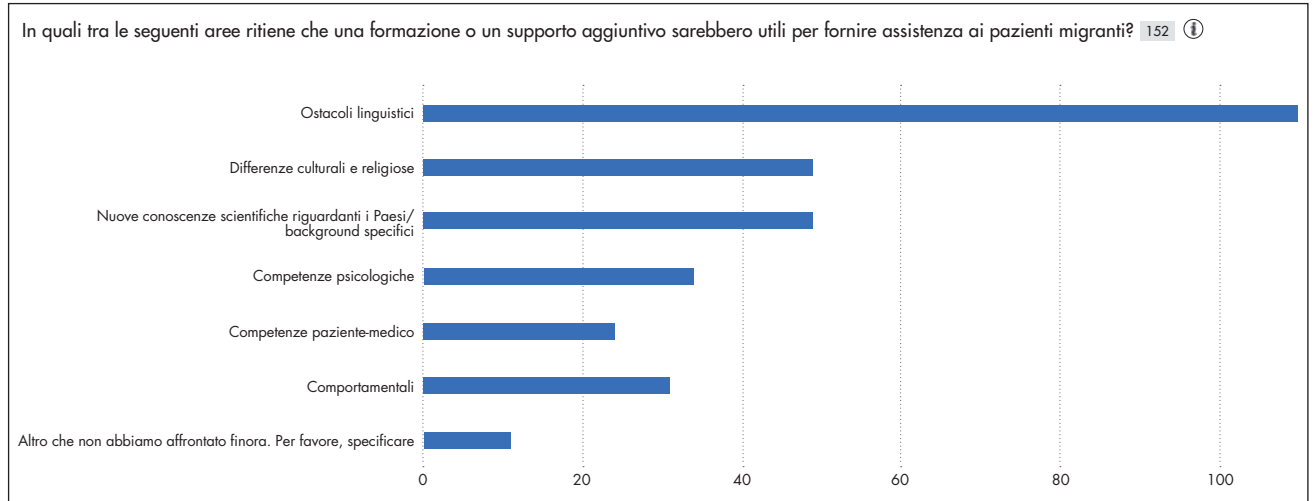
residenti presso il CARA, tenendo in considerazione i potenziali effetti del cambiamento gestionale inteso come intervento in grado di influenzare gli esiti tra le due fasi di raccolta dati. L'analisi è stata condotta mediante un confronto pre- e post-cambiamento, al fine di valutare in che modo le trasformazioni organizzative possano aver inciso sulla conoscenza dei servizi, sull'accesso e sulla soddisfazione degli utenti.

Per garantire maggiore chiarezza e facilitare la sintesi, i risultati sono stati organizzati tematicamente in tre cluster: (a) Consapevolezza e informazione, (b) Barriere percepite e (c) Soddisfazione e percezione dell'assistenza.

Il questionario rivolto ai migranti comprendeva 22 domande relative allo stato di salute, alla conoscenza dei servizi, alle barriere di accesso e alla soddisfazione. I dati sono stati raccolti in due fasi: dal 24 al 28 giugno 2024 (295 rispondenti) e dal 3 al 7 febbraio 2025 (213 rispondenti), consentendo così di analizzare eventuali variazioni

Fig. 2

Risultati del questionario somministrato ai medici sugli ostacoli incontrati nell'erogazione delle cure ai pazienti migranti ($n = 152$)

**Fig. 3**

Risultati del questionario somministrato ai medici sulle aree in cui si ritiene necessaria una formazione o un supporto aggiuntivo per l'assistenza ai pazienti migranti ($n = 152$)

stagionali e la continuità nelle risposte. I partecipanti provenivano principalmente dall'Africa occidentale e dall'Asia meridionale, con minori rappresentanze provenienti dal Nord Africa, dal Medio Oriente, dall'Afghanistan e dal Camerun.

Sebbene la percentuale di migranti ignari dei servizi sanitari disponibili sia diminuita dal 51% al 38%, indicando un modesto miglioramento nella conoscenza generale, la consapevolezza specifica delle cure primarie è diminuita dal 52% al 36%. Questo calo può essere collegato al cambio di gestione del CARA tra le due fasi, indicando una riduzione del supporto proattivo del personale. Analogamente, la comunicazione proattiva da parte del CARA/ASP è peggiorata (dal 41% al 29%), mentre quella delle ONG è rimasta insufficiente (dal 36% al 31%). La sensibilizzazione sui servizi di salute mentale ha mostrato un lieve aumento (dal 13% al 16%), ma il disagio psicologico segnalato è rimasto elevato e stabile (38% e 37%). L'accesso ai servizi sanitari è leggermente

diminuito (dal 73% al 63%), con un aumento dell'utilizzo dell'infermeria del CARA (dal 75% al 90%) e una stabilità nell'uso degli ospedali (16% e 15%). La dipendenza dai servizi sanitari delle ONG è invece diminuita (dal 7% al 3%).

Questi dati suggeriscono che, sebbene alcuni aspetti della consapevolezza siano migliorati, il cambio di gestione del CARA, il conseguente turnover del personale sanitario e le barriere strutturali hanno influenzato negativamente l'informazione proattiva e la conoscenza delle cure primarie. Allo stesso tempo, i migranti hanno mostrato una maggiore dipendenza dai servizi *in loco*, segnalando l'importanza di rafforzare la capacità dell'infermeria interna e migliorare la comunicazione sui servizi esterni disponibili. Allo stesso modo, l'insoddisfazione per i tempi di attesa è rimasta elevata, riflettendo sia le limitazioni strutturali del centro sia l'aumento della domanda di servizi specializzati. Infatti, tra le due fasi si osserva un incremento della richiesta di cure specialistiche: odon-

Tab. 1 – Consapevolezza e accesso ai servizi sanitari tra i migranti residenti nel CARA

Aspetto	Giugno 2024 (%)	Febbraio 2025 (%)	Commento
Ignaro dei servizi sanitari disponibili	51	38	Modesto miglioramento, ma la consapevolezza rimane limitata.
Conoscenza dei servizi di assistenza primaria	52 consapevole	36 consapevole	La consapevolezza delle cure primarie è diminuita.
Sensibilizzazione sui servizi di salute mentale	13	16	Leggero aumento della consapevolezza.
Informazioni proattive da parte del personale CARA/ASP	41	29	La maggior parte non è stata informata in modo proattivo, il che è peggiorato a febbraio.
Informazioni proattive da parte delle ONG	36	31	La comunicazione da parte delle ONG è rimasta insufficiente.
Disagio psicologico segnalato	38	37	Problemi di salute mentale costantemente elevati.
Accesso ai servizi sanitari	73	63	Lieve diminuzione degli accessi segnalati.
Utilizzo dell'infermeria CARA	75	90	Maggiore dipendenza dall'assistenza <i>in loco</i> .
Uso degli ospedali	16	15	Uso ospedaliero stabile.
Utilizzo dell'assistenza sanitaria delle ONG	7	3	Diminuzione della dipendenza dai servizi delle ONG.

Tab. 2 – Soddisfazione dei migranti rispetto ai servizi sanitari ricevuti

Aspetto della soddisfazione del paziente	Giugno 2024 (%)	Febbraio 2025 (%)	Commento
Estremamente insoddisfatto del tempo di attesa	27	29	L'insoddisfazione per i tempi di attesa rimane elevata.
Un po' insoddisfatto dei tempi di attesa	26	15	Si notano alcuni miglioramenti.
Estremamente insoddisfatto della competenza del personale	30	31	Nessun cambiamento significativo.
Estremamente soddisfatto della competenza del personale	15	18	Leggero miglioramento.
Estrema insoddisfazione per l'empatia	31	22	Modesto miglioramento dell'empatia percepita.

toiatra (dal 12% al 21%), dermatologia (dall'11% al 20%), oftalmologia (dal 7% al 10%), oncologia (dal 3% al 12%) e ortopedia/traumatologia (dal 5% al 16%). Questi cambiamenti suggeriscono che, sebbene la gestione del

CARA abbia influenzato la comunicazione e l'orientamento dei migranti, la percezione dei bisogni sanitari e l'accesso consapevole ai servizi specialistici sono rimasti fattori determinanti nella richiesta effettiva di cure.

Tab. 3 – Ostacoli percepiti all'accesso ai servizi sanitari

Ostacoli percepiti all'assistenza	Giugno 2024 (%)	Febbraio 2025 (%)	Commento
Barriere linguistiche, culturali o religiose	48	32	Diminuzione dovuta principalmente a una più chiara separazione dei fattori culturali e religiosi.
Barriere linguistiche in particolare	58	59	La lingua rimane un ostacolo predominante.
Difficoltà di trasporto	16	16	Rimane consistente.
Sovraffollamento	10	15	Leggero aumento.
Mancanza di documentazione	11	8	Leggera diminuzione.
Barriere culturali/religiose esplicite	N/A	3	Separato dai problemi di lingua nei dati di febbraio.

5.4. Analisi dei dati delle interviste

Le interviste condotte a quattro figure chiave attive nel sistema di accoglienza e cura dei migranti nell'area rivelano un quadro complesso, segnato da ostacoli strutturali, culturali e organizzativi.

Una prima questione ricorrente è rappresentata dalle barriere culturali e linguistiche, che ostacolano l'accesso effettivo ai servizi sanitari e compromettono la costruzione di un rapporto di fiducia tra operatori sanitari e migranti. Un intervistato ha sottolineato la strutturale assenza di mediatori culturali e l'urgenza di iniziative di informazione multilingue in grado di colmare il gap comunicativo, elemento che si intreccia strettamente con la scarsa consapevolezza dei diritti alla salute tra i beneficiari. Questa preoccupazione è coerente con i dati del questionario, che riflettevano anche una scarsa comunicazione e comprensione dei servizi disponibili.

A livello organizzativo, tutte le interviste convergono nell'evidenziare una collaborazione insoddisfacente tra le varie istituzioni coinvolte, tra cui le autorità sanitarie locali, le ONG e gli enti gestori, e nella mancanza di una

direzione unitaria in grado di coordinare gli interventi. Un operatore ha richiamato l'attenzione sull'inadeguatezza dei percorsi di emergenza e sullo scollamento tra l'allocazione delle risorse e le reali esigenze del territorio, proponendo la creazione di centri sanitari decentrati vicino alle strutture di accoglienza per ridurre il sovraccarico ospedaliero. Una prospettiva analoga è emersa da un altro manager che lavora in una struttura di accoglienza, che ha sottolineato le difficoltà nel garantire un'assistenza tempestiva alle categorie vulnerabili, come donne e bambini, a causa di una grave carenza di personale sanitario e di strumenti medici adeguati.

Una visione più ampia, offerta da un coordinatore che lavora con i gruppi vulnerabili, ha sottolineato come le carenze del sistema sanitario regionale e nazionale non siano solo tecniche ma anche radicate in una mancanza di visione strategica e di volontà politica. In questo contesto è emersa la proposta di istituire cliniche specialistiche all'interno dei centri di accoglienza e di creare sistemi di monitoraggio per valutare l'efficacia degli interventi nel tempo.

L'analisi qualitativa delle interviste ha inoltre portato alla luce alcune costanti tematiche ricorrenti: la centralità del problema della comunicazione con i migranti (citato 17 volte), l'emergere di problemi procedurali e gestionali (17 occorrenze), un'incidenza significativa di disturbi di salute mentale (13 occorrenze) e una gestione insoddisfacente delle risorse (16 occorrenze). Tutti questi elementi puntano alla natura frammentata e spesso reattiva del sistema attuale.

Sebbene siano stati segnalati esempi di collaborazione efficace, in particolare con ONG e volontari, queste esperienze rimangono isolate. Tutte le parti interessate hanno riconosciuto l'importanza delle reti di solidarietà locali per mitigare le lacune nei servizi, ma hanno anche condiviso la consapevolezza che tali sforzi informali non possono sostituire politiche pubbliche stabili.

Questi risultati suggeriscono una chiara necessità di interventi mirati, incentrati sulla mediazione linguistica e culturale, una migliore allocazione delle risorse e la formalizzazione della collaborazione interistituzionale, per garantire l'erogazione efficace ed equa di servizi sanitari per i migranti.

6. Raccomandazioni per le politiche sanitarie

L'evoluzione del contesto istituzionale del CARA, compreso il cambio di gestione tra giugno 2024 e febbraio 2025, ha comportato parziali adeguamenti nell'erogazione e nel coordinamento dei servizi. Sebbene siano stati osservati alcuni miglioramenti, come un maggiore utilizzo dell'asilo nido CARA e modesti miglioramenti nella soddisfazione e nella consapevolezza degli utenti, le persistenti barriere strut-

turali continuano a minare l'accesso all'assistenza sanitaria per i migranti. Sulla base dei risultati di questa ricerca, vengono proposti i seguenti orientamenti politici.

6.1. Istituzione di un meccanismo di coordinamento interistituzionale permanente

L'attuale frammentazione tra gli attori coinvolti nella fornitura di assistenza sanitaria, tra cui il personale CARA, il personale ASP e le ONG, limita l'efficacia e l'efficienza degli interventi. Sia le interviste sia le risposte ai questionari hanno evidenziato l'assenza di una comunicazione regolare e di una pianificazione congiunta. La creazione di un organo di coordinamento stabile, o almeno di riunioni ricorrenti tra le agenzie, potrebbe facilitare lo sviluppo di protocolli condivisi di gestione dei casi, percorsi di riferimento strutturati e un migliore scambio di informazioni. In questo quadro, l'implementazione di un sistema centralizzato di gestione delle risorse potrebbe aiutare a risolvere le inefficienze esistenti nella distribuzione delle forniture mediche e del personale.

6.2. Rafforzamento dei servizi sanitari *in loco* e ampliamento dell'assistenza specialistica

La forte dipendenza dall'infermeria del CARA, a cui ha avuto accesso il 75% dei migranti a giugno e il 90% a febbraio, conferma la centralità dell'assistenza sanitaria locale. Le risorse dovrebbero quindi essere indirizzate verso l'ampliamento della gamma di servizi disponibili, in particolare in risposta alla crescente domanda di cure odontoiatriche, dermatologiche e psicologiche. Le unità mediche mobili

e le visite periodiche da parte di specialisti potrebbero colmare le lacune di servizio esistenti, evitando al contempo di sovraccaricare le strutture sanitarie esterne. Tuttavia, diversi intervistati hanno osservato che, senza meccanismi di coordinamento regolari, anche le iniziative ben concepite rimangono difficili da attuare nella pratica. La creazione di équipe multidisciplinari che coinvolgano medici generici, psicologi, specialisti e assistenti sociali è stata suggerita come un modo per garantire un'assistenza più integrata e centrata sul paziente.

6.3. Migliorare la capacità di mediazione linguistica e culturale

Le barriere linguistiche e culturali sono state costantemente segnalate come ostacoli chiave sia dagli operatori sanitari sia dai migranti. Quasi il 60% degli intervistati in entrambe le fasi dell'indagine ha indicato difficoltà legate alla lingua, un dato confermato nelle interviste qualitative. L'attuale numero di mediatori culturali rimane insufficiente, sia in termini di disponibilità assoluta sia di gamma di lingue parlate dalle nazionalità più rappresentate nel CARA. Flussi di finanziamento specifici o iniziative strutturate di volontariato potrebbero sostenere gli sforzi di reclutamento e formazione. Allo stesso tempo, tutto il personale sanitario dovrebbe ricevere una formazione regolare in materia di competenza culturale e comunicazione.

6.4. Investire nella formazione dei medici per le esigenze specifiche dei migranti

Solo il 28% dei medici generici e il 44% del personale ospedaliero intervistato si sentivano adeguatamente preparati a trattare i pazienti migranti.

Diversi partecipanti allo studio hanno sottolineato la mancanza di sostegno istituzionale e di chiare linee guida operative. In risposta, dovrebbero essere sviluppati programmi di formazione continua che affrontino quattro aree principali: comunicare attraverso interpreti e mediatori; problemi di salute prevalenti nei Paesi di origine dei migranti; gestire il trauma e la salute mentale nei contesti post-migrazione; etica e diritti nella cura dei pazienti migranti.

6.5. Migliorare le strategie di comunicazione nei confronti dei migranti

Nonostante i lievi miglioramenti tra le due fasi della ricerca, oltre il 70% degli intervistati nel febbraio 2025 ha dichiarato di non aver mai ricevuto informazioni sui servizi sanitari a loro disposizione. La comunicazione rimane in gran parte reattiva e informale. Nell'ambito del CARA dovrebbero essere attuate sistematicamente campagne di informazione proattive e multilingue, tra cui manifesti, brevi video, orientamenti di gruppo e sessioni periodiche di promozione della salute, per sensibilizzare e sostenere l'accesso informato alle cure.

6.6. Dare priorità ai servizi di salute mentale come componente chiave dell'assistenza

I disturbi di salute mentale sono stati costantemente segnalati in entrambe le fasi della ricerca, con il 38% a giugno e il 37% a febbraio. Tuttavia, l'accesso all'assistenza psicologica rimane limitato. Per far fronte a questo problema, è consigliata la presenza di uno psicologo *in loco* dedicato con una formazione specifica in traumatologia, accanto alla presenza continua di interpreti. Sono inoltre essenziali per-

corsi di riferimento più solidi verso i servizi locali di salute mentale, in particolare per i casi urgenti o complessi. Diverse parti interessate hanno sottolineato che la salute mentale non può essere trattata come un servizio opzionale, ma deve essere integrata strutturalmente nel modello generale di assistenza ai migranti.

7. Conclusioni

Questa ricerca evidenzia le persistenti sfide sanitarie affrontate dai migranti residenti in un CARA calabrese. La popolazione presenta un'elevata prevalenza di condizioni infettive, dermatologiche e psicologiche, spesso esacerbate da vulnerabilità preesistenti e stress legati alla migrazione. Nonostante alcuni cambiamenti istituzionali tra giugno 2024 e febbraio 2025, l'accesso alle cure rimane ostacolato da barriere linguistiche e culturali, da un limitato coordinamento tra le agenzie e da un'insufficiente consapevolezza tra i migranti dei servizi disponibili.

I medici e gli altri operatori sanitari coinvolti nello studio hanno riferito di sentirsi impreparati a rispondere alle esigenze specifiche dei pazienti migranti, in particolare nei settori della salute mentale e della competenza culturale. Oltre la metà ha inoltre indicato di non

disporre di un adeguato sostegno istituzionale, evidenziando la frammentazione tra ASP, ONG e gestione del CARA. Questi risultati sono stati ripresi sia nei dati dell'indagine sia nelle interviste, che hanno evidenziato carenze strutturali che minano la qualità e la coerenza dell'assistenza.

I dati rivelano anche il ruolo critico svolto dalle ONG locali e dalle reti di volontariato, che, sebbene lodevoli, non possono sostituire risposte di politiche pubbliche stabili e coordinate. La dipendenza dai sistemi di sostegno informale sottolinea l'urgenza di una riforma istituzionale.

Gli sforzi politici dovrebbero pertanto concentrarsi sul miglioramento della comunicazione con i migranti, sul rafforzamento della collaborazione inter-istituzionale e sull'espansione della formazione mirata per gli operatori sanitari. Affrontare queste dimensioni non è solo essenziale per migliorare i risultati individuali, ma anche per garantire l'equità e la resilienza del sistema sanitario italiano in un contesto di crescente mobilità e diversificazione dei bisogni sanitari. I risultati di questa ricerca indicano chiaramente la necessità di un modello di assistenza più inclusivo, strutturato e reattivo per una delle popolazioni più vulnerabili del Paese.

BIBLIOGRAFIA

- Andersen R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1): 1-10. DOI: 10.2307/2137284.
- Annunziata G., & Barragan Montes S. (2015). A desk review on institutional and non-institutional organizations active in the field of migrants' health in the WHO European Region. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 51(4): 350-357.
- Baffi C., Imperitura V., e Sprovieri A. (2023, 11 novembre). *La Calabria, la seconda porta d'accesso all'Italia*. IrpiMedia. – <https://irpimedia.irpi.eu/mediterraneocentrale-calabria-seconda-porta-per-italia-rocella-jonica/#:~:text=Per%20i%20migranti%2C%20la%20Calabria,contro%20i%2010mila%20del%202021>.
- Banca Mondiale (2022). *Azione urgente per il clima cruciale per il Bangladesh*. Estratto da – <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/10/31/urgent-climate-action-crucial-for-bangladesh-to-sustain-strong-growth>.
- Bianco A., Larosa E., Pileggi C., Nobile C. G. A., & Pavia M. (2016). Utilizzo dei servizi sanitari tra gli immigrati reclutati attraverso organizzazioni senza scopo di lucro nel Sud Italia. *Giornale internazionale di salute pubblica*, 61(6): 673-682. DOI: 10.1007/s00038-016-0820-1.
- Camera dei deputati (9 maggio 2023). *Decreto immigrazione, c.d. Cutro: è in vigore la conversione delle norme urgenti del decreto-legge 20/2023, che prevede misure speciali per regolamentare i flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri*. Documentazione parlamentare. – https://temi.camera.it/leg19/post/OCD15_14945/decreto-immigrazione-cd-cutro-vigore-conversione-norme-urgenti-del-dl-20-2023-che-prevede-misure-speciali-regolare-i-flussi.html#:~:text=E%20stata%20pubblicata%20in%20Gazzetta,Dossier%20su%20l'AC1112.
- Giovannini C., Sisti L. G., Michieli R., Angelucci M. A., Ricciardi W., & Malorni W. (2023). Cultura, religione e genere: considerazioni nell'affrontare le disuguaglianze sanitarie legate alla migrazione in Italia: accesso alle cure per gli immigrati in Italia. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 59(3): 199-203.
- Hamzawy et al. (2023). *Il cambiamento climatico e le sue implicazioni per la salute in Egitto*. – <https://carnegeiendowment.org/2023/10/26/climate-change-in-egypt-opportunities-and-obstacles-pub-90854>.
- Integrazionemigranti.gov.it. (2021). *Stranieri irregolari e accesso alle strutture sanitarie. Che cos'è il codice STP?*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. – <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/1867/Stranieri-irregolari-e-accesso-alle-strutture-sanitarie-Che-cose-il-codice-STP->.
- Istituto LSE Grantham (2022). *Impatti dei cambiamenti climatici sulla salute in Bangladesh*. – <https://www.lse.ac.uk/granthaminstitute/publication/impacts-of-climate-change-on-health-in-bangladesh/>.
- IUCN (2022). *Rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici in Bangladesh*. Estratto da – <https://www.iucn.org/sites/default/files/import/downloads/health.pdf>.
- Katz-Buonincontro J. (2022). *Come intervistare e condurre focus group*. Associazione psicologica americana. – <https://doi-org.ezproxy.leidenuniv.nl/10.1037/0000299-000>.
- Marino F., Alby F., Zucchermaglio C., Scalisi T. G., & Lauriola M. (2023). Navigare negli incontri medici interculturali: un esame delle pratiche di comunicazione centrate sul paziente con pazienti oncologici italiani e stranieri che vivono in Italia. *Tumori*, 15(11), 3008. DOI: 10.3390/cancers15113008.
- Mesa-Vieira C., Haas A. D., Buitrago-Garcia D., Roa-Diaz Z. M., Minder B., Gamba M., ... & von Wyl V. (2022). Salute mentale dei migranti con esposizione pre-migrazione a conflitti armati: una revisione sistematica e una meta-analisi. *The Lancet Public Health*, 7(5): e469-e481. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00061-5.
- Levesque J-F, Harris M. F., & Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18): 1-9. DOI: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. WHO Regional Office for Europe. – <https://www.who.int/publications/i/item/9789289053846>.
- Piccoli L., Perna R. (2024). Organizzazioni della società civile e sanità dei migranti irregolari: il dilemma umanitario-equità. *CMS*, 12(20). DOI: 10.1186/s40878-024-00372-5.

- Ranganathan P, Deo V, & Pramesh C.S. (2024). Calcolo della dimensione del campione nella ricerca clinica. *Prospettive nella ricerca clinica*, 15(3): 155-159. DOI: 10.4103/picr.picr_100_24.
- Rauti A. (2024). I diritti dei minori stranieri non accompagnati e le logiche dell'emergenza. *Rivista del Gruppo di Pisa*. – Disponibile su https://www.gruppo-dipisa.it/images/rivista/pdf/Alessio_Rauti_-_I_diritti_dei_minori_stranieri_non_accompagnati.pdf.
- Reuters (2023, 13 settembre). Cosa c'è dietro la crisi dell'immigrazione in Italia?. *Reuters*. – <https://www.reuters.com/world/europe/what-lies-behind-italys-immigration-crisis-2023-09-13/>.
- Rizzo M. (2024). *Intervista. ASP agenzia sanitaria arbitro dei migranti*.
- Sabir. *Chi siamo | Associazione Sabir. (n.d.). Associazione Sabir*. – <https://www.associazionesabir.org/chi-siamo>.
- Scigliano M. (2024). *Intervista. Presidente Sabir Organization* – <https://www.associazionesabir.org/team>.
- Tenny S, Brannan G. D., Brannan J. M., & Sharts-Hopko N. C. (2021). *Studio qualitativo*. Pubblicazione StatPearls.
- USAID. *Profilo di rischio climatico: Tunisia*. (9 novembre 2018). *Cambiamento climatico globale*. – <https://www.climatelinks.org/resources/climate-risk-profile-tunisia>.
- Vita (17 maggio 2017). Una giornata all'interno del centro migranti più grande d'Europa. *Vita.it*. – <https://www.vita.it/storie-e-persone/un-giorno-dentro-il-piu-grande-centro-per-migranti-deuropa/>.