

L'accesso della popolazione migrante ai servizi territoriali

*Criticità, continuità dei percorsi ed esigibilità dei diritti
dalla prospettiva degli assistenti sociali*

Giulia Calandri

Ricerca realizzata nell'ambito del tirocinio curriculare presso il Consiglio regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio.

Sintesi

Il contributo presenta gli esiti di ventiquattro interviste semi-strutturate rivolte ad assistenti sociali appartenenti a diversi servizi collocati nella rete territoriale della Regione Lazio.

Lo studio intende approfondire, attraverso il punto di vista degli intervistati, le modalità di accesso della popolazione migrante al sistema di welfare locale, con particolare attenzione alle difficoltà che possono ostacolare la fruizione delle prestazioni, la continuità della presa in carico e l'effettiva esigibilità dei diritti sociali.

La scelta di privilegiare il punto di vista degli assistenti sociali risponde alla necessità di valorizzare la prospettiva di professionisti che, per mandato deontologico e collocazione istituzionale, rappresentano osservatori privilegiati delle traiettorie di accesso ai servizi e delle criticità insite nelle stesse.

L'analisi tematica mostra come le difficoltà di accesso derivino dall'interazione tra condizioni giuridiche, linguistiche, socioeconomiche e concrete modalità di organizzazione dei servizi. La disponibilità discontinua della mediazione, la prevalenza di procedure monolingui, la frammentazione delle competenze e carichi di lavoro elevati ostacolano non soltanto il primo contatto, ma anche la continuità dei percorsi e l'effettivo esercizio dei diritti. Dall'analisi delle interviste emerge, inoltre, una tensione ricorrente tra mandato professionale e mandato istituzionale; per farvi fronte, gli assistenti sociali ricorrono spesso a margini di discrezionalità operativa, elaborando soluzioni che possono risultare decisive nel singolo caso, ma che non costituiscono una risposta sufficiente quando rimangono affidate all'iniziativa individuale anziché essere sostenute da prassi organizzative condivise e codificate. Viene anche evidenziata la necessità di una formazione continuativa e multidisciplinare, capace di coinvolgere le diverse figure della rete e di promuovere un approccio multiculturale. Le

pratiche più efficaci combinano mediazione, lavoro di rete, decentramento culturale, prossimità e riflessività professionale.

1. L'indagine in breve

Le ventiquattro interviste qualitative sono state realizzate tra giugno e agosto 2026 in modalità telematica, attraverso la piattaforma di “Google Meet”. Il campione comprende assistenti sociali appartenenti a servizi differenti: alcuni specificamente rivolti alla popolazione migrante, come *CAS*, *SAI* e servizi per minori stranieri non accompagnati e altri riferiti a un bacino di destinatari più ampio, nei quali, tuttavia, la presenza di persone con background migratorio attraversa ordinariamente e trasversalmente il lavoro professionale. Tra questi ultimi rientrano, ad esempio, i servizi sociali comunali, i Punti unici di accesso, i consultori, i Serd, le aziende sanitarie locali, e i servizi rivolti alla giustizia minorile, all' area penitenziaria, all' emergenza sociale e al contrasto della povertà.

È stata inclusa anche un'esperienza professionale maturata nel lavoro con la popolazione rom, nell'ambito di un progetto rivolto ai campi attrezzati. Pur trattandosi di condizioni differenti, la comune appartenenza a gruppi minoritari può esporre le persone rom e quelle con background migratorio a forme assimilabili di marginalizzazione e discriminazione, che si manifestano attraverso stereotipi, processi di etichettamento, difficoltà nell'accesso ai servizi e rapporti spesso segnati dalla sfiducia nei confronti delle istituzioni.

Il campione è stato costruito su base volontaria, attraverso la compilazione di un modulo pubblicato sul sito ufficiale del *CROAS* Lazio. L'indagine presentata un carattere esplorativo e informativo, senza avere la presunzione, viste le dimensioni ridotte del campione e la modalità di reclutamento dei potenziali intervistati, di ambire ad una certa rappresentatività statistica né a una generalizzazione all'intera comunità professionale dei risultati ottenuti. Il materiale raccolto consente tuttavia di individuare criticità, ricorrenze e casi dissonanti nel lavoro professionale quotidiano con le persone migranti, e di mettere a fuoco buone pratiche utilizzabili per migliorare l'inclusività e l'accessibilità dei servizi. La riflessione sui fenomeni migratori richiede, del resto, un aggiornamento continuo: mutano i contesti normativi e sociopolitici, le ragioni e le rotte dei movimenti migratori, i profili e le biografie delle persone che li compiono e le condizioni territoriali nelle quali avviene l'inserimento.

Le trascrizioni sono state successivamente sottoposte ad un'analisi tematica di tipo qualitativo, finalizzata ad individuare i nuclei più rilevanti rispetto agli obiettivi della ricerca, i principali punti di raccordo e le divergenze tra le diverse esperienze professionali. I conteggi riportati hanno una funzione esclusivamente descrittiva segnalando la frequenza esplicita di un determinato tema nel corpus, mentre le citazioni dirette degli intervistati, riportate in forma anonima, sono stante selezionate in quanto particolarmente rappresentative dei temi individuati e utili a restituire con maggiore immediatezza la prospettiva dei professionisti coinvolti.

2. Barriere materiali, informative e amministrative

Le interviste descrivono modalità di accesso ai servizi territoriali molto diversificate: nei segretariati sociali, nei PUA e nei consultori prevalgono gli accessi spontanei o su appuntamento; nei CAS l'ingresso dipende dalla Prefettura; nell'area penitenziaria e della giustizia il contatto deriva da un mandato istituzionale; nel SAI considerato nell'indagine l'accesso avviene attraverso il SUAM, mentre la Sala Operativa Sociale interviene principalmente su segnalazione delle forze dell'ordine. Le unità di strada e i servizi di prossimità si rivolgono invece anche a persone i cui bisogni difficilmente emergerebbero attraverso i tradizionali canali di accesso. Il numero delle persone ricevute dai servizi restituisce tuttavia soltanto la domanda espressa e non rende visibili il fenomeno del *non-take-up*, i bisogni sommersi e le eventuali rinunce che possono precedere il primo contatto.

Dalle interviste emerge infatti come alcuni servizi registrino pochi accessi di persone migranti, senza tuttavia poter stabilire se ciò corrisponda a una loro minore presenza sul territorio, alla scarsa conoscenza del servizio o a ostacoli incontrati prima ancora di raggiungerlo. Come osserva un'assistente sociale operante in un servizio territoriale di primo accesso:

«Devo dire che, rispetto alla mia precedente esperienza a Latina, qui le richieste provenienti da persone straniere sono molto meno numerose. A Latina una parte consistente delle mie prese in carico riguardava persone con background migratorio [...]. Qui, invece, almeno in questi primi tre mesi, ho osservato un numero molto più ridotto di accessi. [...] Non so però se questo dato che registriamo significhi realmente che vi siano meno persone migranti sul territorio oppure se, più semplicemente, queste persone non arrivino al nostro servizio».

Il mancato accesso rimane quindi normalmente fuori dalle rilevazioni: può non essere registrato chi non riesce a reperire o comprendere un'informazione, incontra difficoltà nella prenotazione, non dispone della documentazione richiesta oppure rinuncia dopo uno o più tentativi. Ne deriva il rischio di considerare la domanda registrata un indicatore esaustivo del bisogno effettivamente presente sul territorio.

Anche le condizioni materiali e organizzative nelle quali avviene l'incontro incidono sulla possibilità di comprendere pienamente il bisogno espresso dalla persona; il turnover al front office, la presenza di vetri divisorii, i tempi ridotti e le comunicazioni rapide possono ostacolare l'ascolto, un'analisi approfondita della domanda e limitare la possibilità di offrire un orientamento adeguato. Tali criticità assumono un peso ulteriore nei servizi chiamati a coprire territori molto estesi.

Nei piccoli Comuni di Patrica e Torrice, al contrario, la vicinanza tra gli uffici comunali consente di intercettare occasioni di contatto che non nascono da una richiesta esplicitamente rivolta al servizio sociale. Come racconta l'assistente sociale che vi opera:

«Il mio ufficio si trova accanto all'anagrafe. Quando vedo una persona straniera entrare per richiedere la carta d'identità o altre pratiche amministrative, spesso la saluto personalmente e la invito a conoscere il servizio sociale, anche solo per spiegare di cosa ci occupiamo. [...] Un'altra occasione importante è rappresentata dalla registrazione della nascita di un figlio. Quando una famiglia si reca all'anagrafe per registrare il bambino, spesso informiamo anche dell'esistenza di misure di sostegno, come l'assegno di maternità, e da quel momento può iniziare un percorso di conoscenza reciproca con il servizio sociale».

La dimensione più contenuta del territorio può favorire non soltanto la prossimità fisica tra servizi, ma anche la costruzione di relazioni professionali più dirette e di reti che si consolidano nel tempo. Un elemento che emerge anche dall'esperienza di un'assistente sociale operante presso la ASL di Latina, che sottolinea come la conoscenza reciproca tra servizi e realtà territoriali possa facilitare l'individuazione dei bisogni e l'invio delle persone:

«Lavorare in una realtà come Latina presenta sia vantaggi sia criticità. Il vantaggio è che, rispetto a contesti molto più grandi come Roma, i servizi sono più vicini tra loro e le relazioni professionali sono spesso più dirette. In provincia ci conosciamo un po' tutti e questo permette di costruire più facilmente una rete. [...] Nel tempo si è creato un circuito di buone prassi. Gli altri servizi territoriali, le associazioni di volontariato e le realtà con cui collaboriamo ormai ci conoscono e riescono ad inviarci le persone quando individuano un bisogno. Questo facilita molto l'accesso».

L'accessibilità può essere favorita anche attraverso una diversa organizzazione del servizio. In un altro territorio, la difficoltà di conciliare l'attività ordinaria con le richieste della popolazione migrante ha portato all'apertura di uno sportello dedicato:

«Ci siamo resi conto che, con il normale orario di apertura del servizio sociale comunale, non saremmo riusciti a gestire anche le richieste delle persone migranti presenti sul territorio. Per questo abbiamo creato uno sportello dedicato, con orari specifici e su appuntamento, nel quale erano presenti un'assistente sociale, un consulente legale e, quando necessario, anche una psicologa. Lo sportello si trovava all'interno degli stessi uffici del servizio sociale e questo ci permetteva di integrare facilmente il lavoro ordinario con quello dedicato all'accoglienza e all'orientamento».

Queste esperienze mostrano come l'accesso non dipenda soltanto dalla presenza formale di un servizio, ma anche dalla sua capacità di organizzare spazi, tempi e competenze in relazione alle caratteristiche e ai bisogni del territorio.

Le interviste restituiscono tuttavia un'altro dato pressoché unanime: venti intervistati su ventiquattro richiamano difficoltà connesse alla documentazione richiesta, all'utilizzo delle piattaforme digitali e alla complessità delle procedure, sottolineando tuttavia come la burocrazia non rappresenti un ostacolo specifico della popolazione migrante, ma una criticità

strutturale che attraversa l'intero sistema dei servizi. Come osserva un assistente sociale impegnato nella gestione dell'Assegno di inclusione:

«Il funzionamento della misura è estremamente complesso e difficile da spiegare anche a una persona italiana. Per chi non possiede una piena padronanza della lingua, soprattutto del linguaggio amministrativo e professionale, la comprensione diventa ancora più problematica».

Il carattere generalizzato e trasversale di tali difficoltà non comporta infatti automaticamente un'uguaglianza dei suoi effetti; la barriera è comune, ma la possibilità di superarla è distribuita in modo diseguale tra le persone. La stessa procedura può risultare più difficile da attraversare quando alla sua complessità si sommano una conoscenza limitata della lingua italiana, l'assenza di documenti o di una residenza, e una minore familiarità con i codici attraverso i quali i servizi comunicano, definiscono i requisiti e formulano le richieste documentali, ossia quello che in letteratura viene anche definito come "linguaggio dei servizi" (Vitiello, 2006).

La digitalizzazione non corregge automaticamente questa asimmetria: l'accesso ai servizi online richiede spesso la disponibilità di dispositivi adeguati, un'identità digitale e soprattutto una sufficiente conoscenza della lingua. L'assenza di portali e sistemi di prenotazione multilingui produce così un'importante contraddizione: il canale è formalmente aperto a tutti, ma può essere utilizzato autonomamente soprattutto da chi possiede già le risorse richieste dal sistema.

«Ho cercato personalmente informazioni sull'Assegno di inclusione in inglese, francese e arabo, ma il materiale disponibile è estremamente limitato. Avremmo un bisogno enorme di strumenti di questo tipo».

Il problema non riguarda soltanto la quantità dei contenuti tradotti, ma anche la loro riconoscibilità. Interrogata sulla possibilità di consultare in più lingue il portale dell'azienda sanitaria presso la quale aveva lavorato, un'altra assistente sociale risponde:

«Che io ricordi sì, ma non ne sono pienamente convinta. Sicuramente, se è presente una traduzione linguistica, si limita principalmente all'inglese, e questa è una barriera importante».

Dalle interviste emerge inoltre la necessità non soltanto di rendere multilingui le informazioni, ma anche di diversificare i canali attraverso cui esse vengono diffuse, così da raggiungere chi difficilmente consulterebbe in autonomia i portali istituzionali. Una professionista propone, ad esempio, di valorizzare i social network, che, «se usati correttamente, possono diventare una risorsa importante per raggiungere persone che probabilmente non consulterebbero mai il sito del Comune o dell'ASL».

Accanto ai canali digitali, è importante rendere disponibili informazioni in più lingue nei luoghi di contatto con i servizi. Come osserva un'assistente sociale dell'ASL di Rieti:

«Per esempio, possono essere utili brochure adeguate, anche in più lingue, messe a disposizione nei Punti Unici di Accesso, nelle associazioni, nei CAS e negli altri luoghi frequentati dalla popolazione migrante. [...] Queste brochure possono essere diffuse sul territorio, nei servizi e anche negli studi dei medici, che potrebbero diventare un ulteriore punto di snodo importante per l'informazione».

A Roma esistono inoltre risorse informative multilingui esterne ai principali canali istituzionali, la cui accessibilità dipende anche dalla capacità degli operatori di conoscerle e promuoverle. Un'assistente sociale operante in un SAI cita, ad esempio, «JumaMap, che raccoglie numerosi servizi presenti sul territorio», e altri portali nei quali è possibile reperire in diverse lingue informazioni pratiche relative alla sanità e al lavoro. Come sottolinea la professionista, anche questo rientra nel lavoro di accompagnamento: «conoscere bene la rete e fornire alle persone strumenti che possano utilizzare anche quando non saranno più in accoglienza».

Diventa quindi essenziale che gli operatori siano informati sulle risorse disponibili e aggiornati sulle disposizioni e sulle procedure che regolano l'accesso, così da poter offrire indicazioni corrette e promuovere l'utilizzo degli strumenti esistenti. A questo proposito, l'assistente sociale dell'ASL di Rieti segnala WikINMP, l'ipertesto dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), come risorsa di consultazione a supporto dell'orientamento sanitario. Lo strumento è stato presentato durante un corso promosso dal Dipartimento del Territorio e dal Distretto Sabino della ASL di Rieti, con il supporto dell'INMP:

«È uno strumento molto utile perché permette di distinguere tra cittadino europeo e cittadino extraeuropeo e, a partire dalla condizione specifica della persona, consente di capire quali siano i diritti sanitari e le modalità corrette di accesso. Le informazioni sono organizzate anche su base regionale, quindi è possibile verificare le specificità applicative del territorio».

La stessa professionista segnala inoltre l'offerta formativa dell'INMP come ulteriore risorsa per l'aggiornamento degli operatori. Il catalogo dell'Istituto comprende percorsi, anche a distanza, sull'accesso al Servizio sanitario nazionale per i cittadini stranieri, sulla salute delle donne durante la gravidanza e il parto in prospettiva transculturale, sulla mediazione in ambito sanitario e sulla presa in carico dei minori migranti.

La disponibilità di informazioni multilingui non elimina, tuttavia, le difficoltà che possono presentarsi nel contatto diretto con i servizi. Un assistente sociale osserva a tal proposito che «molti servizi, anche quando gli operatori conoscono l'inglese o il francese, tendono comunque spesso a comunicare principalmente in italiano» e che, quando la persona non padroneggia la lingua, l'interazione rischia di essere conclusa rapidamente senza che abbia

compreso realmente la procedura da seguire. Finché è inserita nel sistema di accoglienza, può quindi rivolgersi nuovamente agli operatori, che possono accompagnarla o contattare personalmente il servizio, mentre una volta uscita, invece, questa possibilità viene meno.

Accanto all'accessibilità delle informazioni e dei canali digitali, le interviste richiamano il peso dei requisiti amministrativi che regolano l'effettivo accesso ai servizi. Tra questi, la residenza assume un valore paradigmatico, poiché, nell'ambito dei servizi sociali, essa rappresenta il principale criterio per individuare l'ente territorialmente competente per la presa in carico e l'erogazione delle prestazioni. Essa non costituisce, quindi, una semplice formalità ma, come osservano Acocella e Gargiulo, può essere considerata un vero e proprio «diritto a esercitare altri diritti», poiché condiziona l'effettiva fruizione di numerosi interventi sociali (Acocella e Gargiulo, 2021).

Come racconta un'assistente sociale del Segretariato sociale di Roma Capitale:

«Il primo elemento che dobbiamo accertare è la residenza. Se la persona possiede una residenza nel territorio di competenza possiamo procedere. Se invece è reperibile ma non residente, non possiamo prenderla in carico. [...] In passato il Segretariato sociale si occupava anche delle richieste di residenza fittizia; oggi questa competenza è passata all'ufficio anagrafico e noi indirizziamo direttamente lì le persone. [...] Per richiedere la residenza fittizia è necessario dichiarare un domicilio situato nel Municipio presso il quale viene presentata la domanda. Molte persone, però, non dispongono formalmente di un domicilio. [...] Spesso vivono realmente in un appartamento, condividendolo con molti altri connazionali e pagando un affitto, ma senza alcun contratto regolare. Accade frequentemente che il proprietario dell'immobile impedisca loro di dichiarare quell'indirizzo [...]. Di conseguenza, pur avendo di fatto un luogo in cui abitano, hanno paura di comunicarlo alle istituzioni».

La residenza può tuttavia rimanere inaccessibile per anni: come osserva un assistente sociale dell'emergenza sociale, «continuare a subordinare l'accesso di alcuni servizi al possesso della residenza rischia di lasciare escluse persone che molto probabilmente non riusciranno mai ad acquisirla», nonostante presentino bisogni di salute e tutela.

Gli effetti dell'assenza di residenza si estendono anche alla continuità delle cure, come mostra l'esperienza di un'assistente sociale impegnata nell'area delle dipendenze in ambito penitenziario:

«Ho molti più problemi con i pazienti tossicodipendenti al momento della dimissione dal carcere. Spesso escono senza residenza, senza carta d'identità, senza tessera sanitaria e senza medico di medicina generale, nonostante presentino patologie complesse correlate alla dipendenza. Recentemente ho seguito un paziente che ha impiegato circa sei mesi per ottenere una residenza fittizia e poter finalmente accedere alla tessera sanitaria e al medico di

base. [...] Durante la detenzione riceveva tutte le cure necessarie, mentre una volta fuori non riusciva più ad accedervi».

Si produce così un duplice circuito paradossale: la precarietà abitativa impedisce di formalizzare il legame con il territorio e l'assenza di tale riconoscimento limita l'accesso agli interventi che potrebbero ridurla; allo stesso tempo, la persona può ricevere in carcere una tutela sanitaria strutturata e perderne la continuità al momento della dimissione, proprio perché priva dei requisiti amministrativi richiesti.

L'accesso non si esaurisce, infine, nella prestazione erogata. Diverse interviste segnalano la difficoltà di effettuare monitoraggi successivi, soprattutto quando le persone cambiano territorio, terminano un progetto, vengono inviate a un altro servizio o non esistono raccordi stabili. Senza un'osservazione nel tempo è difficile distinguere un invio formalmente concluso da un percorso realmente avviato e valutare gli esiti dell'intervento. Analisi longitudinali, contatti di follow-up e scambio di informazioni pertinenti tra servizi permetterebbero di comprendere quali passaggi funzionano, dove si verificano interruzioni e quali soluzioni producono effetti durevoli. In questa prospettiva, il monitoraggio non dovrebbe assumere una funzione di controllo sulla persona, ma di verifica della continuità e dell'efficacia del sistema.

3. Mediazione: uno strumento essenziale ma ancora intermittente

Il tema linguistico e della mediazione compare in tutte le ventiquattro interviste. Il dato più significativo riguarda l'eterogeneità delle risposte organizzative: in almeno sei esperienze viene riferita l'assenza di un servizio stabile o strutturato; nelle altre, il mediatore è spesso disponibile soltanto a chiamata, per poche ore, per alcune lingue o attraverso finanziamenti progettuali. Anche laddove il servizio è presente, le competenze linguistiche disponibili non sempre inoltre corrispondono alle esigenze delle persone. Come osserva un'assistente sociale operante nel terzo settore: *«nell'associazione abbiamo due mediatori culturali, ma nessuno parla bengalese, che è proprio la lingua maggiormente rappresentata tra i nostri beneficiari».*

In altri casi, la continuità della mediazione dipende dalla durata di appalti e procedure amministrative. Un'assistente sociale operante nell'area dei minori stranieri non accompagnati racconta:

«Fino al 30 giugno avevamo a disposizione un servizio di mediazione linguistico-culturale affidato tramite appalto. Alla scadenza del contratto è stato pubblicato un nuovo bando, che però è andato deserto. Attualmente, quindi, non disponiamo più di un servizio strutturato di mediazione. È una criticità molto grave».

In alcuni contesti, la figura può essere richiesta soltanto programmando preventivamente l'intervento: *«All'interno dell'ASL no. Nel Consorzio, invece, possiamo richiederla al bisogno. [...] Se l'intervento viene programmato con un certo anticipo, possiamo chiedere la presenza di un mediatore»*.

Anche nei servizi in cui la mediazione è prevista stabilmente possono verificarsi riduzioni temporanee. Un'assistente sociale operante in un SAI spiega che i mediatori della cooperativa lavorano sia nei CAS sia nei SAI, ma che *«nei CAS la mediazione è obbligatoria in tutti i servizi e quindi, se un mediatore va in ferie, deve essere necessariamente sostituito. Nel SAI questa obbligatorietà non è prevista allo stesso modo»*. Di conseguenza, soprattutto nel periodo estivo, le risorse disponibili vengono destinate prioritariamente ai CAS, riducendo le ore assicurate nei SAI.

La mediazione viene dunque riconosciuta come essenziale sul piano professionale, senza essere sempre garantita come componente ordinaria e continuativa dei servizi. La sua effettiva disponibilità dipende dal territorio, dalla lingua richiesta, dalla possibilità di programmare il colloquio e dalla presenza di personale, progetti o appalti ancora attivi.

Il riconoscimento ancora parziale della mediazione attraverso servizi diversi, ma assume particolare rilievo in ambito sanitario. Come osserva un'assistente sociale, *«il problema è che nelle aziende sanitarie locali non è ancora pienamente riconosciuta come una figura centrale quanto altre professioni. Anche questo deriva, secondo me, dal fatto che continuiamo a lavorare più sulla cura che sulla prevenzione. Se ragionassimo davvero in una logica preventiva, le aziende sanitarie dovrebbero considerare la mediazione come un investimento strutturale, perché consentirebbe anche di evitare errori, incomprensioni e diagnosi improprie»*. La mediazione permetterebbe quindi non soltanto di migliorare la qualità degli interventi, ma anche di evitare valutazioni inadeguate e successive correzioni, con un risparmio di tempo e risorse. L'intervistata precisa, tuttavia, che *«non tutti i mediatori sono formati per lavorare su aspetti clinici o sociosanitari particolarmente complessi»*: per alcune situazioni sono necessarie competenze specifiche di clinica transculturale, non sempre facilmente reperibili.

La testimonianza dell'assistente sociale dell'ASL di Rieti collega queste criticità anche al tema della definizione professionale del mediatore linguistico-culturale. Richiamando una notizia condivisa nel gruppo di lavoro regionale, la professionista osserva:

«Proprio recentemente, all'interno del gruppo di lavoro regionale, ci è stata riportata anche una novità relativa alla figura del mediatore linguistico-culturale: si sta lavorando affinché questa figura trovi una definizione più chiara anche nell'ambito del contratto collettivo nazionale del comparto Sanità. Questo è importante perché esiste ancora una certa incertezza rispetto al suo ruolo, alle sue funzioni, all'inquadramento e alla formazione richiesta».

Nella prospettiva dell'intervistata, il consolidamento della mediazione nei servizi richiede quindi anche un più chiaro riconoscimento professionale, che ne sostenga l'integrazione nel lavoro delle équipes.

La discontinuità della mediazione contrasta dunque con il riconoscimento unanime della sua centralità da parte degli assistenti sociali intervistati. Alcuni hanno riportato episodi nei quali la sua presenza è risultata decisiva per rendere possibile la comunicazione e preservare la relazione di fiducia; altri hanno descritto situazioni in cui la sua assenza ha prodotto fraintendimenti o rischiato di orientare impropriamente la valutazione professionale.

Un'assistente sociale del Segretariato sociale di Roma Capitale racconta, ad esempio, l'incontro con un uomo egiziano che, dopo oltre due anni di rallentamenti amministrativi, aveva perso la moglie incinta durante il viaggio intrapreso per raggiungerlo in Italia. Rivoltosi al servizio per una richiesta di sostegno abitativo, manifestava una forte rabbia nei confronti delle istituzioni:

«In quel momento io rappresentavo l'Italia e, ai suoi occhi, ero la responsabile di tutto ciò che non aveva funzionato. La presenza del mediatore culturale è stata fondamentale. Non si è limitato a tradurre le parole, ma è riuscito a contenere emotivamente la situazione e a instaurare una comunicazione che da sola non sarei mai riuscita a costruire. [...] Il mediatore gli ha spiegato che ero lì per aiutarlo e che, continuando ad assumere quell'atteggiamento, sarebbe stato impossibile trovare una soluzione. [...] Senza la mediazione culturale sarebbe stato impossibile gestire quella situazione».

In un'altra esperienza, invece, l'assenza iniziale di mediazione aveva portato il personale ospedaliero a interpretare la difficoltà di comunicazione di una neomadre come un possibile segnale di incapacità genitoriale, al punto da ipotizzare l'avvio di una procedura di allontanamento:

«Mi disse: "Questa donna non sa allattare, non sa lavare una bambina, non sa prendersene cura". [...] Le chiesi: "In quale lingua le state parlando?". Mi rispose: "In italiano". [...] "È una donna proveniente da un piccolo villaggio della Nigeria e parla soltanto la sua lingua madre. Se vuole, le do il numero del nostro mediatore culturale: potrà tradurre e permettervi di comunicare correttamente". [...] Pensare di avviare una segnalazione per l'allontanamento semplicemente perché non si riusciva a comunicare con lei era gravemente sbagliato».

La barriera linguistica, tuttavia, non dipende soltanto dall'effettiva conoscenza della lingua. Un'assistente sociale racconta di essere stata chiamata per una donna indiana con la quale il personale riteneva impossibile comunicare, scoprendo invece che *«parlava un italiano molto semplice, di livello base, ma sufficiente»*. L'impasse era nata soprattutto dal presupposto che qualsiasi comunicazione fosse impossibile. Come osserva la professionista, dietro la barriera linguistica possono agire anche *«il pregiudizio, la difficoltà a mettersi in discussione e la*

mancata volontà di comprendere che l'aspetto sanitario è soltanto una parte di una situazione personale molto più complessa».

La stessa donna presentava una grave patologia oncologica, ma era passata tra diversi servizi senza acquisire piena consapevolezza delle proprie condizioni. Quando fu trasferita, non risultavano approfonditi né il significato che attribuiva al fine vita né il suo eventuale desiderio di tornare in India. L'assistente sociale coinvolse quindi un mediatore esperto della comunità indiana e organizzò un intervento transculturale:

«Ritenevo che la signora avesse il diritto di conoscere la propria situazione. [...] Le abbiamo spiegato che l'aspettativa di vita era probabilmente di pochi mesi e che doveva essere messa nella condizione di scegliere consapevolmente che cosa fare. Doveva poter decidere se rimanere in Italia oppure tornare in India».

La documentazione clinica fu infine inviata a un oncologo in India, disponibile a tentare un trattamento. La mediazione ha così reso possibile non soltanto la comprensione delle informazioni cliniche, ma anche l'esercizio dell'autodeterminazione rispetto alle scelte terapeutiche e al luogo nel quale affrontare l'ultima fase della vita.

Quando non è possibile ricorrere tempestivamente a un mediatore, i servizi si affidano talvolta a soluzioni sostitutive, come gli strumenti automatici di traduzione o il coinvolgimento di familiari, accompagnatori occasionali e connazionali. Queste risorse possono consentire uno scambio iniziale o rispondere a un'urgenza, ma non garantiscono la neutralità, la riservatezza e la comprensione dei significati culturali assicurate da una mediazione professionale, soprattutto quando il colloquio riguarda aspetti complessi o particolarmente sensibili.

Nei consultori, ad esempio, affidare la traduzione al marito può rendere possibile una comunicazione minima, ma limitare la libertà della donna di parlare apertamente di sessualità, violenza o scelte riproduttive. Il coinvolgimento dei familiari non è quindi problematico soltanto ai fini dell'accuratezza della traduzione, ma anche per gli effetti che può produrre sulla relazione d'aiuto e sugli equilibri di potere all'interno del colloquio. Alcune informazioni possono essere omesse, filtrate o riformulate e la persona può non sentirsi libera di porre domande, esprimere dissenso o contraddire chi la accompagna. La mediazione professionale tutela quindi non soltanto la comprensione linguistica, ma anche il diritto della persona a partecipare direttamente alle decisioni che la riguardano.

Un episodio riferito da una professionista rende concreto il problema:

«Inizialmente ho accolto lei e il marito in maniera informale, perché chiedevano alcune informazioni e non si trattava ancora di un colloquio strutturato. Dopo essermi confrontata con l'ostetrica, è emerso che la donna manifestava un forte stato d'ansia e non si fidava completamente di ciò che il marito le avrebbe riportato traducendo le informazioni ricevute. Questo episodio conferma quanto sia importante che il servizio comunichi direttamente con la persona attraverso un mediatore».

Accanto al coinvolgimento di familiari e conoscenti, alcune interviste mostrano come l'assenza temporanea del mediatore venga compensata attraverso le competenze linguistiche degli operatori, la traduzione automatica o il linguaggio non verbale. Un assistente sociale riferisce, ad esempio, di essere *«uno dei pochi operatori del servizio a parlare fluentemente inglese»* e di essere per questo coinvolto dalle colleghe nei colloqui caratterizzati da difficoltà comunicative. Una dinamica analoga emerge in un SerD privo di una figura stabile di mediazione, dove alcune operatrici che conoscono l'arabo e il russo, quando necessario, *«aiutano nella comunicazione»*.

Una soluzione più strutturata consiste invece nell'attivazione delle risorse presenti nella rete territoriale. Un'assistente sociale afferma di aver cercato di costruire *«un sistema di presa in carico integrata in ambiente transculturale»*: *«Il mediatore magari non è fisicamente presente nel mio ufficio, ma posso attingere alla rete territoriale e coinvolgere professionisti che lavorano nei servizi con cui collaboriamo»*. L'assenza di una figura interna non comporta così la rinuncia alla mediazione, ma richiede un raccordo stabile con gli altri servizi.

In situazioni di urgenza, gli operatori ricorrono anche a strumenti più immediati. Come racconta un assistente sociale, *«ci è capitato persino di utilizzare Google Traduttore quando non riuscivamo a reperire immediatamente un mediatore per una lingua molto rara. Ma appena è stato possibile abbiamo coinvolto un mediatore culturale, perché la differenza è enorme»*. Questi adattamenti, espressione di quella che un'intervistata definisce *«creatività professionale»*, possono consentire una prima comunicazione, ma non sostituiscono la mediazione professionale. Affidarsi esclusivamente alla traduzione automatica significa infatti *«limitarsi a tradurre letteralmente le parole, perdendo completamente il significato culturale di ciò che la persona vuole comunicare»*.

La necessità di interpretare i significati culturali, oltre che le parole, trova un ulteriore sviluppo nell'esperienza descritta da un'assistente sociale dell'INMP, l'unica tra quelle raccolte nella quale viene esplicitamente richiamata anche la figura dell'antropologo nell'équipe multidisciplinare. Il suo contributo non sostituisce quello del mediatore, ma lo integra, aiutando l'équipe a collocare comportamenti e racconti individuali nel più ampio contesto culturale di provenienza della persona: *«Il mediatore può riportarci determinati elementi, mentre l'antropologo ci aiuta a interpretarli e a collocarli in un quadro più ampio»*. L'antropologo contribuisce inoltre alla valutazione degli interventi, permettendo di riflettere nel tempo *«su quali modalità operative abbiano funzionato meglio e quali, invece, necessitano di essere ripensate»*.

4. Decentrarsi senza culturalizzare ogni difficoltà

La competenza interculturale rappresenta la capacità di decentrare e relativizzare il proprio punto di vista, mettere in discussione categorie interpretative e professionali considerate universali e verificare il significato reale che la persona attribuisce alla propria esperienza

personale. Ciò richiede agli operatori di assumere una postura critica e riflessiva a partire dalla consapevolezza che anche i professionisti dell'aiuto possono non essere del tutto immuni da stereotipi e pregiudizi interiorizzati. Come sottolinea un'assistente sociale, la formazione rischia di essere poco efficace se non è accompagnata da un lavoro di autoriflessione sul proprio posizionamento e sulle categorie attraverso cui si interpreta l'altro:

«Bisogna capire quanto la professionista abbia realmente lavorato su sé stessa e abbia superato quella zona grigia fatta di pregiudizi, stereotipi e sistemi razzializzanti. La formazione è importante, ma se non fai prima un percorso personale di autoriflessione e non riconosci di avere dei pregiudizi interiorizzati, rischia di rimanere lettera morta. [...] Devi essere disposto a mettere in discussione il tuo modo abituale di leggere la realtà. Devi riconoscere che alcune delle categorie con cui interpreti l'altro sono costruite culturalmente e non sono universali. Se riesci a fare questo lavoro, allora la formazione diventa realmente utile».

Il rischio di attribuire ai comportamenti altrui significati derivati esclusivamente dai propri riferimenti culturali è richiamato anche da un'assistente sociale che ha svolto la funzione di mediatrice interculturale:

«Se vediamo una persona seduta per strada, magari con atteggiamenti che a noi sembrano insoliti, come assistenti sociali potremmo essere portati a pensare immediatamente che si tratti di una persona in grave difficoltà. In realtà non è detto che sia così. Per alcune culture, determinati comportamenti possono avere un significato completamente diverso: potrebbero rappresentare un momento di preghiera, una pratica rituale o una modalità espressiva che noi non conosciamo. Il problema è proprio questo: tendiamo ad attribuire un significato ai comportamenti dell'altro sulla base delle nostre categorie interpretative».

In questo senso, il lavoro in équipe multidisciplinare, la supervisione e la formazione possono offrire occasioni per rileggere le situazioni incontrate, confrontare interpretazioni differenti sui casi e riconoscere eventuali automatismi e assunti impliciti che possono aver guidato la valutazione professionale. Gli elevati carichi di lavoro e la pressione sui tempi ostacolano invece questo esercizio riflessivo, favorendo spiegazioni più immediate e riduttive. Quando la provenienza etnica o nazionale diventa la principale chiave di lettura dei comportamenti e delle difficoltà della persona, il rischio è quello di scivolare nel cosiddetto *culturalismo*, secondo cui la cultura rappresenta un insieme stabile e uniforme. Come osserva un'assistente sociale operante in ambito sociosanitario, il background migratorio può richiedere strumenti ulteriori, ma non può diventare una categoria capace di assorbire l'intera storia e i bisogni della persona:

«Per me, davanti a una persona che arriva da un altro Paese o davanti a una persona che arriva da Reggio Calabria, il punto di partenza deve essere comunque l'ascolto. Naturalmente, con una persona che ha un background culturale diverso devo utilizzare strumenti ulteriori, ma non posso pensare che l'essere migrante cancelli tutto il resto della sua storia e dei suoi bisogni».

Le culture sono infatti dinamiche ed eterogenee, attraversate da differenze legate al genere, alla classe sociale, alla generazione, all'istruzione, all'esperienza migratoria e alle singole biografie individuali.

Dalle interviste emerge come la necessità di decentramento culturale sia particolarmente evidente nell'ambito sanitario e della responsabilità genitoriale, nei quali gli operatori possono talvolta assumere come "naturale" un determinato modello di salute o di relazione tra genitori e figli, comprese le modalità di esprimere l'affetto e distribuire le responsabilità di cura. In alcuni contesti queste ultime possono infatti coinvolgere più ampiamente la famiglia allargata o la comunità, mentre la vicinanza affettiva può manifestarsi secondo modalità differenti; pratiche familiari distanti da quelle assunte come riferimento non indicano quindi automaticamente una condizione di pregiudizio per il minore. In questa prospettiva, relativizzare non significa rinunciare alla funzione di tutela, ma distinguere la presenza di un rischio effettivo dalla semplice distanza rispetto alle proprie aspettative culturali.

Un esempio pertinente risulta dall'esperienza di un assistente sociale impegnato nei percorsi di gestione dei villaggi attrezzati destinati alla popolazione rom:

«All'interno del villaggio esiste una forma di controllo e di genitorialità condivisa: i bambini vengono osservati e, in parte, accuditi anche dagli altri adulti presenti nella comunità. Quando però una famiglia si trasferisce in un appartamento, questa dimensione collettiva viene meno».

La necessità di contestualizzare i modelli familiari è richiamata anche da un'assistente sociale dell'INMP:

«Anche alcuni modelli familiari possono essere profondamente differenti. In determinati contesti culturali può essere considerato normale che il padre non partecipi alla cura dei figli oppure che una donna non lavori. Quando queste situazioni arrivano all'attenzione del Tribunale è importante evitare interpretazioni superficiali, come pensare semplicemente che quella donna non voglia lavorare. È invece necessario comprendere il significato che quei comportamenti assumono all'interno della storia personale e culturale della persona».

Lo stesso vale per i significati attribuiti alla salute e alla dipendenza. Una professionista operante in quest'area osserva:

«Molti raccontano di aver cominciato a fumare hashish a tredici anni e lo descrivono come una pratica del tutto normale nel proprio contesto culturale. È una situazione che, per certi aspetti, può essere paragonata al rapporto che esiste in Italia con il vino. Non tutte le persone che bevono vino si considerano dipendenti e, allo stesso modo, questi ragazzi non riconoscono necessariamente l'uso di hashish come una patologia».

Il confronto non nega i rischi dell'uso di sostanze, ma mostra perché un intervento costruito esclusivamente sulla categoria clinico-professionale di dipendenza possa non trovare

corrispondenza nel modo in cui la persona interpreta la propria esperienza personale. Analogamente, nei percorsi per il diabete non è realistico prescrivere un cambiamento alimentare senza considerare il valore quotidiano e sociale attribuito agli alimenti: *«Se l'alimentazione abituale della persona è basata prevalentemente sul riso, non si può pensare di modificarla improvvisamente e senza tenere conto del contesto culturale da cui ha origine»*. Lo stesso vale durante il Ramadan, quando il digiuno modifica gli orari dei pasti e può incidere sull'assunzione dei farmaci; per rendere dunque sostenibili le indicazioni terapeutiche è necessario comprenderne il significato religioso e concordare con la persona modalità compatibili con le esigenze di cura.

Il rapporto tra specificità culturale ed esigenze di tutela diventa particolarmente delicato quando la scelta della persona non coincide con quella ritenuta clinicamente o professionalmente preferibile. Una professionista descrive il caso di una donna che ha deciso di tornare nel Paese di origine per sottoporsi a una terapia tradizionale:

«Noi sapevamo quali potevano essere i rischi di quella scelta e, dal punto di vista professionale ed emotivo, è stato molto difficile accettarla. Tuttavia, non potevamo imporle una determinata cura. Abbiamo quindi cercato di accompagnare la sua decisione nel modo più sicuro possibile.»

Il caso chiarisce come il decentramento non coincida con una generica tolleranza della diversità; in assenza di un'emergenza che richieda un intervento immediato, implica il riconoscimento dell'autodeterminazione, l'esplicitazione dei rischi e la ricerca delle condizioni che rendano una decisione quanto più possibile informata, consapevole e sicura.

Occorre però evitare anche l'errore opposto, ovvero attribuire esclusivamente a specificità culturali difficoltà determinate principalmente da altri fattori esogeni come la povertà, l'isolamento, la precarietà abitativa o i vincoli amministrativi. Il mancato accesso a uno screening può dipendere da una diversa rappresentazione della prevenzione, ma anche dall'impossibilità di assentarsi dal lavoro, dal costo del trasporto, dalla paura legata ai documenti o dalla mancata comprensione della convocazione.

Come osserva un assistente sociale impegnato in un servizio sanitario di prossimità:

«Molte persone temono che rivolgersi alla ASL possa comportare una segnalazione o che la loro condizione amministrativa impedisca qualsiasi accesso alle cure. [...] Molte non sanno che con il codice STP possono accedere anche ad alcune attività di prevenzione, come gli screening e le vaccinazioni. Il lavoro di prossimità serve quindi anche ad accrescere la consapevolezza dei diritti e a ridurre quella rinuncia preventiva che spesso nasce dalla paura o dalla mancata conoscenza del sistema».

Questa prospettiva si collega agli approcci antidiscriminatori, antirazzisti e anti-oppressivi del servizio sociale, che invitano a riconoscere le disuguaglianze di potere presenti nella relazione d'aiuto e nel funzionamento delle istituzioni (Dominelli, 2002). Il professionista non opera come tecnico neutrale: può contribuire a riprodurre categorie e pratiche escludenti oppure

renderle visibili e contrastarle. Una pratica riflessiva interroga quindi non soltanto ciò che l'operatore pensa, ma anche le procedure e le forme di potere attraverso le quali quel pensiero diventa intervento.

5. La persona migrante non coincide con la mancanza

Sedici interviste contengono riferimenti espliciti a pregiudizi, stereotipi o rappresentazioni deficitarie, sottolineando come una tendenza ricorrente consista nell'associare automaticamente la persona migrante a povertà, disinformazione e assenza di risorse. Come afferma un'intervistata: *«dovremmo uscire dall'idea secondo cui noi professionisti siamo quelli che “sanno”, mentre le persone migranti sono necessariamente quelle che non comprendono o non conoscono»*.

Come osserva un'altra assistente sociale, la pressione del tempo può portare il professionista a presumere il bisogno prima ancora di approfondire la domanda: *«È una persona straniera, chiederà casa e lavoro»*. La risposta viene così costruita a partire da aspettative stereotipate, anziché dalla situazione concreta e dalle caratteristiche della persona.

Riconoscere discriminazioni e disuguaglianze non significa adottare una prospettiva pietistica che rappresenti la persona migrante come un soggetto passivo da salvare, poiché, anche questa rappresentazione apparentemente benevola, può sottovalutare l'eterogeneità delle esperienze migratorie e la *capacità di agency* della persona. Se il servizio presuppone l'assenza di competenze, offrirà prevalentemente interventi sostitutivi e avrà meno occasioni per riconoscere e rafforzare le risorse esistenti, contribuendo a ostacolare il processo di *empowerment* della persona e a riprodurre la dipendenza che presumeva di osservare.

Le interviste restituiscono, al contrario, numerose esperienze che mettono in discussione questa rappresentazione deficitaria. Alcuni professionisti dichiarano di essersi confrontati con persone molto informate, in alcuni casi persino più aggiornate di loro sulle procedure da seguire, come riferisce un'intervistata:

«Spesso sono loro a ricordare a me quali procedure devono fare, come richiedere il medico o l'esenzione sanitaria. Hanno una conoscenza molto precisa dei propri diritti. In realtà, però, ho notato che la differenza principale non dipende tanto dal Paese di provenienza quanto dal livello di scolarizzazione».

Lo conferma il racconto di un'altra assistente sociale:

«Ricordo una donna ugandese vittima di tratta che aveva una formazione universitaria e possedeva strumenti culturali che le hanno consentito di comprendere molto più facilmente il significato del progetto di protezione nel quale era stata inserita».

Questi esempi mostrano come la provenienza nazionale non consenta, da sola, di ricostruire le competenze e le risorse della persona. Allo stesso tempo, occorre evitare la generalizzazione opposta: alcune persone con background migratorio possono essere poco consapevoli rispetto ai propri diritti esigibili o avere una limitata familiarità con il sistema di welfare, non per una mancanza individuale, ma perché non hanno avuto la possibilità di accedere alle informazioni e alle esperienze necessarie per potersi orientare al suo interno.

Come osserva un'assistente sociale consultoriale:

«È molto difficile chiedere qualcosa che non si è mai avuto la possibilità neppure di immaginare. Se una persona non è mai stata educata a considerare determinati diritti o determinati servizi come accessibili, difficilmente riuscirà spontaneamente a formularne la richiesta».

La consapevolezza dei diritti dipende, quindi, anche dalla capacità dei servizi di rendersi comprensibili e di formulare domande che trovino corrispondenza nell'esperienza della persona. Una risposta apparentemente incongruente non indica necessariamente una mancanza di conoscenze, ma può derivare dalla distanza tra il linguaggio istituzionale e quello utilizzato nella vita quotidiana. Come racconta la stessa intervistata:

«Lavorare nell'ambito della salute con persone migranti insegna molto. Insegna soprattutto a formulare le domande in maniera diversa e, di conseguenza, a pensare diversamente. Può accadere, ad esempio, che si chieda a una donna se abbia la tessera sanitaria e lei risponda di no. Se però le si domanda se in quel momento abbia un medico di base, può rispondere di sì. Si impara quindi non tanto a semplificare, quanto ad arrivare all'essenziale delle questioni».

Questa consapevolezza può costruirsi progressivamente lungo il percorso di accoglienza. Le informazioni ricevute inizialmente alle frontiere o negli hotspot sono ad esempio spesso rapide e generiche e, come racconta un professionista, «la vera prima accoglienza iniziava nel CAS, dove finalmente trovavano qualcuno disposto ad ascoltarli e ad accompagnarli nel percorso». Quando arrivano nel SAI, osserva un'altra assistente sociale, le persone possiedono generalmente una prima conoscenza del sistema sanitario: «Magari non sono mai andate dal medico di medicina generale perché non ne hanno avuto bisogno, però sanno di averne uno e sanno che possono rivolgersi a lui»; l'accompagnamento può quindi concentrarsi su procedure più circoscritte e burocratiche, come il cambio del medico, e sul rafforzamento della capacità di muoversi autonomamente tra i servizi.

Considerati nel loro insieme, questi esempi mostrano come l'accompagnamento non consista nello svolgere stabilmente le procedure al posto della persona, ma nel partire dalle conoscenze e dalle risorse già presenti per affrontare le difficoltà effettivamente incontrate. La sostituzione può risolvere un'urgenza, ma, se diventa una modalità operativa ordinaria, rischia di confermare una rappresentazione fondata sulla mancanza, alimentare la dipendenza dal servizio e lasciare immutata l'inaccessibilità del sistema. Un intervento promozionale mira

invece a rendere progressivamente fruibili informazioni e possibilità di scelta, pur riconoscendo che alcune procedure rimangono oggettivamente e inevitabilmente più difficili da affrontare senza un adeguato supporto.

6. Tra mandato professionale e mandato istituzionale: il ruolo della discrezionalità

In undici interviste emerge esplicitamente una tensione tra valutazione professionale, codice deontologico e vincoli istituzionali. Il mandato professionale si fonda sui valori e sui principi che orientano la professione, tra cui la centralità, la dignità e i diritti della persona, mentre quello istituzionale definisce competenze, requisiti, risorse e limiti entro i quali il professionista è chiamato a operare. Le due dimensioni non sono necessariamente contrapposte, ma possono entrare in conflitto quando norme restrittive e criteri di accesso particolarmente selettivi producono effetti escludenti, limitando di fatto l'universalità dell'accesso ai servizi.

Questa tensione appare particolarmente evidente nel racconto di un'assistente sociale operante in ambito sociosanitario, che richiama le recenti trasformazioni delle politiche migratorie, sempre più orientate verso logiche securitarie e di controllo, soffermandosi ad esempio sull'entrata in applicazione, nel giugno 2026, del Patto europeo sulla migrazione e l'asilo. La velocizzazione delle procedure di riconoscimento o diniego della protezione internazionale e il loro svolgimento direttamente alle frontiere e nei luoghi di sbarco richiederebbero, infatti, risorse, personale e una mediazione linguistico-culturale adeguata a evitare che la rapidità procedurale imposta dalla normativa comprometta un'adeguata valutazione delle vulnerabilità e l'effettivo esercizio delle garanzie di tutela previste:

«Mi preoccupa, in particolare, l'idea di dover valutare in tempi estremamente brevi la vulnerabilità, lo stato di salute e la situazione complessiva di una persona appena arrivata. Non è possibile stabilire in pochi minuti se qualcuno sia vulnerabile, abbia subito violenze o presenti una patologia, soprattutto senza una mediazione linguistica e culturale adeguata. Inoltre, le persone dovrebbero poter comprendere ciò che viene loro comunicato e avere la possibilità concreta di presentare ricorso».

Una norma, in assenza delle condizioni necessarie alla sua applicazione, può dunque prevedere garanzie che rimangono difficilmente esercitabili. Questa distanza tra il riconoscimento formale dei diritti e quanto può essere concretamente garantito investe direttamente il ruolo professionale:

«Quando vengono approvate norme che limitano progressivamente l'accesso ai diritti, la domanda che mi pongo è: quale può essere ancora il ruolo del servizio sociale? Il nostro

mandato professionale richiama l'universalità dell'accesso ai servizi, la tutela dei diritti e la dignità delle persone. Tuttavia, ci troviamo inseriti in un sistema istituzionale che restringe l'accesso e impone procedure sempre più selettive».

Le interviste fanno emergere ulteriori contraddizioni sistemiche che entrano in conflitto con il mandato professionale. Il reddito derivante da un primo inserimento lavorativo può, ad esempio, determinare l'uscita dal CAS proprio quando il percorso verso l'autonomia dovrebbe consolidarsi: *«Superata anche di poco una determinata soglia di reddito annuo, la persona perde il diritto a rimanere nel CAS, perché viene ritenuta economicamente autonoma. [...] Personalmente ritengo che questa valutazione sia poco realistica, perché con quella cifra è difficile raggiungere una reale autonomia, soprattutto considerando l'attuale costo della vita».*

La stessa contraddizione interessa le madri sole accolte nei SAI, alle quali viene richiesto di raggiungere un'autonomia economica senza che siano sempre disponibili strumenti capaci di conciliare il lavoro con la cura dei figli: *«Molte madri sole con bambini piccoli avevano enormi difficoltà a inserirsi nel mercato del lavoro. [...] Il progetto SAI non prevede risorse per sostenere, ad esempio, il costo di una babysitter. Così queste donne si trovavano in una situazione paradossale: avrebbero voluto lavorare, ma non avevano le condizioni concrete per poterlo fare».*

Ulteriori difficoltà riguardano l'inserimento scolastico dei minori stranieri non accompagnati: *«I ragazzi possono arrivare quando l'anno scolastico è già iniziato da tempo e le classi sono complete. [...] Può quindi accadere che rimangano per mesi senza frequentare alcun corso strutturato e, nel frattempo, raggiungano la maggiore età».* Ciò può rendere più difficile la prosecuzione del percorso amministrativo, poiché la frequenza scolastica e la conoscenza della lingua concorrono a documentare il percorso di integrazione valutato ai fini del parere previsto dall'articolo 32 del Testo unico sull'immigrazione.

Il tratto comune non risiede nella singola norma o procedura, ma nella distanza tra gli obiettivi dichiarati degli interventi e gli effetti prodotti dall'intreccio tra criteri di accesso stringenti, tempi ridotti, carenza di risorse e frammentazione delle responsabilità all'interno dei servizi.

Di fronte a tali contraddizioni, la discrezionalità professionale può assumere una funzione compensativa. Come osserva un'assistente sociale, *«il nostro intervento è sempre in equilibrio tra mandati diversi e, soprattutto in ambiti come quello della migrazione, è fondamentale sapersi muovere nelle cosiddette zone d'ombra».* La nozione di *street-level bureaucracy* aiuta a interpretare questo fenomeno: gli operatori che attuano le politiche a diretto contatto con i cittadini lavorano in condizioni di risorse limitate e dispongono inevitabilmente di margini interpretativi (Lipsky, 1980). Nelle interviste questi margini si traducono nel contattare personalmente un referente, insistere per un accesso, adattare o ricercare una nuova procedura per arginare vincoli amministrativi stringenti o attivare reti non formalmente previste.

Un esempio proviene dall'area delle dipendenze, dove un'assistente sociale afferma: *«Negli anni mi sono inventata diversi espedienti, sempre nel rispetto della legge»*. Tra questi, l'operatrice ha individuato nella possibilità per alcuni detenuti con pena definitiva inferiore a tre anni di richiedere la residenza presso l'istituto penitenziario uno strumento per superare gli ostacoli amministrativi all'ingresso in comunità terapeutica. Per alcuni giovani stranieri cresciuti in Italia, l'iscrizione anagrafica ha infatti permesso al SerD di sostenere economicamente il progetto e ha agevolato l'accoglienza da parte della struttura.

Queste azioni possono esprimere responsabilità e capacità di *advocacy*, ma rivelano anche quanto l'efficacia degli interventi spesso dipenda prevalentemente dall'iniziativa del singolo nel compensare le carenze del sistema. In situazioni eccezionali, tale responsabilità può spingersi fino a oltrepassare i confini ordinari del ruolo professionale, come mostra l'esperienza di un'altra assistente sociale:

«Mi è capitato, durante il periodo del Covid, di accogliere temporaneamente a casa mia una ragazza minorenne, in stato di gravidanza e non accompagnata, perché in quel momento non esistevano alternative immediate. È evidente che questa non rappresenta una risposta di sistema e non dovrebbe mai diventare la normalità, ma in quella circostanza non era possibile lasciare la ragazza priva di tutela».

Più che una pratica replicabile, l'episodio rappresenta un caso estremo, indicativo delle responsabilità che l'assenza di risposte istituzionali può trasferire sul singolo operatore.

Se l'esercizio di un diritto dipende dall'incontro con l'operatore più informato, dotato della rete più ampia o disposto ad assumersi maggiori responsabilità, persone con bisogni analoghi rischiano di ricevere risposte diseguali. Anche le soluzioni efficaci, se rimangono informali, improvvisate e circoscritte al singolo caso, non contribuiscono alla costruzione di una conoscenza condivisa; tradurle in indicazioni operative codificate, occasioni di confronto e proposte organizzative permetterebbe invece di renderle maggiormente accessibili e di non affidare l'equità al caso.

Il passaggio dalla soluzione individuale al cambiamento organizzativo richiama la funzione politica dell'assistente sociale. "Politico" non significa partitico, ma indica la capacità di ricondurre le difficoltà osservate nei singoli percorsi ai meccanismi che le producono, rappresentare bisogni scarsamente ascoltati e contribuire alla revisione di pratiche e politiche.

Come afferma una professionista:

«Conoscere la normativa significa anche poter intervenire all'interno dell'organizzazione, correggere interpretazioni errate e contrastare pratiche discriminatorie. In questo senso il servizio sociale ha una responsabilità precisa. Dobbiamo lavorare anche sulle discriminazioni istituzionali e contribuire a rendere i servizi realmente accessibili. È una dimensione profondamente politica del nostro lavoro.»

In questa prospettiva, l'advocacy non costituisce un'aggiunta facoltativa al lavoro sul caso, ma consente di documentare gli effetti escludenti delle procedure, portarli nei luoghi decisionali e ricondurre a una dimensione collettiva problemi che, se affrontati soltanto individualmente, rischiano di apparire eccezioni. Il Codice deontologico, riconoscendo la responsabilità di agire con e per conto della persona e delle comunità, offre un riferimento per connettere intervento individuale, promozione dei diritti e cambiamento istituzionale (CNOAS, 2020).

7. Quando l'emergenza consuma la prevenzione

In tredici interviste compaiono riferimenti espliciti a carenze di personale, tempo insufficiente, risorse ridotte e prevalenza di una logica di intervento di tipo emergenziale. Un servizio per l'inclusione economica riferisce un carico vicino a settecento nuclei a fronte di un riferimento teorico di poco superiore a sessanta; un CAS opera con quasi novanta ospiti; in ospedale il tempo per la valutazione sociale è compresso dalla necessità di gestire dimissioni e disponibilità dei posti. Una professionista della giustizia minorile racconta:

«A volte mi capita di vedere un ragazzo una sola volta prima di dover predisporre una relazione. Questo, inevitabilmente, limita la possibilità di conoscere realmente la situazione e di costruire un intervento più approfondito».

Gli assistenti sociali descrivono il rischio di diventare *controllori dei requisiti, smistatori, burocrati o gatekeeper*, anziché professionisti impegnati a promuovere diritti e autonomia. Una coordinatrice sanitaria sintetizza questo slittamento dicendo di sentirsi talvolta quasi una «buttafuori» e aggiunge: *«l'organizzazione richiede numeri e rapidità, mentre la comprensione della storia e la costruzione della relazione di fiducia richiedono tempo. Quando la quantità prevale sulla qualità, il servizio è spinto a selezionare rapidamente chi può entrare, chi deve essere inviato altrove e quali aspetti della domanda non verranno approfonditi».*

La scarsità di risorse costringe inoltre a distribuire selettivamente il tempo disponibile tra le diverse richieste, come osserva un'altra assistente sociale:

«Sono stata per molto tempo l'unica assistente sociale del servizio. Quando ci si trova da soli, è inevitabile dover stabilire continuamente le priorità, capire dove sia possibile dedicare più tempo e dove, invece, non lo sia. Le ore di lavoro sono quelle disponibili, mentre le richieste sono decisamente superiori alle nostre capacità di risposta».

Una difficoltà analoga emerge nell'esperienza di un'assistente sociale dell'ASL di Latina, che sottolinea come l'ampiezza del bacino territoriale e la presenza di un'unica professionista rendano necessario selezionare le situazioni che richiedono una presa in carico più strutturata e continuativa. In queste condizioni il *case management* viene riservato soprattutto ai casi più fragili e complessi, nei quali aumenta il rischio che la persona si perda nei passaggi tra un

servizio e l'altro; proprio per rendere maggiormente sostenibile questo tipo di accompagnamento, la professionista riferisce di aver richiesto l'inserimento di un'ulteriore assistente sociale nella struttura.

«È chiaro che non puoi seguire mille persone contemporaneamente in case management. Devi riuscire a distinguere chi, dopo un primo orientamento, è in grado di muoversi autonomamente e chi invece ha bisogno di un accompagnamento più intenso. Le situazioni più fragili, quelle che presentano maggiori criticità o che rischiano di perdersi nei passaggi tra un servizio e l'altro, vengono seguite più da vicino. [...] È proprio per questo che da tempo chiedo che venga inserita un'altra assistente sociale nel servizio. Io sono l'unica assistente sociale della struttura e il bacino territoriale è molto ampio».

La questione delle risorse si intreccia, nel suo racconto, con il permanere di una lettura emergenziale della migrazione:

«Il problema è che la popolazione migrante continua ancora ad essere trattata come un ambito emergenziale. In realtà la migrazione è ormai un fenomeno strutturale. Se spostassimo il punto di vista e riconoscessimo che non si tratta di un'emergenza, ma di una componente stabile della società, allora anche i servizi dovrebbero essere organizzati di conseguenza».

La prevalenza dell'emergenza non rende soltanto il lavoro più faticoso, ma modifica la funzione stessa del servizio. Una logica tamponatoria concentra infatti la presa in carico su scadenze, adempimenti e crisi già manifeste, riducendo il tempo necessario per comprendere e valutare adeguatamente le situazioni e verificare la continuità delle soluzioni adottate. A questa impostazione riparativa si contrappone una logica preventiva, promozionale e generativa, orientata a intercettare precocemente i bisogni, monitorare i percorsi, conoscere il territorio e lavorare con le comunità prima che le difficoltà si trasformino in emergenze.

In tale prospettiva, i servizi di prossimità assumono particolare rilievo perché permettono di raggiungere, nei loro contesti di vita, persone che altrimenti rimarrebbero escluse o non intercettate dalla rete dei servizi. Gli interventi di outreach, le unità di strada, i camper sociosanitari e le iniziative informative e di sensibilizzazione sul territorio consentono infatti di far emergere bisogni che il solo accesso allo sportello difficilmente riuscirebbe a rilevare.

Nel progetto ASL in Camper, ad esempio, unità mobili ed équipe multidisciplinari offrono sul territorio attività di prevenzione, informazione e orientamento sociosanitario secondo una logica che rovescia il tradizionale rapporto tra servizio e utenza: *«Non aspettiamo che siano loro ad arrivare ai servizi, ma siamo noi ad andare incontro ai loro bisogni».* Una modalità analoga di intervento è stata sperimentata anche dalla ASL di Latina durante la campagna vaccinale contro il Covid-19, consentendo di raggiungere persone che difficilmente avrebbero avuto accesso spontaneamente ai servizi:

«Questo ci ha permesso di raggiungere persone completamente irregolari che altrimenti difficilmente sarebbero arrivate ai servizi. Durante la campagna vaccinale, ad esempio, sono

andata direttamente sul territorio insieme alle équipes sanitarie per vaccinare persone prive di documentazione regolare, rilasciando contestualmente il codice STP».

La funzione di aggancio svolta dalla prossimità emerge anche nell'esperienza della Sala Operativa Sociale, dove *«il primo contatto avviene molto spesso proprio attraverso le unità di strada»*: una presenza continuativa sul territorio che permette non solo di intercettare situazioni di marginalità, ma anche di riattivare il collegamento con i servizi quando un percorso si interrompe

8. Il tempo dell'integrazione non è uguale per tutti

In dieci interviste, il progetto migratorio e le ragioni della migrazione emergono come elementi capaci di incidere sul rapporto con i servizi e sui percorsi di integrazione. Non tutte le persone hanno scelto l'Italia come destinazione, hanno potuto pianificare il viaggio o attribuiscono alla permanenza lo stesso significato: chi fugge da persecuzioni e conflitti, chi è sopravvissuto a violenze e detenzione lungo la rotta, chi arriva attraverso un ricongiungimento familiare e chi viene inviato dalla famiglia con l'aspettativa di lavorare immediatamente incontra motivazioni e vincoli differenti.

Una frase raccolta in consultorio sintetizza efficacemente questa distanza: *«Sentirsi finalmente al sicuro è una motivazione sufficiente per salvarsi la vita, ma non sempre è sufficiente per costruire una nuova vita»*. La protezione da un pericolo e l'investimento in un nuovo contesto non sono infatti processi coincidenti: la sicurezza costituisce una condizione necessaria, ma l'apprendimento della lingua, la costruzione di relazioni e l'avvio di percorsi formativi e lavorativi richiedono tempo, stabilità e la possibilità di immaginare il proprio futuro nel luogo di arrivo.

L'uscita da una condizione di pericolo, inoltre, non determina necessariamente un benessere immediato. Come osserva la stessa intervistata, *«uscendo finalmente dalla modalità di sopravvivenza nella quale hanno vissuto per lungo tempo, iniziano ad affiorare sofferenze e vissuti che fino a quel momento erano rimasti sospesi»*. Uscire da questa modalità significa anche recuperare gradualmente la possibilità di progettare e scegliere oltre le necessità immediate. Una dinamica analoga emerge in un'altra intervista, nella quale si osservano *«poca capacità di introspezione e di riconoscere i propri desideri, le proprie aspirazioni e le proprie emozioni»* nelle persone cresciute in condizioni di grave deprivazione. Il lavoro sociale può allora contribuire a creare le condizioni affinché le scelte non siano determinate soltanto dall'urgenza materiale ma possano includere desideri e possibilità di realizzazione personale.

La partecipazione a un progetto non può quindi essere letta soltanto in termini di presenza o assenza di motivazione individuale. Chi considera l'Italia una tappa, deve inviare rapidamente denaro alla famiglia o non ha scelto personalmente il ricongiungimento può attribuire alla lingua, al lavoro e alla formazione significati diversi da quelli previsti dal servizio. Nel caso

delle donne ricongiunte, un'intervistata invita a domandarsi *«quanto la scelta di venire in questo Paese appartenga realmente alla donna»*, poiché il grado di investimento nel percorso cambia quando la persona riesce a riconoscervi un proprio progetto di autonomia. L'integrazione non costituisce dunque un adattamento unilaterale, ma dipende dalla possibilità di negoziare obiettivi comprensibili e almeno parzialmente condivisi.

La condizione delle persone ricondotte in Italia in applicazione del Regolamento Dublino rende ancora più evidente il peso delle interruzioni istituzionali. Un assistente sociale racconta che *«può accadere [...] che una famiglia [...] abbia costruito la propria vita in Germania, lavorando e formando un nucleo familiare con figli. Dopo diversi anni [...] viene ricondotta in Italia, trovandosi improvvisamente priva di qualsiasi rete sociale, abitativa e lavorativa»*. L'Italia non rappresenta quindi soltanto una destinazione poco desiderata, ma il luogo nel quale un percorso già costruito altrove viene interrotto e deve essere ricominciato.

Per i minori stranieri non accompagnati questi vincoli si intrecciano con il poco tempo disponibile prima della maggiore età e con le disuguaglianze dell'offerta territoriale. Un'intervistata osserva che *«le opportunità offerte ai ragazzi possono cambiare in base al luogo in cui vengono inseriti»* e riguardano la disponibilità di scuole, corsi di lingua, attività di formazione e personale qualificato. Nei territori dell'Abruzzo e del Molise, ad esempio, *«molte strutture si trovano in zone isolate o comunque lontane dai principali centri urbani»*, con una disponibilità ridotta di opportunità formative e di socializzazione; anche i CPIA risultano *«spesso sovraffollati»*, mentre l'arrivo ad anno scolastico già iniziato può lasciare un ragazzo per mesi senza un corso strutturato.

9. Il ruolo delle reti di connazionali

Le reti di connazionali e la circolazione di informazioni al loro interno per mezzo del passaparola emergono in diciotto interviste come risorse capaci di far conoscere i servizi, offrire accompagnamento e sostegno emotivo, facilitare la comunicazione e aiutare nella ricerca di un lavoro o di un'abitazione. Sayad richiama, a questo proposito, il ruolo delle "reti interne di solidarietà", che mantengono e rielaborano i rapporti tra le comunità di origine e quelle insediate nel Paese di immigrazione e possono costituire la base per forme associative e di mediazione con le istituzioni (Sayad, 2002). Per chi arriva in un Paese diverso per lingua, cultura e funzionamento dei servizi, rivolgersi ai propri connazionali può quindi rappresentare una scelta comprensibile e rassicurante e, in alcune situazioni, il primo canale attraverso il quale ricevere informazioni e avvicinarsi alle istituzioni.

Un episodio riferito da un'assistente sociale del consultorio mostra concretamente questa funzione di collegamento: una donna era arrivata al servizio attraverso un'amica della quale si fidava, che le aveva spiegato che avrebbe potuto accedere liberamente, senza esibire il permesso di soggiorno, parlare subito con qualcuno oppure fissare un appuntamento con la

mediatrice interculturale. Come osserva la professionista, *«senza quel ponte probabilmente non sarebbe mai entrata nel servizio»*.

Il passaparola presenta tuttavia un carattere ambivalente, poiché, come rileva la stessa intervistata, *«la voce di un connazionale può risultare molto più autorevole e credibile della nostra»*, ma le informazioni trasmesse non sempre tengono conto delle differenze tra le singole situazioni. Una persona può quindi presentarsi aspettandosi una prestazione ottenuta da un connazionale le cui condizioni erano soltanto apparentemente simili; il primo colloquio richiede allora di ricostruire il contesto e ridefinire la domanda, senza svalutare la relazione di fiducia che ha reso possibile l'accesso.

Questa ambivalenza emerge con particolare evidenza nella ricerca di un'occupazione. Le persone migranti non sono soggetti passivi, ma attivano strategie autonome per cercare lavoro, sostenute dalle relazioni familiari e di connazionalità che le collegano a chi è già insediato nel Paese di destinazione. Le reti favoriscono così la circolazione delle informazioni sulle opportunità occupazionali e l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, compresi i segmenti informali e sommersi del mercato; questa funzione assume particolare rilievo per chi non può accedere ai canali istituzionali di collocamento, soprattutto in condizioni di irregolarità. Un'operatrice di un CAS racconta che, soprattutto nella fase iniziale del percorso, è frequente sentirsi dire *«un mio amico conosce una persona che può farti lavorare»*, ed è così che per molti cominciano percorsi problematici; un'altra intervistata descrive persone impiegate *«dalle otto del mattino alle dieci di sera per quaranta euro»* e osserva che, quando vengono spiegati i diritti connessi a un rapporto di lavoro regolare, alcune realizzano l'insostenibilità di quelle condizioni e iniziano a cercare alternative.

Il ricorso ai circuiti informali non dipende però soltanto dalla forza dei legami tra connazionali, ma anche dalla difficoltà di orientarsi nei canali istituzionali ordinari. Quando le procedure sono complesse, le informazioni poco accessibili e i tempi amministrativi incompatibili con l'urgenza del bisogno, alcuni connazionali presenti da più tempo sul territorio possono assumere una funzione di intermediazione tra persone migranti e istituzioni. Questi *welfare brokers* (Voivozeanu e Lafleur, 2023) possono facilitare l'accesso alle prestazioni per finalità solidaristiche oppure richiedere un compenso economico, creando in questo secondo caso nuove relazioni di dipendenza.

Un assistente sociale richiama, ad esempio, la formazione di un mercato informale di documenti utilizzati per attestare la disponibilità di un alloggio nell'ambito delle procedure amministrative connesse al soggiorno e alla residenza: *«Molto spesso questi documenti vengono letteralmente venduti. Si producono contratti di affitto o di subaffitto fittizi per consentire alle persone di completare l'iter amministrativo»*. La rete può così trasformarsi da forma di capitale sociale in un meccanismo di intermediazione che trae profitto dagli ostacoli insiti nel sistema.

La stessa tensione emerge nei percorsi successivi alla detenzione, quando, in assenza di soluzioni abitative e di una continuità assistenziale, le reti di connazionali rappresentano

spesso l'unico riferimento immediatamente disponibile. Un'assistente sociale riferisce che, al momento della scarcerazione, molte persone *«sanno già dove andare»* e raggiungono i propri connazionali nei pressi della stazione Tiburtina o in altri luoghi nei quali si sono consolidate reti informali di sostegno, che possono offrire accoglienza ma anche favorire *«il ritorno negli stessi circuiti di marginalità e illegalità dai quali la persona stava cercando di uscire»*.

Anche per alcuni minori stranieri non accompagnati le reti informali possono fornire risposte rapide alle necessità economiche, ai debiti contratti per il viaggio e alle pressioni familiari, esponendoli però al rischio di essere coinvolti in contesti devianti. Come osserva una professionista della giustizia minorile, *«il problema nasce quando questa rete favorisce anche il coinvolgimento in contesti devianti [...] oppure quando impedisce di sviluppare relazioni e opportunità al di fuori della propria comunità di appartenenza»*.

Proprio perché non tutte le reti sono uguali, occorre comprenderne le caratteristiche a partire dalle relazioni e dalle risorse effettivamente disponibili al loro interno, valutando di volta in volta se rappresentino un fattore di protezione o di rischio. Un'intervistata ricorda, ad esempio, un ragazzo con disabilità cognitiva che intendeva rifiutare il prosieguo amministrativo per trasferirsi da un cugino; coinvolgendo la struttura educativa e contattando direttamente il familiare, era emerso che quest'ultimo non disponeva di un lavoro stabile e non avrebbe potuto occuparsi di lui. La rete individuata dal ragazzo non offriva dunque la protezione che egli le attribuiva e l'approfondimento ha permesso alla tutrice e al giudice di assumere una decisione fondata su un quadro più realistico.

Il compito dei servizi non consiste quindi nell'indebolire legami che possono offrire appartenenza, fiducia e sostegno, ma nell'evitare che essi rimangano l'unico riferimento disponibile. Rispetto a una situazione di lavoro irregolare e sottopagato, un'assistente sociale chiarisce: *«Io posso informare, spiegare i rischi, mostrare altre possibilità e provare a creare le condizioni perché la persona possa scegliere diversamente. Poi però la scelta resta sua»*. Informare non significa dunque imporre una decisione, ma rendere riconoscibili alternative che la persona potrà valutare nel rispetto delle proprie necessità e dei propri tempi. Far conoscere, ad esempio, il Centro per l'impiego o gli strumenti di tutela dal lavoro irregolare può non modificare immediatamente le scelte di chi deve rispondere a esigenze economiche urgenti, ma lasciare una risorsa utilizzabile in futuro: *«Magari userà quello strumento cinque anni dopo, ma intanto lo conosce»*.

10. Ripensare la formazione professionale

La formazione sui temi connessi alle migrazioni, emerge dalle interviste come una responsabilità condivisa tra università, ordine professionale e servizi. Essa non può dipendere soltanto dall'iniziativa del singolo, che decide di approfondire il tema per interesse personale o perché opera in un settore specifico: la presenza di persone migranti è trasversale all'intero sistema dei servizi e richiede, pertanto, una preparazione di base diffusa. Concentrare le competenze in pochi contesti specialistici rischia di lasciare scoperti altri punti della rete, nei quali possono prodursi incomprensioni, orientamenti inadeguati o interruzioni nell'accesso.

Dalle interviste questa esigenza emerge con particolare evidenza in ambito sanitario, dove la preparazione sugli aspetti sociali e interculturali può assumere un ruolo secondario al punto che diversi professionisti riferiscono di essersi confrontati con atteggiamenti discriminatori da parte del personale. Come racconta un'assistente sociale:

«Abbiamo accompagnato a una visita neurologica una ragazza affetta da anemia falciforme, perché questa patologia può causare piccole ischemie ed era necessario effettuare uno screening iniziale per comprendere la sua situazione. Durante la visita, il medico mi ha chiesto come mai fosse affetta da anemia falciforme. Gli ho spiegato che si tratta di una malattia genetica e lui ha risposto facendo riferimento a presunti rapporti incestuosi all'interno della famiglia. È un episodio che fa comprendere il livello di pregiudizio che può emergere».

Accanto al lavoro sui pregiudizi, la formazione deve rafforzare la conoscenza delle norme e delle procedure che regolano l'accesso. L'assistente sociale dell'ASL di Rieti richiama, a questo proposito, gli obiettivi individuati dalla Direzione regionale per verificare l'applicazione delle disposizioni sull'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri, precisando che «il primo obiettivo è formare gli operatori amministrativi e sociosanitari delle ASL sulle indicazioni e sulle procedure per la tutela sanitaria dei cittadini stranieri comunitari e dei richiedenti protezione internazionale». In questa prospettiva si colloca anche la formazione destinata agli operatori del Centro Unico di Prenotazione (CUP), sulla quale la professionista riferisce:

«Gli operatori del CUP sono gestiti da una società esterna, attraverso una gara per il Centro Unico di Prenotazione. Quindi, proprio perché non sono direttamente dipendenti delle aziende sanitarie, si è lavorato affinché all'interno del capitolato della gara regionale venisse inserita anche una formazione specifica sull'accesso dei cittadini stranieri al Servizio sanitario regionale».

Oltre agli interventi regionali, la professionista ricorda che anche le aziende e i direttori delle Unità Operative possono promuovere iniziative formative a partire dai bisogni dei servizi. Un esempio è l'evento «Orientare i cittadini stranieri nell'accesso al SSN/SSR», organizzato

presso l'ASL di Rieti il 4 giugno 2026, con il patrocinio e la docenza di esperti dell'INMP e del GrIS Lazio.

L'esigenza di una formazione capace di contrastare pregiudizi e discriminazioni attraversa, tuttavia, anche altri ambiti professionali. Un altro intervistato riferisce di aver incontrato atteggiamenti discriminatori nelle forze dell'ordine e, talvolta, tra gli stessi operatori sociali:

«Il pregiudizio è un elemento che appartiene, in misura diversa, a ciascuno di noi. La formazione contribuisce a renderlo più consapevole e fornisce strumenti per riconoscerlo e superarlo, ma da sola non è sufficiente. Per questo ritengo necessario promuovere una più ampia cultura dell'accoglienza e della multiculturalità».

Non è quindi sufficiente formare il singolo assistente sociale: occorre coinvolgere tutte le componenti dell'équipe multidisciplinare e fare in modo che l'attenzione alle differenze culturali e alle discriminazioni trovi riscontro anche nelle modalità con cui i servizi accolgono, valutano e accompagnano le persone.

L'efficacia della formazione dipende però anche dal significato che i professionisti le attribuiscono. Come osserva una delle persone intervistate:

«Il problema, secondo me, è anche l'atteggiamento con cui molti professionisti si avvicinano alla formazione. Spesso viene vissuta come un obbligo necessario per ottenere i crediti, più che come un reale strumento di crescita».

Anche le modalità di svolgimento della formazione incidono sulle opportunità di scambio tra professionisti. Un'altra assistente sociale, soffermandosi sulla diffusione delle iniziative online, sottolinea:

«Dal Covid la maggior parte della formazione si svolge online e questo ha ridotto molto le possibilità di confronto. Non basta ascoltare una lezione: servirebbero gruppi nei quali riflettere su ciò che accade concretamente nel lavoro quotidiano».

Una professionista propone, in questa prospettiva, di ricostruire l'offerta formativa dedicata alle migrazioni negli ultimi anni, rilevando la frequenza delle iniziative, i temi affrontati, le modalità adottate e la partecipazione registrata. Questi dati consentirebbero di comprendere quanto spazio sia stato effettivamente riservato alla materia, quali questioni siano rimaste meno approfondite e come orientare le proposte successive a partire dalle difficoltà segnalate nei servizi. Ai convegni potrebbero così affiancarsi gruppi di confronto continuativi, nei quali discutere situazioni concrete e mettere in comune gli strumenti elaborati nella pratica.

La diffusione di una preparazione comune non esclude tuttavia lo sviluppo di competenze specialistiche. Una professionista riconosce all'Ordine la possibilità di «garantire una base comune e promuovere occasioni di aggiornamento», ma osserva che «affrontare in

profondità alcune tematiche richiede percorsi molto più specifici» e ritiene quindi opportuno parlare di specializzazione.

Le competenze acquisite nei diversi settori rappresentano però una risorsa quando vengono messe in relazione. La stessa professionista ricorda infatti che, anche quando si è specializzati nell'ambito delle migrazioni, la persona presa in carico *«può presentare contemporaneamente bisogni sanitari, familiari, abitativi o legati alla disabilità».*

La specializzazione deve quindi consentire di approfondire determinati ambiti senza perdere di vista la persona nella sua integrità, favorendo risposte coordinate ed evitando che ogni bisogno venga ricondotto separatamente a una categoria o a un servizio.

La riflessione si estende così alla formazione universitaria, chiamata a preparare professionisti destinati a operare in contesti molto diversi: nessun percorso accademico può offrire una specializzazione esaustiva in ogni settore, ma può fornire basi teoriche e metodologiche trasversali, insieme a insegnamenti opzionali, laboratori e tirocini che permettano di approfondire specifici ambiti. Secondo un'intervistata, tuttavia, l'offerta universitaria non ha ancora accompagnato pienamente le trasformazioni della professione:

«Permane ancora una concezione piuttosto tradizionale della professione. Fino a molti anni fa l'assistente sociale lavorava poco nell'ambito dell'immigrazione, della libera professione e dell'emergenza sociale, mentre oggi questi contesti fanno parte della nostra quotidianità professionale. La professione si è evoluta molto più rapidamente della formazione universitaria».

In questo quadro, il tirocinio permette di mettere in relazione le conoscenze apprese con il funzionamento concreto dei servizi, mentre particolare rilievo viene attribuito alle discipline antropologiche:

«Gli esami di antropologia che ho sostenuto all'università sono stati fondamentali per il lavoro che svolgo. Se non li avessi fatti, mi sarei trovata completamente spaesata».

Il loro contributo consiste nel promuovere una prospettiva transculturale e nel rendere riconoscibile il carattere culturalmente situato delle categorie utilizzate per interpretare l'esperienza dell'altro. Come sottolinea un'altra intervistata, *«devi essere disposto a mettere in discussione il tuo modo abituale di leggere la realtà»*: la formazione può offrire strumenti utili, ma il loro impiego richiede una disponibilità effettiva a rivedere il proprio punto di vista.

Il CROAS può assumere una funzione di raccordo tra questi diversi livelli, raccogliendo i bisogni formativi espressi dai territori, promuovendo gruppi di confronto e favorendo la diffusione delle conoscenze maturate nei servizi. Le criticità incontrate e le strategie sperimentate possono così essere discusse all'interno della comunità professionale e diventare

una risorsa condivisa, sulla quale costruire iniziative formative aderenti all'evoluzione della pratica.

13. Conclusioni

I risultati dell'indagine mostrano anzitutto la necessità di considerare l'accesso come un processo, non circoscrivibile al contatto iniziale con un servizio o all'erogazione formale di una prestazione. La persona, pur avendo avviato il percorso, può non riuscire a rappresentare adeguatamente il proprio bisogno, possedere informazioni incomplete o inesatte maturate perlopiù attraverso canali informali; può inoltre essere indirizzata verso un altro ufficio senza riuscire a raggiungerlo, oppure ottenere una risposta che non garantisce continuità al percorso. L'esigibilità dei diritti si costruisce pertanto attraverso un processo spesso non lineare, che comprende l'accessibilità delle informazioni, la possibilità di comprendere ed essere compresi anche attraverso la mediazione linguistico-culturale, la collaborazione e definizione delle responsabilità tra servizi, nonché il monitoraggio degli esiti successivi all'invio.

Le barriere osservate non possono essere considerate caratteristiche intrinseche della persona migrante, ma devono essere ricondotte all'interazione tra condizioni individuali, risorse disponibili e assetti istituzionali. La differenza linguistica produce esclusione quando non sono disponibili portali e informazioni multilingui; la digitalizzazione diviene selettiva quando presuppone la disponibilità di dispositivi, il possesso di competenze digitali e la familiarità con procedure complesse; le differenze culturali possono ostacolare la relazione quando manca il mediatore e il professionista non riesce a relativizzare le proprie categorie interpretative. Analogamente, le reti informali possono trasformarsi da risorsa in fattore di rischio quando sono chiamate a compensare stabilmente la scarsa accessibilità dell'informazione pubblica. L'analisi invita quindi a superare una lettura centrata sulla presunta incapacità individuale di accedere, che alimenta una rappresentazione deficitaria della persona, per rivolgere l'attenzione alle condizioni attraverso le quali i servizi rendono concretamente possibile oppure ostacolano l'accesso.

Tra queste condizioni assumono particolare rilievo gli assetti organizzativi, poiché operare secondo una logica prevalentemente emergenziale e riparativa, con carichi elevati e tempi ridotti, limita la possibilità di approfondire le domande, confrontare prospettive differenti e mantenere un atteggiamento riflessivo. In tale contesto aumenta il rischio di cadere nel culturalismo, sovraccaricando di significati culturali bisogni che, soprattutto nella prima accoglienza, sono spesso riconducibili a fattori quali la deprivazione materiale o l'incertezza relativa alla condizione giuridica. Il rafforzamento degli organici, la supervisione, la formazione multidisciplinare e i gruppi di pratica non rispondono dunque soltanto a

un'esigenza di tutela dei professionisti, ma costituiscono condizioni necessarie per migliorare la qualità dei servizi e ridurre le disuguaglianze nell'accesso.

Per compensare i limiti organizzativi e procedurali e far fronte alla distanza che può determinarsi tra mandato istituzionale e mandato professionale, gli assistenti sociali ricorrono frequentemente a forme di discrezionalità operativa, costruendo raccordi, attivando contatti e individuando soluzioni non contemplate dalle procedure ordinarie. Tali adattamenti consentono di rispondere nell'immediato alla specificità della situazione, ma assumono spesso un carattere contingente e scarsamente formalizzato. Quando diventano il principale strumento attraverso cui fronteggiare la frammentazione delle competenze, la rigidità delle procedure e la carenza di risorse, la possibilità di esercitare un diritto finisce per dipendere dall'iniziativa, dall'esperienza e dalla rete di relazioni professionali del singolo operatore. Le strategie elaborate rimangono così implicite e circoscritte alla pratica individuale, anziché essere documentate, condivise e incorporate nel patrimonio operativo del servizio.

Accanto a queste criticità, le interviste restituiscono tuttavia anche esperienze nelle quali la capacità degli operatori di riconoscere bisogni e proporre interventi trova riscontro nelle scelte organizzative dei servizi. Nell'ASL di Rieti, il progetto di odontoiatria solidale rivolto alle persone accolte nei SAI prevede una prima visita gratuita e la predisposizione di un piano di cura, attraverso il raccordo tra strutture di accoglienza, Distretto e medici di medicina generale e la disponibilità di ore dedicate da parte di un odontoiatra. Nell'ASL di Latina, la professionista intervistata riferisce l'istituzione di una commissione specificamente dedicata alle vittime di tortura, mutilazioni genitali femminili e altre forme di violenza, oltre alla costruzione di un protocollo con la Prefettura che valorizza lo screening sanitario come occasione di emersione delle vulnerabilità.

Altre esperienze riguardano la capacità dei servizi di avvicinarsi alle persone e adattare le modalità di accoglienza ai bisogni del territorio. Il progetto ASL in Camper dell'ASL Roma 1 porta attività sanitarie e di orientamento sociale nei luoghi di vita, mentre il raccordo con il SaMiFo ha consentito, nell'esperienza consultoriale descritta, di ottenere la presenza programmata di una mediatrice, individuando la lingua sulla base delle famiglie che accedono al servizio. Anche lo sportello sperimentato in passato dal Comune di Itri, collocato negli stessi uffici del servizio sociale e aperto alle persone migranti presenti sul territorio, ha riunito competenze sociali, legali e psicologiche, accompagnando l'offerta con informazioni multilingui e il coinvolgimento della mediazione quando necessario.

Queste esperienze evidenziano come le difficoltà rilevate nella pratica professionale possano orientare la progettazione e l'organizzazione dei servizi: la gratuità delle prestazioni interviene sulle barriere economiche, gli interventi di prossimità favoriscono il contatto con le persone difficilmente raggiunte dai canali ordinari e la presenza di competenze diverse nello stesso servizio può ridurre la frammentazione dei percorsi. Gli assistenti sociali contribuiscono a tali processi attraverso l'individuazione dei bisogni ricorrenti, la proposta di

interventi e la partecipazione alla definizione di accordi e procedure. La conoscenza maturata nella relazione con le persone assume così un rilievo organizzativo, traducendosi in un contributo alla definizione dell'offerta e delle condizioni della sua accessibilità.

La formazione può sostenere questo processo, offrendo occasioni per discutere le soluzioni sperimentate, valutarne i limiti e condividere le competenze necessarie alla loro realizzazione. In questa prospettiva emergono due esigenze complementari: nel medio periodo, riorientare i percorsi universitari verso una maggiore sensibilità interculturale e antidiscriminatoria; nell'immediato, accompagnare i professionisti chiamati ad affrontare situazioni impreviste e bisogni per i quali non dispongono di riferimenti consolidati. Poiché i tempi di revisione dei percorsi accademici sono inevitabilmente più lenti rispetto alla trasformazione dei fenomeni sociali, la formazione continua, la supervisione e il confronto nella comunità professionale assumono una funzione essenziale. A entrambi i livelli occorre mantenere un orientamento pragmatico, verificando quali interventi risultino efficaci, in quali condizioni e mediante quali risorse (Barberis e Boccagni, 2016), senza affidarsi a una codificazione rigida e idealmente esaustiva delle funzioni professionali.

In tale processo si esprime anche la funzione politica del servizio sociale, chiamato ad assumere una prospettiva multiculturale, antioppressiva e antidiscriminatoria. Gli assistenti sociali agiscono come agenti di cambiamento quando, a partire dagli ostacoli rilevati nella singola presa in carico, contribuiscono a modificare le procedure e le scelte organizzative che limitano l'accesso ai diritti. Documentare le criticità ricorrenti, discuterle all'interno della comunità professionale e tradurre le strategie sperimentate in buone pratiche consente di collegare la tutela individuale alla trasformazione istituzionale.

Alla luce di tali evidenze, la domanda «perché la persona non riesce ad accedere?» deve essere affiancata da un interrogativo rivolto al sistema: quali condizioni rendono possibile l'incontro e la continuità tra quella persona e quel servizio? Questa prospettiva evita di attribuire alla persona la responsabilità esclusiva delle difficoltà incontrate e qualifica l'accessibilità come una responsabilità continuativa del welfare, da esercitare attraverso attività di informazione e sensibilizzazione sui diritti esigibili, azioni di prossimità finalizzate a far emergere i bisogni sommersi, interventi di accompagnamento e orientamento nella rete dei servizi e il monitoraggio dei passaggi tra le diverse istituzioni coinvolte.

Riferimenti bibliografici essenziali

Acocella, I., Gargiulo, E. (2021), «Residenza e diritti dei migranti: tra autonomia e controllo», *Autonomie locali e servizi sociali*, 44.

Barberis, E., Boccagni, P. (2017), *Il lavoro sociale con le persone immigrate. Strumenti per la formazione e la pratica interculturale nei servizi*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (2020), *Codice deontologico dell'assistente sociale*, Roma.

Dominelli, L. (2002), *Anti-Oppressive Social Work Theory and Practice*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.

Lipsky, M. (1980), *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York.

Sayad, A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano.

Voivozeanu, A., Lafleur, J.-M. (2023), «Welfare brokers and European Union migrants' access to social protection», *The British Journal of Sociology*, 74(4), pp. 717–732.