



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

Dipartimento di Ricerca e Innovazione Umanistica

DOTTORATO DI RICERCA IN GENDER STUDIES

CICLO 38[^]

Settore Scientifico Disciplinare SPS/08 Sociologia dei processi culturali e comunicativi

*Disabilità e Migrazioni: intersezioni e meccanismi (dis)abilitanti
nell'accesso ai servizi in Italia*

Dottoranda: Dott.ssa Maria Giulia Pascariello

Supervisora: Ch.ma Prof.ssa Anna Fausta Scardigno

Coordinatrice: Ch.ma Prof.ssa Francesca Romana Recchia Luciani

ESAME FINALE 2026

*Finanziato dall'Unione Europea - Next Generation EU, Missione 4 Componente 1 CUP H91I22000790007
Investimento 4.1 D.M. n. 351 del 9 Aprile 2022 – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Progetto: “Gender
Studies e Diversity Management per pubbliche amministrazioni inclusive”.*

Indice

ABSTRACT	5
Introduzione	6
Capitolo 1 – Il campo di ricerca	9
1. Introduzione	9
1.1 Definizioni e posizionamento teorico.....	10
1.2 Invisibilità epistemologica, ontologica e materiale	11
1.3 Impairment e tratte migratorie	13
1.4 Dati e misurazione	17
1.4.1 Dati disponibili	18
1.4.2 Misurazioni e Bias	19
1.5 Quadro normativo	23
1.6 Mainstreaming, povertà e sviluppo.....	25
1.7 Salute, disabilità e determinanti sociali	28
1.8 Accoglienza	29
1.8.1 Procedure di accoglienza	29
1.8.2 Procedure di asilo.....	33
1.8.3 Dati disponibili	36
1.8.4 CPR.....	37
1.9 Servizi e Welfare	38
1.10 Intersezioni	43
1.11 Minori e contesti educativi	47
1.11.1 Inclusione vs integrazione	50
1.11.2 Approcci mono-categoriali e intersezionalità	51
1.12 Conclusione e snodi critici.....	53
Capitolo 2 – Cornice teorica ed epistemologica	55
2. Introduzione	55
2.1 Disabilità e migrazioni: costruzioni sociali	56
2.1.1 Definizioni e modelli della disabilità.....	58
2.2 Le radici dell'impero della normalità	62
2.3 Il Modello Sociale della disabilità	66
2.3.1 Dopo il Modello sociale.....	71

2.4 White Disability Studies	74
2.5 Politiche di debilitazione	79
2.6 If I had a hammer	83
2.7 Accessibilità e campo burocratico	85
Capitolo 3 – Metodologia.....	91
3. Introduzione	91
3.1 La valutazione realistica come dispositivo analitico	92
3.1.1 Un approccio critico alla valutazione realistica	97
3.2 Il disegno di ricerca.....	103
3.2.1 Progetto Ci Siamo	107
i) Gruppi di Discussione	108
ii) Living Labs	112
iii) Nota metodologica e osservazioni	114
3.2.2 Interviste	116
3.2.3 Survey	120
3.2.4 Triangolazione qualitativa e configurazioni CMO	122
Capitolo 4 – Analisi empirica	124
4. Introduzione	124
4.1 Accoglienza, diritti e accesso ai servizi.....	126
4.1.1 L’immaginario del welfare	127
4.1.2 Composizione e tipologie di impairment.....	129
i) Disabilità psicosociali e trauma migratorio	130
ii) Disabilità acquisite	133
iii) Disabilità e invecchiamento	134
iv) Configurazioni CMO.....	136
4.1.3 Iter di Regolarizzazione	136
4.1.4 Il sistema Accoglienza	139
4.1.5 Le strutture	144
4.2 Certificazione della disabilità	150
4.2.1 La tenacia del modello medico-individuale.....	153
4.3 Architettura satellitare dei servizi.....	157
4.3.1 “Dover richiedere”: asimmetrie informative e accesso ai servizi.....	160
4.3.2 Bias istituzionali e forme intersezionali di discriminazione	165
4.3.3 Accessibilità: le esperienze dirette.....	169
4.4 Barriere e Accessibilità.....	170
4.5 Abitare	176

4.6 Scuola	178
4.6.1 “Il nostro compito è non creare nuove disabilità”	181
4.7 Università.....	185
4.8 Lavoro	189
4.8.1 Formazione	191
4.8.2 D&I	192
4.8.3 Lavoro e debility (debilitazione).....	195
4.8.4 Lavoro e cura	201
4.9 Genere	204
4.9.1 Violenza di genere e disabilità.....	207
4.10 “Nulla su di noi senza di noi”: inclusione, agency e conoscenze situate	214
<i>Capitolo 5 – Conclusione.....</i>	222
5.1 Ripensare la normalità	222
5.2 Sintesi CMO	223
5.3 Prospettive trasformative.....	227
<i>Bibliografia.....</i>	233

ABSTRACT

La tesi indaga l'intersezione tra disabilità e migrazioni nel contesto italiano, con particolare attenzione ai meccanismi che regolano l'accesso ai servizi e alle risorse del welfare. L'obiettivo è mettere in luce i processi attraverso cui dispositivi istituzionali, rappresentazioni sociali e pratiche burocratiche concorrono a produrre forme di disabilitazione ed esclusione sociale o, al contrario, condizioni di accessibilità ed effettivo esercizio dei diritti. Il quadro teorico integra il modello sociale della disabilità con l'approccio intersezionale, mostrando come la disabilità sia plasmata da rapporti di potere che intrecciano genere, razza, classe, status giuridico e "pretese di normalità". Dal punto di vista metodologico, la ricerca adotta la Valutazione Realistica come strumento euristico per individuare le configurazioni di contesto, meccanismo ed esito (CMO) e ricostruire le traiettorie di inclusione o esclusione nei diversi ambiti del welfare. L'analisi ricostruisce in modo sistematico il percorso di accoglienza, le modalità di identificazione delle "vulnerabilità", l'iter amministrativo di regolarizzazione e certificazione della disabilità, ed esplora la microfisica dei meccanismi di accesso ai principali servizi e opportunità sociali.

I risultati evidenziano come l'egemonia del modello medico-individuale e la settorialità del sistema dei servizi continuino a strutturare il campo burocratico, privilegiando logiche di adattamento individuale rispetto a cambiamenti di sistema. La ricerca propone alcune prospettive per orientare politiche e pratiche verso modelli più situati e trasformativi.

Introduzione

Il presente lavoro approfondisce la relazione tra disabilità e migrazioni, con particolare attenzione ai processi di accesso ai servizi nel contesto italiano.

Nonostante la rilevanza crescente del tema, la disabilità resta marginale negli studi e negli interventi rivolti all'ambito delle migrazioni; al contempo, i background socio-culturali sono scarsamente considerati nelle elaborazioni teoriche e nelle politiche che riguardano la disabilità. Cosa accade, allora, quando soggettività attraversate da molteplici dimensioni sociali eccedono le categorie amministrative attraverso cui le istituzioni definiscono la disabilità, la vulnerabilità o l'autonomia? La ricerca si inserisce in questo spazio di tensione, ampliandolo ed esplorando la costellazione di meccanismi generati da tale frizione. Le categorie di disabilità e migrazione vengono assunte come lenti analitiche per interrogare i criteri attraverso cui si producono legittimità, differenza e riconoscibilità sociale.

L'obiettivo è mettere in luce i processi attraverso cui dispositivi istituzionali, rappresentazioni sociali e pratiche burocratiche concorrono a produrre forme di disabilitazione ed esclusione sociale o, al contrario, condizioni di accessibilità ed effettivo esercizio dei diritti; comprendere, dunque, in che modo l'intersezione tra status migratorio e disabilità incida sui percorsi di accesso ai servizi e alle risorse del welfare e con quali esiti differenziati in termini di agency e partecipazione sociale.

La tesi mette in dialogo il modello sociale della disabilità con l'approccio intersezionale, interpretando la produzione della disabilità come un processo situato, modellato dall'intreccio di più fattori sociali. In tal senso, viene proposto un quadro analitico che tiene costantemente insieme le esperienze incarnate e i sistemi che le strutturano: categorie amministrative, dispositivi burocratici, immaginari istituzionali e relazioni di potere che attraversano il campo del welfare. Interrogare tali intersezioni significa non soltanto domandarsi *chi* accede ai servizi, ma anche secondo quali parametri un percorso di vita diviene leggibile, credibile e degno di supporto; significa, inoltre, esplorare quali siano i limiti e le potenzialità del riconoscimento – nelle sue dimensioni istituzionali e sociali – e quali gli effetti di una redistribuzione di risorse e condizioni di possibilità.

Nel contesto italiano il rapporto tra disabilità e percorsi migratori resta ai margini delle politiche pubbliche, delle statistiche ufficiali e delle riflessioni accademiche. Alla scarsità di dati, si affiancano una sostanziale frammentazione dei servizi e la persistenza di modelli normativi ancorati a *pretese* di normalità, autonomia e produttività. In questo quadro, si interrogano criticamente i) la persistente egemonia – spesso implicita – del modello medico-individuale e ii) la natura settoriale dei sistemi di welfare, esaminandone gli effetti in diversi ambiti di intervento.

Nel complesso, il lavoro mira a restituire centralità al tema, mettendo in luce le criticità e le ambivalenze che caratterizzano gli approcci oggi prevalenti e, parallelamente, intende valorizzare gli elementi situati emersi dal campo empirico per una possibile riconfigurazione delle politiche in senso più abilitante e trasformativo.

La tesi si articola in più capitoli, in linea con la progressione del percorso di ricerca. Il *Capitolo 1* introduce il campo di indagine e ricostruisce il quadro normativo ed istituzionale entro cui si colloca l'intersezione tra disabilità e migrazioni. Da questa ricognizione emerge una persistente invisibilità del tema e l'assenza di coordinamento tra i settori dell'accoglienza e della disabilità, evidenziando la mancanza di cornici interpretative in grado di cogliere la complessità della questione.

Il *Capitolo 2* sviluppa la cornice teorica ed epistemologica: analizza disabilità e migrazioni come costruzioni sociali storicamente prodotte in antitesi a un modello egemonico di normalità; viene quindi discusso il modello sociale della disabilità e le sue reinterpretazioni critiche. Particolare attenzione è posta all'impianto eurocentrico che caratterizza i Disability Studies e alla necessità di ampliare gli orizzonti interpretativi e interrogare il proprio posizionamento epistemico. Infine, il capitolo approfondisce il campo burocratico come ambito in cui si riproducono meccanismi differenziali di classificazione e riconoscimento, e l'accessibilità come dispositivo politico e sociale, oltre che tecnico.

Il *Capitolo 3* presenta il disegno metodologico e le scelte analitiche adottate. In coerenza con il posizionamento teorico della ricerca – fondato sul modello sociale della disabilità e sull'approccio intersezionale – il ricorso alla Valutazione Realistica è assunto come strumento euristico in grado di ricostruire le configurazioni di Contesto, Meccanismo ed Esito (CMO) e di elaborare spiegazioni situate. Il dialogo con prospettive critiche, come le epistemologie femministe, consente inoltre di

problematizzare le condizioni di produzione della conoscenza e di prestare attenzione alle relazioni di potere che attraversano i contesti analizzati.

Il *Capitolo 4* sviluppa l'analisi empirica: ricostruisce i meccanismi ricorrenti – e spesso concatenati – di disabilitazione ed esclusione, e le strategie individuali e collettive attivate dai soggetti coinvolti. L'analisi prende in esame il sistema dell'accoglienza, le procedure di riconoscimento e certificazione della disabilità, l'accesso ai principali servizi – casa, scuola, formazione, lavoro; la sezione prosegue con un approfondimento della dimensione di genere e si conclude con una riflessione sull'inclusione e sulle conoscenze situate delle persone con esperienza diretta.

Il *Capitolo 5*, infine, rilegge criticamente i risultati alla luce della cornice teorica, presenta le configurazioni individuate nell'analisi empirica e propone alcune direzioni di intervento e prospettive trasformative, per il ripensamento delle politiche e delle pratiche esistenti.

Capitolo 1 – Il campo di ricerca

1. Introduzione

Il capitolo ricostruisce lo stato dell'arte sul rapporto tra disabilità e migrazioni nel contesto italiano, con riferimento al quadro europeo e internazionale, al fine di delineare il focus centrale della tesi: l'analisi dei meccanismi istituzionali e burocratici che, all'intersezione tra status migratorio e disabilità, modellano l'accesso ai servizi. Tale ricognizione si basa sul modello sociale della disabilità, che pone particolare attenzione ai contesti e alle condizioni materiali; al contempo, adotta una lente intersezionale, che consente di inquadrare il tema attraverso molteplici prospettive e di mettere in dialogo angolature differenti – normative, istituzionali, statistiche e teoriche – evidenziando come le categorie di disabilità e migrazione siano costruite, governate e rese (in)visibili nei diversi ambiti di intervento.

A partire dalle definizioni concettuali e dal posizionamento teorico che guida l'analisi (cap. 1.1), vengono introdotte alcune lacune e criticità di rilevazione evidenziate dalla letteratura (cap. 1.2). Segue un approfondimento sulle intersezioni tra impairment e traiettorie migratorie (cap. 1.3), con attenzione alle condizioni preesistenti, acquisite, emerse nei paesi di destinazione e connesse all'invecchiamento.

La sezione centrale si concentra sulla disponibilità e sui limiti delle raccolte dati, sulla disomogeneità delle definizioni e sugli strumenti di rilevazione, con un focus specifico sugli effetti di dispositivi classificatori e bias di misurazione (cap. 1.4). Il capitolo prosegue con l'analisi del quadro normativo di riferimento – internazionale, europeo e nazionale – relativo all'accesso a diritti, servizi e tutele (cap. 1.5); successivamente il tema viene inquadrato nel più ampio contesto delle relazioni tra *mainstreaming*, povertà, sviluppo e determinanti sociali della salute (cap. 1.6-1.7). In seguito, viene descritta l'organizzazione dei sistemi di accoglienza e welfare in Italia (cap. 1.8), con particolare attenzione alle principali barriere di accesso e al ruolo dei dispositivi amministrativi e burocratici (cap. 1.9).

La parte finale prende in esame le intersezioni con genere (cap. 1.10) ed età, soffermandosi sulla condizione dei minori e sui contesti educativi (cap. 1.11). Il

capitolo si conclude con una sintesi preliminare che mette in luce i principali snodi critici che orientano l'indagine empirica e i capitoli successivi – il quadro teorico ed epistemologico (cap. 2), la metodologia (cap. 3) e l'analisi dei materiali raccolti (cap. 4).

1.1 Definizioni e posizionamento teorico

Di seguito vengono introdotte alcune definizioni operative e il posizionamento teorico che orienta l'analisi. Non si tratta di un quadro esaustivo: i concetti verranno ripresi, approfonditi e discussi criticamente nei capitoli successivi, in particolare nel quadro teorico-epistemologico (cap. 2) e in quello metodologico (cap. 3).

Nel presente lavoro, il concetto di disabilità è adottato in linea con i modelli sociali e con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD, 2006), che la definisce come il risultato dell'interazione tra caratteristiche individuali e barriere ambientali, sociali e istituzionali che ostacolano la piena partecipazione alla vita sociale. Tale impostazione consente di superare una visione medico-individuale, che riduce la disabilità a deficit o patologia, e di assumere una prospettiva attenta ai meccanismi di disabilitazione prodotti da contesti specifici. Si utilizza il termine *impairment*, che mantiene un'accezione più neutra rispetto alla traduzione italiana “menomazione”, per indicare le specifiche caratteristiche e condizioni individuali.

Nell'ambito dei Disability Studies e dei movimenti delle persone con disabilità, è emerso un dibattito significativo tra le espressioni che adottano *person-first language* (ad esempio “persona con disabilità”) e *identity-first language* (ad esempio “persona disabile”). Il primo sottolinea la centralità della persona oltre la condizione, mentre il secondo rivendica la disabilità come parte costitutiva dell'identità. Nel presente lavoro si è scelto di rispettare entrambe le posizioni e di alternarne l'uso, nel riconoscimento delle diverse sensibilità individuali, culturali e politiche.

Il termine *migrazione* viene qui utilizzato in senso ampio, includendo sia i percorsi di mobilità forzata (richiedenti asilo, rifugiati, sfollati interni), sia quelli legati a fattori economici, familiari o ambientali. Con l'espressione *persone con background migratorio* si fa riferimento non solo a chi ha vissuto direttamente un'esperienza

migratoria, ma anche a chi porta con sé un bagaglio culturale, sociale e familiare connesso a processi di mobilità.

Il principale riferimento teorico adottato è, come accennato, il modello sociale della disabilità, che si focalizza sulle condizioni materiali, sociali e istituzionali che producono disabilità, configurandosi come una solida antitesi al modello medico-individuale. Tuttavia, per cogliere la complessità delle esperienze oggetto di studio, tale modello viene combinato con una prospettiva intersezionale, che permette di analizzare come l'intreccio tra differenti dimensioni sociali concorra a modellare i processi di disabilitazione, l'accesso ai diritti e le possibilità di partecipazione sociale. L'intersezione tra disabilità e migrazione, in tal senso, non va intesa come la semplice somma di due condizioni distinte (Crenshaw, 1989), ma come una relazione dinamica che produce specifici posizionamenti ed esperienze sociali (cap. 3.2).

La ricerca, inoltre, interroga criticamente la produzione eurocentrica dei discorsi sulla disabilità e la loro traduzione in categorie istituzionali dominanti, sottolineando la necessità del confronto con epistemologie differenti da quelle occidentali.

1.2 Invisibilità epistemologica, ontologica e materiale

Il rapporto tra disabilità e migrazioni costituisce un argomento marginale all'interno del dibattito pubblico, delle politiche istituzionali e della letteratura scientifica internazionale.

La disabilità, storicamente interpretata attraverso una lettura medico-assistenziale, è stata progressivamente ri-concettualizzata, grazie all'affermazione dei modelli sociali e, più recentemente, con la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD). Tale cambio di paradigma ha spostato l'attenzione dal "deficit" individuale, alle dimensioni collettive della giustizia sociale e dei diritti; ciononostante, elementi come l'origine geografica, il background socio-culturale e le traiettorie migratorie delle persone con disabilità restano in larga

parte trascurate, tanto nelle riflessioni teoriche quanto nelle pratiche di intervento¹. Parallelamente, la riflessione sui fenomeni migratori si è spesso sviluppata entro cornici economiciste o securitarie, che raramente hanno considerato la dimensione della disabilità.

L'intersezione tra disabilità e migrazione destabilizza le rappresentazioni dominanti di entrambi i campi e sollecita una riflessione critica sulla capacità delle politiche pubbliche e delle istituzioni di riconoscere e sostenere soggettività collocate all'incrocio di molteplici assi di disuguaglianza, come condizione migratoria, processi di *disabilitazione* e precarietà socio-economica.

Sebbene i quadri normativi internazionali ambiscano a garantire i diritti fondamentali sia delle persone migranti che delle persone con disabilità, l'assenza di un approccio intersezionale ha determinato una frammentazione degli interventi, producendo vuoti di tutela e una sostanziale inefficacia nel garantire diritti effettivamente esigibili. Anche in ambito accademico, tale intersezione rimane un'area di ricerca periferica, spesso affrontata in modo disarticolato, residuale o come sottocategoria di alcuni settori disciplinari. La disabilità resta scarsamente tematizzata all'interno degli studi sulle migrazioni, così come la letteratura dei Disability Studies – spesso ancorata a paradigmi eurocentrici – tende a trascurare le differenze culturali, i contesti di origine e i processi di mobilità. Ne deriva, come sintetizzano efficacemente Pisani e Grech (2015, p.421) che “le riflessioni sulle migrazioni si sviluppano senza persone disabili, i Disability Studies senza persone migranti e le pratiche di intervento senza persone migranti con disabilità”². Tale carenza alimenta un'invisibilità “epistemologica, ontologica e materiale” (Pisani & Grech, 2015, p.421) che impedisce alle soggettività interessate di accedere a informazioni, risorse e reti di supporto, limitandone le possibilità di autodeterminazione. In tal senso, come sostiene

¹ Il World Report on Disability (OMS-Banca Mondiale, 2011), primo documento ufficiale a proporre un quadro globale sulla condizione delle persone con disabilità, affronta il tema della migrazione solo marginalmente, in particolare con riferimento al ruolo delle persone migranti come caregiver. La CRPD (2006) non menziona espressamente persone migranti, rifugiate, richiedenti asilo o sfollate, tuttavia l'art. 11 e l'Osservazione generale n. 6 (2018) ne precisano l'applicazione a tali gruppi in situazioni di rischio e vulnerabilità.

² “Migration theory grows without the disabled person, disability studies without the migrant, and practice without the disabled migrant” (Pisani & Grech, 2015; Trad. mia).

Bernardini (2022, p.82), l'invisibilità e la mancanza di riconoscimento si configurano esse stesse come “una forma acuta di discriminazione sociale” (Honneth, 2001).

1.3 Impairment e tratte migratorie

La sezione introduce alcune macro-categorie utili ad inquadrare le relazioni tra disabilità e processi di mobilità (Griffo & D'Errico, 2022, p.31). Non si tratta di classificazioni rigide, ma di schemi interpretativi flessibili e contingenti pensati per indirizzare l'analisi, senza appiattare la complessità e l'eterogeneità dei percorsi individuali.

In questa prospettiva, vengono distinte: condizioni di disabilità preesistenti alla migrazione, disabilità esperite – e impairment acquisiti – durante il percorso migratorio, nei paesi di destinazione, e connesse all'invecchiamento.

i) Disabilità preesistenti al percorso migratorio

Le condizioni di disabilità preesistenti al percorso migratorio possono talvolta derivare da conflitti, violenze o da condizioni di vita precarie. Anche il cambiamento climatico rappresenta un fattore cruciale, poiché incide negativamente sulle disuguaglianze relative alla salute globale (World Bank, 2023; IOM, 2024) trasformando i contesti di vita in ambienti ostili e insostenibili e compromettendo le condizioni minime di benessere, sicurezza e accesso alle risorse. Questi mutamenti contribuiscono alla creazione di contesti disabilitanti e favoriscono l'insorgenza di impairment – fisici, nuove patologie o disturbi mentali – sia attraverso impatti diretti e traumi, sia aggravando condizioni già presenti. Tali fattori incidono notevolmente sui movimenti migratori interni e transnazionali: la mobilità ambientale si configura come un fenomeno di lungo periodo (IOM, 2025) e impone una nuova considerazione della relazione tra cambiamenti climatici, produzione sociale della disabilità, fenomeni migratori e disuguaglianze globali (Bell, Tabe, & Bell, 2020; McGushin et al., 2024).

In questo scenario, i sistemi di welfare europei possono costituire un fattore attrattivo, influenzando le scelte di spostamento degli individui o delle famiglie in cui sia presente una o più persone disabili (Zanfrini et al., 2025). Le opportunità di movimento, tuttavia, possono essere spesso limitate dalla mancanza di capitale economico, frequentemente associata a una ridotta disponibilità di capitale culturale –

indispensabile per accedere alle informazioni – e di capitale sociale, rappresentato da network che facilitano l’inserimento in nuovi contesti (Pisani et al., 2016, p.292). L’assenza di tali risorse aumenta le probabilità di dover ricorrere al supporto di organizzazioni illegali o di esserne intercettati, con la conseguenza di intraprendere percorsi migratori più rischiosi e di essere maggiormente esposti a forme di violenza. Tali pericoli sono particolarmente accentuati per donne e ragazze disabili, particolarmente esposte ad abusi, sfruttamento sessuale, e traffico di esseri umani (European Commission, 2021).

Le difficoltà connesse al percorso migratorio si amplificano per le persone disabili e variano a seconda del tipo di impairment e della sua interazione con molteplici fattori. Possono emergere ostacoli specifici legati alla mobilità, alla comunicazione, alla percezione sensoriale e alla comprensione; lo sfollamento forzato può comportare la separazione da comunità e famiglie o caregiver, con conseguenze rilevanti; durante lo spostamento, inoltre, spesso viene interrotto l’uso di ausili, terapie croniche e percorsi riabilitativi. Adottando una prospettiva sociale della disabilità – che la intende come risultato di barriere ambientali, sociali e istituzionali – diventa essenziale porre l’attenzione sulle barriere strutturali che modellano i percorsi migratori. Dispositivi securitari, regimi di frontiera e logiche di esclusione basate sui criteri di sovranità e cittadinanza non solo producono ostacoli materiali alla mobilità, ma contribuiscono essi stessi alla produzione di disabilità (Pisani et al., 2016). La disabilità si configura, quindi, come una lente analitica privilegiata per mettere in luce le forme di violenza istituzionale e le gerarchie che caratterizzano i processi migratori globali.

ii) Impairment acquisiti durante il percorso migratorio

I processi di migrazione e sfollamento forzato costituiscono fattori di moltiplicazione della disabilità (IOM, 2016, p.4): possono generare nuovi impairment o aggravare condizioni già presenti. Secondo l’European Union Agency for Fundamental Rights (FRA, 2016), tra la popolazione migrante sono largamente diffusi impairment psicosociali, come il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) derivante da traumi,

torture, abusi o violenze di genere e/o sessuali subite durante il tragitto³ o nei centri di accoglienza e detenzione.

Nei contesti di prima accoglienza, l'individuazione di disabilità avviene soprattutto durante gli screening sanitari e si basa su caratteristiche individuali visibili o su informazioni auto-dichiarate. Questo approccio fa sì che gli impairment non immediatamente evidenti spesso non siano riconosciuti. In alcuni casi, le persone scelgono di non segnalare la propria condizione per timore che ciò possa compromettere la procedura d'asilo, oppure a causa di rappresentazioni culturali stigmatizzanti della disabilità. L'identificazione di impairment non visibili, dunque, richiede la presenza di mediatori/mediatrici culturali adeguatamente formati/e.

Con la pubblicazione, nel 2024, delle EUAA Guidance on Vulnerability in Asylum and Reception – Operational Standards and Indicators, è stato introdotto un quadro di riferimento sovranazionale volto a uniformare le pratiche di individuazione e tutela dei richiedenti asilo in condizioni di vulnerabilità. Tuttavia, l'erogazione di servizi di sostegno psicosociale rimane affidata in larga misura a singole organizzazioni non governative.

Una revisione sistematica dell'OMS (2023)⁴ dedicata alla salute mentale di persone migranti e rifugiate ha evidenziato importanti lacune nella letteratura esistente, in particolare:

- la mancanza di studi longitudinali sui fattori di rischio e protezione a livello politico, sanitario e ambientale;
- l'assenza di ricerche condotte nei paesi a basso e medio reddito;
- la scarsità di studi su persone migranti anziane, sulle comunità LGBTQIA+, e sui lavoratori migranti.

³ Un recente studio condotto in Italia (Tofani, 2023) conferma e approfondisce tali evidenze, mostrando come il rischio di esperire una disabilità vari in base alla rotta migratoria percorsa.

⁴ Il report esamina la letteratura scientifica globale relativa alla salute mentale di persone rifugiate e migranti e affronta le seguenti questioni: 1. Quali fattori di rischio e protezione incidono sulle condizioni di salute mentale di rifugiati e migranti? 2. Quali sono i facilitatori e le barriere, specificatamente connesse al genere e all'età (comprese le barriere politiche, legali, relative al sistema sanitario e alla vita comunitaria), nell'accesso ai servizi di salute mentale? 3. Quali sono state le barriere e i facilitatori prevalentemente riscontrati nell'accesso ai servizi di salute mentale durante la pandemia di COVID-19?

iii) Disabilità emerse sul territorio di destinazione

Condizioni di vita, di lavoro e abitative usuranti possono costituire fattori disabilitanti. I lavoratori e le lavoratrici migranti sono spesso esposti/e a precarietà, disoccupazione, impiego irregolare e segregazione occupazionale nei cosiddetti mestieri 3D (dangerous, demanding and demeaning), caratterizzati da un'elevata incidenza di infortuni sul lavoro e da un maggiore rischio di sviluppare impairment. Rispetto alla popolazione locale, gran parte di questi/e lavoratori/lavoratrici non ha accesso a servizi sanitari adeguati, alla previdenza sociale né a sussidi di disabilità (Tofani, 2019); inoltre, la conoscenza dei servizi sanitari di base è spesso limitata, e ancor più scarsa quella relativa a servizi specifici come la riabilitazione o l'accesso a tecnologie assistive (sedie a rotelle, protesi, ausili per la comunicazione, ecc.) (Tofani & Marceca, 2019).

Nei Paesi di destinazione, diversi fattori incidono negativamente sulla salute mentale: procedure di regolarizzazione prolungate, mancanza di informazioni accessibili, impossibilità di soddisfare bisogni fondamentali per assenza di reddito, alloggio e occupazione, e l'insicurezza derivante dalla precarietà dello status giuridico e dal rischio di detenzione o reinsediamento. I sistemi di accoglienza, così come la detenzione amministrativa, possono aggravare condizioni di fragilità preesistenti, patologie e traumi (cap. 1.8.4). Molte persone migranti, inoltre, sperimentano isolamento sociale, ostilità, discriminazione: ulteriori fattori che compromettono la sicurezza personale e il benessere complessivo (Tofani, 2023, p.17; WHO, 2023).

iv) Disabilità e invecchiamento

Come evidenziato da Tofani e Marceca (2019), sebbene i rischi associati all'invecchiamento⁵ incidano in modo analogo sulla popolazione migrante e su quella locale, determinanti sociali strutturali possono generare *outcome* di salute notevolmente differenti. La migrazione rappresenta un processo di cambiamento

⁵ Si segnala che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato il progetto "ImmiDem – Dementia in Immigrants and Ethnic Minorities: Clinical-Epidemiological Aspects and Public Health Perspectives", dedicato allo studio della demenza nelle persone migranti anziane. Coordinato dall'ISS e finanziato dal Ministero della Salute, il progetto mira a sviluppare strumenti di valutazione cross-culturale sensibili alle diversità. Cfr. https://immidem.it/il-progetto/?utm_source.

sociale che si intreccia con le traiettorie generali dell'invecchiamento, modellandone forme e condizioni.

1.4 Dati e misurazione

Diverse agenzie internazionali hanno richiamato l'attenzione sulla persistente carenza di dati relativi alle persone migranti con disabilità – in termini di età, genere, tipologia di *impairment*, localizzazione e condizioni di vita – e sulla necessità di standardizzare le procedure di identificazione e rilevazione lungo l'intero percorso migratorio.

Già nel 2016 l'European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) segnalava l'assenza di procedure formali per registrare le condizioni di disabilità nei luoghi di frontiera e nei centri di accoglienza, invitando la Commissione Europea e gli Stati membri a sviluppare strumenti standardizzati di raccolta dati e a rafforzare la formazione del personale. Nel 2017 una dichiarazione congiunta del Comitato ONU per i Lavoratori Migranti (CMW) e del Comitato ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) ha ribadito l'urgenza di includere sistematicamente la disabilità nei sistemi informativi relativi a rifugiati e migranti, evidenziando la mancanza di strumenti di identificazione, valutazione e supporto. Nel 2019 il Comitato Economico e Sociale Europeo ha sollecitato la Commissione Europea a sviluppare un sistema integrato di raccolta dati comparabili, disaggregati per genere, età, status giuridico e tipologia di disabilità. Più recentemente, l'European Union Agency for Asylum (EUAA, 2024) ha ripreso questa priorità nelle proprie *Guidance on Vulnerability in Asylum and Reception*.

Per colmare tali lacune, dal 2017 la Commissione Europea ha promosso il progetto AMiD (Access to Service for Migrants with Disabilities), coordinato dall'EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities) e realizzato in Italia, Austria, Grecia e Finlandia. Tra i principali risultati vi è lo sviluppo del Needs Assessment Tool (NAT)⁶, uno strumento volto alla valutazione dei

⁶ Il NAT non è un dispositivo medico-diagnostico, ma una piattaforma interattiva e multilingue, fondata su un approccio multidisciplinare ispirato ai diritti umani. È caratterizzato da una forte impostazione umanistica e prevede, oltre a domande chiuse, quesiti aperti che consentono di integrare l'analisi quantitativa con una lettura qualitativa delle situazioni individuali. Cfr. Tofani in Griffo, D'Errico (2019, p.77)

bisogni e alla tutela dei diritti delle persone migranti con disabilità, attraverso la creazione di una banca dati europea.

1.4.1 Dati disponibili

I rapporti internazionali e la letteratura disponibile convergono nel segnalare la mancanza di un sistema istituzionale di raccolta dati di qualità, disaggregati, aggiornati e accessibili (Filosa et al., 2023), in grado di riflettere l'eterogeneità di tale gruppo sociale e le sue diversificate esigenze. Come denunciato dall' EASPD (2020), l'assenza di procedure formali di rilevazione produce dati frammentati, circoscritti a livelli locali o sottogruppi specifici, non standardizzate – quindi non comparabili tra diversi paesi – e non disaggregabili in base al tipo di disabilità. Queste carenze informative persistono nonostante l'obbligo di raccolta dati previsto dalla CRPD e ribadito dalla strategia UE, con ricadute dirette sulla presa in carico (cap. 1.8).

Secondo le stime più recenti, nel 2024 la popolazione di migranti internazionali ha raggiunto circa 304 milioni di persone (UN DESA, 2025), di cui 52 milioni risultano rifugiati o richiedenti asilo (UNHCR, 2025). Applicando la prevalenza media globale di disabilità stimata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Banca Mondiale – pari al 15–16% della popolazione (WHO & World Bank, 2011; WHO, 2023a) – al totale dei migranti internazionali stimati per il 2024, si ottiene un valore indicativo compreso tra 45 e 48 milioni di persone migranti con disabilità. Tale cifra è tuttavia da considerarsi verosimilmente sottostimata: nei contesti di migrazione forzata, segnati da conflitti, persecuzioni, disastri ambientali e condizioni di viaggio precarie, la prevalenza della disabilità tende infatti a essere significativamente più elevata. A ciò si aggiunge il fatto che la disabilità può essere acquisita anche nei paesi di arrivo, in seguito a infortuni sul lavoro, condizioni di vita o processi di invecchiamento (cap. 1.3). Alcune indagini mirate su specifici contesti migratori confermano percentuali ancora maggiori (Migration Data Portal, 2023; HNAP, 2021). Questi dati suggeriscono che la stessa esperienza migratoria sia un fenomeno fortemente connesso alla produzione della disabilità.

In Italia non esiste una rilevazione nazionale unificata, ma le informazioni disponibili provengono da fonti amministrative e indagini di settore, ciascuna con proprie definizioni e criteri (Zanfrini et al., 2025).

Al 1° gennaio 2024 la popolazione straniera presente in Italia è stimata in circa 5,8 milioni di persone (Fondazione ISMU ETS, 2024). Di queste, 5,3 milioni risultano residenti (91,3%), circa 180 mila sono regolarmente presenti ma non residenti (3,1%) e 321 mila vivono in condizione di irregolarità giuridica (5,6%). Gli ingressi di cittadini non comunitari avvengono prevalentemente per ricongiungimento familiare, una motivazione che negli ultimi anni ha superato le quote di ingresso per lavoro. La popolazione straniera rappresenta complessivamente il 9% dei residenti in Italia, pari a 5.307.598 persone. In Lombardia vivono 1.216.895 stranieri residenti (22% del totale nazionale), mentre la città di Milano conta 300.595 residenti stranieri (21% della popolazione cittadina), di cui 46.823 minori (Fondazione ISMU ETS, 2024).

Alcuni dati settoriali permettono di delineare una prima quantificazione della presenza di persone con disabilità e background migratorio. Nel Rapporto annuale del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), per l'anno 2023 sono stati registrati 1.039 beneficiari inseriti in progetti destinati a persone con disagio mentale e/o esigenze di assistenza sanitaria specialistica. Nel settore scolastico, nell'anno 2020/2021 gli alunni con cittadinanza non italiana rappresentavano il 10,3% della popolazione scolastica complessiva, ma il 14,3% degli alunni con disabilità, corrispondente a un'incidenza del 5% sul totale degli alunni stranieri, rispetto al 3,5% rilevato tra gli alunni italiani (MI – DGSIS – Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica, 2022). Dati dell'Osservatorio sugli stranieri dell'INPS mostrano che nel 2022 i cittadini stranieri titolari di pensioni indennitarie o di invalidità erano 16.380, mentre i trattamenti IVS (Invalidità, Vecchiaia e Superstiti) erogati a favore di cittadini stranieri ammontavano a 109.824, e le pensioni assistenziali percepite da persone non italiane erano 153.595 (INPS, 2023).

Questi elementi delineano un quadro parziale ma orientativo che testimonia come in Italia la popolazione con background migratorio e disabilità sia presente in diversi ambiti – accoglienza, scuola, welfare; tuttavia la carenza di dati impedisce una comprensione esaustiva del fenomeno.

1.4.2 Misurazioni e Bias

La definizione di disabilità rappresenta un nodo centrale nella raccolta e nell'analisi comparativa dei dati, poiché i paradigmi e i criteri utilizzati per la sua misurazione e

classificazione possono variare sensibilmente sia tra diversi ordinamenti nazionali, sia all'interno delle organizzazioni internazionali.

Le prassi statistiche istituzionali tendono a rappresentare la disabilità come un attributo individuale specifico, trascurando l'eterogeneità che caratterizza, nel concreto, le esperienze sociali. Essa non costituisce, infatti, un concetto univoco, né una condizione fissa, uniformemente esperita; si configura come un fenomeno storicamente, socialmente e culturalmente situato, modellato dall'intreccio di fattori soggettivi – caratteristiche individuali, traiettorie biografiche e vissuti personali –, e fattori sociali, come le norme culturali, le rappresentazioni collettive e l'organizzazione dei contesti di vita. La sua analisi, pertanto, richiede un approccio in grado di restituirne la molteplicità di forme e significati, considerando i diversi posizionamenti e le intersezioni tra molteplici assi di disuguaglianza, oppressione e, in alcuni casi, riconoscimento.

Nonostante le interpretazioni sociali della disabilità e la ratifica della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006) abbiano favorito il passaggio da una visione strettamente medico-individuale ad una prospettiva basata sui diritti umani e sulla giustizia sociale, la letteratura internazionale disponibile continua a privilegiare un approccio medico (Colombo et al., 2022, p.9). L'adozione di una concezione individualistica e patologizzante tende a consolidare l'idea che le condizioni di vulnerabilità siano conseguenze naturali dell'impairment, anziché esiti di strutture sociali e ambienti fisici escludenti. Questo impianto concettuale, ancorato alla rappresentazione della disabilità come deficit personale o patologia, produce distorsioni interpretative che influenzano anche le modalità di rilevazione e classificazione empirica del fenomeno.

Assumendo – come nel presente lavoro – una prospettiva sociale della disabilità, in linea con l'approccio proposto dalla CRPD, diviene necessario de-essenzializzare la disabilità come attributo intrinseco dell'individuo, riconoscendola invece come il prodotto dell'interazione tra caratteristiche individuali e contesti sociali disabilitanti. Questo spostamento teorico consente di rendere visibile la disabilità non solo come condizione preesistente all'esperienza migratoria, ma di riconoscerne la possibile esperienza lungo il percorso o nei contesti di arrivo. Un simile quadro

interpretativo apre inoltre interrogativi rilevanti rispetto ai criteri di identificazione, categorizzazione e quantificazione della popolazione interessata.

Ad oggi, all'arrivo nei Paesi di destinazione, gli screening sanitari rappresentano il principale meccanismo attraverso cui viene rilevata la presenza di impairment, rafforzando così l'associazione – spesso riduttiva – tra disabilità e dimensione sanitaria (Burns, 2019). L'adozione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dell'*International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF)⁷ (cap. 2.3.1), ha consentito di superare una prospettiva puramente clinica, spostando l'attenzione sul funzionamento quotidiano e sull'interazione individuo-ambiente. L'ICF, infatti, fornisce un quadro concettuale condiviso per analizzare la salute come il risultato di fattori personali e contestuali, e consente di codificare in modo sistematico le informazioni, favorendo il confronto tra operatori sanitari, ricercatori, pianificatori, amministratori pubblici e cittadini (Tofani, 2019, p.78). Tuttavia, diversi fattori possono incidere sulla qualità e sull'affidabilità dei dati raccolti: il linguaggio adottato nei questionari, la traduzione e l'interpretazione delle domande, lo stigma culturale associato alla disabilità, così come la scarsa familiarità di operatori e operatrici con le categorie concettuali dell'ICF, possono influenzare la

⁷ In termini operativi molte indagini su migrazione e sfollamento ricorrono al Washington Group Short Set (WG-SS), coerente con l'impostazione bio-psico-sociale dell'ICF. Il WG-SS misura difficoltà di funzionamento in sei domini (vista, udito, mobilità, memoria/concentrazione, cura di sé, comunicazione); versioni ampliate (WG-SS Enhanced e Extended Sets) includono anche item su ansia/depressione, dolore e affaticamento. Per i minori il Washington Group, con UNICEF, ha sviluppato il Child Functioning Module (CFM). Strumenti complementari frequentemente utilizzati in operazioni umanitarie includono il Vulnerability Assessment Framework (VAF) elaborato da UNHCR e Humanity & Inclusion e il Needs Assessment Tool (NAT) esito del progetto AMiD (Access for Migrants with Disabilities). Nel 2021 alcuni di questi strumenti (WG-SS Enhanced e Indicatori di Riabilitazione di Comunità CBR-Is) sono stati testati, limitatamente alla popolazione di rifugiati, da un gruppo di ricercatori dell'Università Sapienza di Roma, con la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e l'associazione ROMA (Rehabilitation and Outcome Measures Assessment). Cfr. Chiavaroli F., Calacoci M., Da Riolo R.M., La Placa S., Mammarella L., Maselli M., Marceca M. (2022), "Migrazioni e Disabilità" in Russo M.L., Gatta A., Geraci S., Marceca M., Mazzetti M. (a cura di), La SIMM: 30 anni + le Epidemie – Nuove disuguaglianze, nuove sfide, Atti del XVI Congresso Nazionale SIMM – Roma 19-21 ottobre 2022, pp.130-132. Una rassegna sintetica e risorse aggiornate sono disponibili nella scheda: <https://www.migrationdataportal.org/themes/disability-and-human-mobility>.

comprensione e le risposte, generando distorsioni nei risultati (Migration Data Portal, 2023). Oltre alla rilevazione nei contesti di prima accoglienza, criticità analoghe si riproducono nei sistemi statistici e amministrativi, influenzando ciò che diventa – o resta – visibile a livello di indicatori ufficiali⁸. Inoltre, l’(in)accessibilità degli strumenti di rilevazione, l’assenza di versioni in Lingua dei Segni o in braille, la mancata predisposizione di supporti per chi utilizza tecnologie assistive, possono comportare l’esclusione sistematica di una parte significativa di questa popolazione. Vincoli di natura istituzionale – come la condizione di irregolarità giuridica, il mancato possesso di documenti, i tempi di regolarizzazione, la residenza in insediamenti informali – possono determinare un’ulteriore invisibilità statistica.

Accanto alla frammentarietà dei dati, contribuiscono ad amplificare l’invisibilità del fenomeno, la carenza di formazione specifica del personale impegnato nei contesti di accoglienza e intervento – che si traduce in una sostanziale inaccessibilità dei servizi di supporto – e la scarsa sensibilità culturale nei confronti del tema della disabilità (Scarano, 2023). Tale sottostima è alimentata anche da rappresentazioni sociali sedimentate che interpretano la disabilità come una condizione intrinsecamente incompatibile con la mobilità migratoria, rafforzate dal cosiddetto *healthy migrant effect*, ovvero l’idea che chi migra sia tendenzialmente giovane, in buona salute e privo di condizioni croniche o invalidanti. Questa visione tende a descrivere le persone con disabilità come soggetti passivi, anziché come attori dotati di *agency*, competenze, esperienze e capacità di autodeterminazione. Se da un lato le evidenze mostrano che le persone con disabilità subiscono un impatto sproporzionato durante i percorsi migratori – risultando più esposte a calamità naturali, disastri climatici, emergenze sanitarie, violenza e sfruttamento (Comitato CRPD, 2014, 2018; OHCHR, 2019; UNHCR – MCO Italy, 2023, p.77) – dall’altro, la

⁸ All’interno dell’Unione Europea, il quadro informativo risulta frammentato e caratterizzato da una notevole eterogeneità metodologica. La misurazione della disabilità nella popolazione migrante varia in base a definizioni, strumenti e criteri di inclusione differenti nei vari Stati membri. In uno studio condotto in Italia mediante gli strumenti del Washington Group, la prevalenza stimata tra richiedenti asilo e rifugiati varia dal 13,7 % (Washington Group Short Set, WG-SS) al 21,7 % (WG-SS Enhanced), fino al 31,6 % (Extended Set on Functioning, WG-ES), a seconda dello strumento utilizzato (Tofani et al., 2022).

letteratura mette in luce come esse costituiscano una componente rilevante degli attuali flussi, che comprendono migranti forzati, richiedenti asilo e rifugiati, familiari ricongiunti, persone migranti lungo-residenti (Colombo et al., 2022, p.16).

Un ulteriore aspetto da considerare nelle raccolte dati riguarda la classificazione delle migrazioni: la distinzione tra *forzate* – associate guerre e persecuzioni – e *volontarie* – connesse a fattori economici – presenta in realtà contorni sfumati e articolati (Pisani & Grech, 2015). La disabilità, in questo senso, rappresenta un elemento capace di mettere in discussione la rigida separazione tra “volizione” e “coercizione”: la sicurezza e la sopravvivenza personale non si limitano al rischio di subire persecuzioni e violenze, ma dipendono anche dalle condizioni socio-economiche, dall’accessibilità dei servizi socio-sanitari e dalla presenza di reti sociali e sostegni familiari. Una piena comprensione del rapporto tra disabilità e migrazioni, infine, richiede di collocare i processi di mobilità nella più ampia cornice della globalizzazione neoliberale, che ne modella in profondità le traiettorie, le opportunità e i vincoli.

Il riconoscimento e la misurazione della disabilità risultano spesso condizionati da rigidità interpretative, in alcuni casi riconducibili a una visione medico-individuale implicita o ad un mancato riconoscimento di fattori sociali e contestuali che concorrono a modellare l’esperienza della disabilità – che può talvolta eccedere le singole definizioni amministrative, giuridiche e politiche. In questo quadro, la presente ricerca, in contrasto con classificazioni fisse o essenzializzanti, indaga disabilità e migrazioni come categorie socialmente costruite, mantenendo una costante apertura alla negoziazione di tali concetti.

1.5 Quadro normativo

Il quadro normativo dimostra come il riconoscimento formale dei diritti non garantisca automaticamente condizioni di accessibilità ed evidenzia la distanza tra diritti enunciati e diritti esigibili.

Il principale riferimento normativo internazionale è la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD, 2006), ratificata dall’Unione Europea nel 2010 e dall’Italia nel 2009 (L. 18/2009). La CRPD adotta un approccio basato sui

diritti e sul modello sociale e riconosce la disabilità come il risultato dell'interazione tra persone con *menomazioni*⁹ fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali di lungo periodo e barriere di varia natura che ne ostacolano una piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri (art.1).

La Convenzione promuove il *mainstreaming* della disabilità (art. 4.1c), ovvero l'obbligo per gli Stati a tener conto della protezione e promozione dei diritti umani delle persone con disabilità in tutte le politiche e i programmi, e riconosce che il rifiuto di un accomodamento ragionevole costituisce una forma di discriminazione (art.2). L'articolo 31 obbliga inoltre gli stati a raccogliere, utilizzare e diffondere – in forma accessibile – dati appropriati e disaggregati per progettare e valutare politiche in linea con i principi della Convenzione. Sebbene il testo non citi espressamente le persone migranti, l'art. 11 impone di adottare tutte le misure necessarie per la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, come guerre, emergenze umanitarie e catastrofi naturali. L'Osservazione generale n.6 (2018) su uguaglianza e non discriminazione chiarisce che le garanzie della Convenzione si applicano pienamente anche a richiedenti asilo, rifugiati e migranti con disabilità.

A livello UE, oltre alla Carta dei Diritti Fondamentali (art. 26) e alla clausola di *mainstreaming* antidiscriminazione (art. 10 TFUE), la *Union of Equality Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030* ribadisce la necessità di rivolgere un'attenzione specifica a rifugiati e migranti con disabilità – in particolare richiedenti asilo, beneficiari di protezione internazionale e minori – al fine di garantire sicurezza, tutela dei diritti e benessere lungo tutto il percorso di accoglienza e integrazione (European Commission, 2021).

In Italia, l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale è regolata dal d.lgs. 142/2015, che prevede valutazioni individuali dei “bisogni speciali” – inclusi quelli legati alla disabilità – e misure di accoglienza adeguate. Sul piano generale, il d.lgs. 62/2024 (in coerenza con CRPD/ICF) aggiorna la definizione giuridica di disabilità, introduce la valutazione multidimensionale e rafforza l'obbligo di accomodamento ragionevole. Formalmente questo quadro dovrebbe garantire identificazione precoce, sostegni adeguati e coordinamento tra prefetture, CAS/SAI,

⁹ Il termine “menomazione” è riportato qui in conformità alla traduzione ufficiale in italiano della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD, 2006).

ASL e Comuni; nella prassi, però, la rilevazione è disomogenea e il raccordo inter-istituzionale spesso discontinuo (cap. 1.8). Per un approfondimento sulla cornice normativa relativa a minori e istruzione, si rimanda al cap. 1.11.

È interessante notare come le Osservazioni CRPD 2016 abbiano anticipato criticità successivamente riprese dalle riforme più recenti. Nelle Osservazioni Conclusive relative al primo rapporto dell'Italia (1° settembre 2016), il Comitato ha rilevato che la disabilità sia ancora definita prevalentemente secondo una prospettiva medica (punto 5), ha raccomandato allo Stato parte di adottare una definizione di disabilità coerente con quella prevista dalla CRPD e di garantirne l'applicazione uniforme nella legislazione e nelle politiche pubbliche a tutti i livelli di governo (punto 6). Inoltre, ha evidenziato una grave carenza di coinvolgimento delle organizzazioni delle persone con disabilità (OPD): non è stato loro riconosciuto un ruolo prioritario (in linea con l'art. 4.3 CRPD), con conseguente riduzione dell'efficacia e del valore della partecipazione diretta, comprese di donne e minori, ai processi decisionali (punto 7). Il superamento dell'approccio medico-individuale e il coinvolgimento diretto delle persone con disabilità restano condizioni essenziali per rendere esigibili i diritti e tradurre le garanzie formali in pratiche effettive.

1.6 Mainstreaming, povertà e sviluppo

Secondo il *Global Survey on Persons with Disabilities and Disasters* (UNDRR, 2023), le persone con disabilità costituiscono il 16% della popolazione mondiale e l'80% vive nel Sud Globale. Diverse agenzie internazionali (WHO, 2022; UN, 2024;), hanno evidenziato come la povertà e le condizioni ad essa correlate – insicurezza alimentare, accesso limitato a cure e servizi, abitazioni inadeguate, violenza e conflitti – costituiscano fattori strutturali di produzione e riproduzione della disabilità.

A partire dagli anni Novanta, anche grazie al movimento internazionale per i diritti delle persone con disabilità e all'adozione della CRPD, la letteratura scientifica e le politiche globali hanno riservato una crescente attenzione al nesso tra disabilità e sviluppo e al paradigma del disability mainstreaming, inteso come integrazione trasversale del tema della disabilità in tutte le fasi delle politiche e dei programmi. Sebbene tali approcci abbiano favorito una maggiore attenzione verso l'argomento, non sono privi di criticità: il mainstreaming, ad esempio, rischia talvolta di ridursi ad

un adempimento meramente formale e tecnico-procedurale. Ciò accade quando gli interventi si basano su dati generici e non disaggregati, o se non è accompagnato dalla rimozione di barriere specifiche, dall'introduzione di accomodamenti individuali e da un reale investimento di risorse. Per evitare questi rischi, è essenziale prevedere la co-progettazione con le persone direttamente coinvolte, la restituzione dei risultati alle comunità e la valutazione esplicita delle asimmetrie di potere in gioco come componenti strutturali dei progetti.

A tal proposito, Grech (2016) ha sollevato una serie di interrogativi critici sull'universalizzazione di paradigmi elaborati in contesti occidentali ed esportati come standard globali, senza un'adeguata considerazione delle specificità culturali, storiche e socio-economiche dei contesti locali. In dialogo con le teorie della dipendenza e con un approccio decoloniale, egli colloca il rapporto disabilità-sviluppo all'interno dell'agenda neoliberale, contestando la retorica dello sviluppo neutrale e mettendone in luce gli obiettivi connessi alla crescita economica, all'espansione dei mercati e all'integrazione nei circuiti capitalistici globali. Tali dinamiche tendono a riprodurre gerarchie centro-periferia e a marginalizzare i saperi locali.

Secondo Grech, nonostante la crescente attenzione formale al tema della disabilità nei discorsi e nelle politiche internazionali persistono processi di invisibilizzazione delle persone disabili nei contesti di crisi – come conflitti armati, disastri ambientali, migrazioni forzate – pur essendo, tali situazioni, tra le principali cause di impairment e disabilitazione. Persiste, inoltre, la carenza di prospettive intersezionali: le esperienze di soggetti socialmente marginalizzati – come persone migranti, donne, bambini/e, minoranze etniche – sono spesso appiattite in rappresentazioni omologanti. La disabilità, invece, è modellata da dimensioni soggettive, socioeconomiche e culturali, che sono a loro volta mutevoli. Tale prospettiva richiederebbe l'adozione di un approccio flessibile capace di complessificare il campo della disabilità, piuttosto che circoscriverlo. Grech, in tal senso, invita a sviluppare pratiche conoscitive e operative situate, orientate a valorizzare saperi informali e modi di vita non istituzionalizzati, e a riconoscere le asimmetrie geopolitiche e i retaggi coloniali che continuano a influenzare i processi di sviluppo.

In questo quadro, anche la relazione tra disabilità e povertà, frequentemente rappresentata come un ciclo di rafforzamento reciproco (Grech, 2016a), richiede un'analisi teoricamente e metodologicamente ampia, informata dalle specificità locali e attenta alle disuguaglianze storicamente prodotte dai processi di globalizzazione economica e sviluppo. La naturalizzazione di questo "ciclo" rischia infatti di veicolare letture astoriche e a-teoriche, generando rappresentazioni semplificate e universalizzanti della condizione delle persone con disabilità nel Sud globale. In particolare, occorre mettere in discussione narrazioni esotizzanti e neocoloniali – come l'idea di un "Terzo mondo" monolitico, arretrato e brutale verso i più vulnerabili, o l'immaginario della "persona povera e disabile nell'oscurità" (Grech, 2016a, p.222) – che negano l'agency delle soggettività coinvolte e legittimano interventi "civilizzatori" del Nord globale, attraverso l'esportazione di modelli di sviluppo standardizzati e presentati come universalmente validi. Ne deriva una visione immobilizzante di povertà e disabilità, intese come condizioni stabili e uniformi, slegate dai contesti storici, politici e culturali che le producono. Per tali ragioni, la relazione tra disabilità e povertà non dovrebbe essere assunta come un meccanismo continuo, ma analizzata nelle sue molteplici articolazioni sociali e strutturali.

Queste considerazioni possono illuminare anche le analisi relative ai paesi di destinazione. Le barriere e il limitato accesso alle opportunità sociali che caratterizzano l'esperienza delle persone con disabilità accrescono la probabilità di vivere in condizioni di povertà; allo stesso tempo, un basso status socio-economico può aumentare in modo significativo il rischio di acquisire una disabilità. Tuttavia povertà e disabilità non vanno intese come un nesso automatico e astratto, ma come una relazione complessa mediata da strutture e meccanismi specifici – regimi di welfare, mercato del lavoro, politiche abitative, sistemi educativi –, da posizionamenti sociali – genere, età, razza, status migratorio – e da processi storici.

1.7 Salute, disabilità e determinanti sociali

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il risultato globale della salute¹⁰ dipende da *determinanti intermedi* come gli stili di vita, l'istruzione, le condizioni lavorative e i fattori psicosociali, e da *determinanti sociali strutturali*. Questi ultimi si riferiscono al contesto sociopolitico: mercato del lavoro, politiche abitative, infrastrutture di welfare, politiche sociali e sistema educativo. Tali aspetti rappresentano dei dispositivi strutturali che generano divisioni di classe e condizionano l'accesso alle risorse. Esistono, pertanto, disuguaglianze nello stato di salute e nell'esposizione a patologie e a condizioni di vulnerabilità che non trovano giustificazione in fattori biologici, ma sono connesse alla stratificazione sociale. Queste disuguaglianze, dunque, potrebbero essere evitate attraverso l'implementazione di adeguate politiche sanitarie e sociali (Tofani & Marceca, 2019). In tale prospettiva bio-psico-sociale, i determinanti sociali incidono quanto quelli biologici. La salute pubblica si configura non come un ambito neutro, ma come esito di scelte collettive e assetti istituzionali: riflette le asimmetrie sociali, le disparità di potere e i criteri di inclusione o esclusione adottati dalla società.

Sebbene salute e disabilità siano concetti distinti, la loro interazione è rilevante e la malattia può essere parte di alcune esperienze di disabilità. Alcune persone presentano impairment a causa di patologie; altre possono sviluppare problemi di salute come conseguenza della propria condizione o avere esigenze sanitarie specifiche connesse al proprio impairment (Wendell, 2001). Tra le due condizioni possono esserci inoltre dei punti di contatto connessi a strutture di potere e processi

¹⁰ Nel corso degli ultimi decenni, il concetto di salute ha conosciuto un'evoluzione significativa, passando da una visione essenzialmente biomedica (dominante nel XIX e in larga parte del XX secolo) a una prospettiva più articolata e multifattoriale. La definizione classica fornita dall'OMS nel 1948 – “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia” – ha rappresentato una svolta simbolica rispetto al riduzionismo medico dominante. Tuttavia, è soprattutto con l'affermazione del modello bio-psico-sociale che si è avviata una decostruzione sistematica del paradigma meccanicistico tipico del positivismo ottocentesco, secondo il quale la malattia era interpretata come una disfunzione organica isolabile e curabile attraverso un intervento tecnico. In prospettiva sociologica, la salute si configura oggi come un costrutto multidimensionale determinato da contingenze biologiche, mentali e socio-ambientali come i determinanti sociali, culturali ed economici.

sociali disabilitanti (Pieri, 2022, p.116). Per lungo tempo i movimenti per i diritti delle persone con disabilità hanno respinto l'assimilazione alla malattia, poiché tale accostamento rischiava di rafforzare prospettive medicalizzanti e indebolire le letture sociali della disabilità. Tuttavia, malattia e disabilità possono essere esperienze connesse che plasmano i vissuti sociali e soggettivi delle persone in modi profondi e intrecciati. Riconoscere le esperienze di malattia senza abbracciare una visione puramente clinica, consente di ampliare il concetto di giustizia e accessibilità, includendo anche le vite segnate da instabilità, fatica e dolore.

1.8 Accoglienza

La sezione ricostruisce il funzionamento del sistema italiano di accoglienza e protezione nella gestione delle condizioni di disabilità.

In primo luogo vengono esaminate le procedure di ingresso, con particolare attenzione agli strumenti disponibili di identificazione e presa in carico delle condizioni di vulnerabilità, e alle modalità di collaborazione con i servizi territoriali. Viene poi analizzato l'iter di accesso al diritto d'asilo e le barriere che ne condizionano l'effettiva fruizione. Successivamente, l'analisi dei dati relativi al sistema SAI mostra come i progetti dedicati alle persone con disabilità e disagio psichico (DM/DS) continuino a rappresentare una componente quantitativamente marginale e strutturalmente inefficace della rete di accoglienza. Infine, la sezione si conclude con un approfondimento sul tema del trattenimento amministrativo nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR), ambito in cui lo scarto tra norme e prassi risulta particolarmente evidente: nonostante i divieti previsti dal quadro normativo nazionale e internazionale, permangono casi di persone con disabilità – soprattutto psicosociali – sottoposte a misure incompatibili con la tutela della salute e della dignità.

Nel complesso, viene restituito un quadro caratterizzato da diverse tensioni tra gli standard internazionali, la cornice normativa nazionale e le pratiche quotidiane di accoglienza.

1.8.1 Procedure di accoglienza

Negli ultimi anni, a livello internazionale, si è registrato un crescente interesse nei confronti dell'intersezione tra disabilità e migrazioni, documentato dalla

pubblicazione di rapporti internazionali, raccomandazioni e linee guida specifiche. Nonostante ciò, il contesto italiano continua a presentare criticità significative in termini di accessibilità delle strutture, riconoscimento dei bisogni e tutela dei diritti delle persone migranti con disabilità. Come rilevano Griffo e D'Errico (2022), uno dei nodi centrali riguarda la mancata rilevazione dei dati di flusso e, più in generale, la carenza di informazioni affidabili su tale popolazione. A ciò si somma la diffusa non conformità delle strutture di accoglienza agli standard di accessibilità e la limitata disponibilità di posti e percorsi progettuali dedicati. Tali contesti risultano impreparati a causa di barriere non solo materiali, ma anche culturali e attitudinali e il personale impiegato nei servizi, sia nel settore pubblico sia in quello privato, spesso non dispone di una formazione adeguata.

Il sistema di accoglienza italiano si articola a partire dalla distinzione tra migrazione forzata e migrazione economica, dicotomia che orienta l'accesso a misure e stabilisce percorsi differenziati in funzione dello status giuridico. Come anticipato in precedenza, la disabilità può mettere in discussione la rigidità di tali definizioni e sollecitare un ampliamento del quadro interpretativo (cap. 1.4.2). Le traiettorie migratorie, infatti, sono stratificate e plasmate da molteplici fattori: conflitti, instabilità istituzionale e infrastrutturale, condizioni ambientali degradate, assenza di sistemi sanitari adeguati o di risorse sociali. In alcuni casi, la disabilità è esito diretto o indiretto di trasformazioni ambientali e climatiche, costituendo a sua volta un fattore di spinta alla mobilità. Queste dinamiche eccedono talvolta i confini delle categorie normative tradizionali e richiedono una lettura intersezionale delle esperienze migratorie e dei contesti sociali in cui esse si producono. Le classificazioni migratorie, inoltre, non sono categorie oggettive e immutabili, ma costrutti giuridico-amministrativi storicamente contingenti, suscettibili di variazione al mutare di dispositivi normativi e scelte politiche.

In Italia l'accesso a misure di accoglienza strutturate è riservato prevalentemente a chi si trova in una condizione di migrazione forzata. Il Decreto Cutro (DL 20/2023) ha ridefinito l'accesso al sistema di accoglienza, escludendo i richiedenti protezione internazionale dal circuito ordinario del SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione), salvo nei casi in cui sussistano condizioni di vulnerabilità

specificamente riconosciute¹¹. Ne deriva un restringimento del SAI ai titolari di protezione internazionale e ai richiedenti vulnerabili, mentre i richiedenti non vulnerabili vengono collocati nei CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), strutture gestite dalle Prefetture, caratterizzate da standard minimi di accoglienza e servizi ridotti sul piano legale, linguistico e sociale.

La normativa italiana riconosce le persone con disabilità come soggetti in condizione di vulnerabilità. L'uso della categoria di "vulnerabilità" in riferimento alle persone disabili è oggetto di dibattito critico in ambito giuridico, sociologico e nei Disability Studies. Diversi/e autori e autrici rilevano come la nozione – anche nell'ambito delle politiche migratorie – rischi di produrre rappresentazioni essenzializzanti, descrivendo una condizione intrinseca di fragilità e oscurando le responsabilità istituzionali nella produzione di barriere e disabilitazione. Nel diritto, inoltre, la vulnerabilità è impiegata in modo eterogeneo – talvolta come criterio di tutela rafforzata, talvolta come dispositivo selettivo – generando ambiguità interpretative e applicative. In quest'ottica, molte analisi sottolineano la necessità di distinguere tra vulnerabilità come categoria amministrativa e le condizioni materiali di esclusione generate da assetti normativi e organizzativi¹².

In conformità al D.Lgs. 142/2015 e alle direttive europee, le persone in condizione di vulnerabilità dovrebbero essere identificate tempestivamente e beneficiare, sin dalle fasi iniziali del percorso di accoglienza, di misure specifiche di assistenza sanitaria, psicologica e sociale. A tal fine in Italia è stato istituito un gruppo di lavoro¹³, volto a promuovere un modello uniforme di governance per

¹¹ Ai fini operativi, l'art. 17, c. 1, d.lgs. 142/2015 (attuazione Dir. 2013/33/UE) richiede che le misure di accoglienza tengano conto della specifica situazione delle persone vulnerabili "quali i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali femminili".

¹² Per un approfondimento si veda: Bernardini (2019); Pinelli (2022); Jacobsen (2023).

¹³ Il gruppo di lavoro, avviato su iniziativa del Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione (DLCI), è composto da rappresentanti di: Ministero dell'Interno (Dipartimento di Pubblica Sicurezza, Commissione nazionale per il diritto di asilo), Ministero della Salute (Direzione generale della

l'individuazione, il referral e la presa in carico di persone con esigenze specifiche, lungo tutte le fasi dell'accoglienza, dall'accesso alla protezione internazionale al trattenimento amministrativo. Nel 2023 tale gruppo di lavoro ha prodotto un *Vademecum* operativo che standardizza procedure e strumenti per identificazione, segnalazione e presa in carico (Ministero dell'Interno, 2023).

L'identificazione della disabilità può avvenire durante lo screening sanitario negli hotspot, in fase di registrazione della domanda di protezione internazionale in questura, oppure nelle strutture di accoglienza (CAS/SAI). La condizione può essere auto-segnalata o rilevata da operatori e operatrici sociali, mediatori/mediatrici, professionisti/e sanitari/e o legali. Una volta riscontrata una situazione di vulnerabilità – compresa la disabilità –, viene avviata una valutazione individuale dei bisogni, da svolgere in tempi rapidi, con il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari territoriali (ASL) e degli enti gestori dell'accoglienza. Il *Vademecum* richiede la presenza di equipe multidisciplinari adeguatamente formate e, in linea con la CRPD, adotta una nozione di disabilità come impedimento alla piena partecipazione sociale, esito di barriere ambientali e attitudinali, non riducibile alla mera condizione clinica. In questa prospettiva, promuove l'utilizzo dell'approccio ICF, sottolineando l'importanza della relazione con il contesto socioculturale di riferimento. Il documento fa inoltre riferimento al NAT (*Needs Assessment Tool*), che adotta un approccio multidisciplinare e umanistico, non centrato su criteri diagnostici. Tale strumento può essere utilizzato da diverse figure professionali e consente a rifugiati e migranti di esprimere i propri bisogni in modo meno restrittivo. La segnalazione di una condizione di disabilità prevede l'attivazione di interventi mirati ed accomodamenti concreti: alloggi accessibili, assistenza sanitaria e psicologica appropriata e mediazione linguistico-culturale.

prevenzione sanitaria), Servizio Centrale per la gestione del SAI, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Ministero dell'Economia e delle Finanze (Guardia di Finanza), Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (Guardia Costiera e Capitaneria di Porto), Commissione europea, Agenzia europea della guardia di frontiera e costiera (Frontex), Ufficio europeo di polizia (Europol), Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA), Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM), UNICEF ECARO (Ufficio regionale Europa e Asia centrale, sezione distaccata in Italia), Croce Rossa Italiana (CRI).

Le strutture di prima e seconda accoglienza sono soggette alla normativa nazionale sul superamento delle barriere architettoniche (legge 13/1989 e al D.M. 236/1989) che definisce requisiti minimi di accessibilità per gli edifici pubblici. Tuttavia, non esiste attualmente una mappatura completa dei centri di accoglienza effettivamente accessibili (Di Sciullo et al., 2020) e molte strutture non risultano conformi; in diversi casi, mancano attrezzature adeguate e il personale non è sufficientemente formato per rispondere ad esigenze specifiche. All'interno della rete SAI sono previsti progetti dedicati all'accoglienza di persone con disabilità o disagio mentale (DS/DM), caratterizzati dalla presenza di personale specializzato e da un coinvolgimento strutturato dei servizi socio-sanitari territoriali. Tali progetti sono concepiti come percorsi individualizzati che integrano dimensione sanitaria, sociale e comunitaria, con l'obiettivo di promuovere inclusione attiva e favorire percorsi di autonomia socio-lavorativa.

Come evidenziato, il quadro normativo prevede diverse garanzie che, tuttavia, si scontrano spesso con le pratiche applicative, generando scarti significativi tra principi formali e funzionamento concreto dei servizi.

1.8.2 Procedure di asilo

In Italia, così come in altri Paesi europei, per lungo tempo il sistema di accoglienza è stato concepito e strutturato sul modello implicito di un richiedente adulto, di genere maschile, in buona salute e privo di esigenze specifiche. Questo immaginario istituzionale, divenuto nel tempo uno standard non dichiarato, ha contribuito a orientare la progettazione di dispositivi, procedure e pratiche di accoglienza, riconoscendo e rispondendo prioritariamente ai bisogni di tale profilo. Negli ultimi decenni, tuttavia, i flussi migratori hanno assunto configurazioni sempre più eterogenee, sono più diversificati dal punto di vista di genere ed una loro componente crescente è costituita da minori e persone in condizione di vulnerabilità (Ministero dell'Interno, 2023, p.1). Queste trasformazioni mettono in discussione un sistema di accoglienza pensato per un soggetto "universale" e producono contraddizioni e disallineamenti tra norme e pratiche effettive.

Sul versante della disabilità, la normativa europea e italiana stabilisce che, in assenza di adeguati supporti, le persone con disabilità non siano sottoposte a procedure accelerate o di frontiera, ma alla procedura ordinaria, che prevede tempi più ampi e

garanzie rafforzate. Le linee guida *Persons with Disabilities in Asylum and Reception Systems* dell'EUAA (2024), raccomandano di garantire l'accessibilità effettiva degli iter mediante documentazione in formati fruibili, mediazione linguistico-culturale qualificata e consulenze mediche e psicologiche specialistiche. Tuttavia, la stessa EUAA rileva che non sempre le Commissioni Territoriali dispongono di personale sufficientemente qualificato, con ricadute sull'identificazione dei bisogni e sulla qualità dell'audizione. In questa direzione, anche l'Union of Equality Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021-2030 ha richiamato la necessità di introdurre politiche integrate che garantiscano accessibilità e sicurezza nei sistemi di asilo e accoglienza, includendo il rafforzamento della formazione degli interpreti e del personale addetto alla valutazione delle domande di asilo.

Come osserva Bernardini (2022), molte prassi restano ancorate alla figura implicita di un richiedente asilo “(presunto come) autonomo e razionale” (p.86). Le persone con disabilità che presentano domanda di protezione devono spesso addurre l'evidenza del proprio impairment – talvolta oggetto di stigmatizzazione o persecuzione nel Paese d'origine –, senza essere al corrente di eventuali benefici che potrebbero derivare da tale dichiarazione. Questo modello penalizza chi incontra difficoltà nel produrre una narrazione che risponda ai requisiti di coerenza e plausibilità richiesti, in contesti estranei e in una lingua non familiare. Per evitare un'invisibilizzazione o una sottostima della disabilità, sarebbe opportuno invece adottare un approccio *trauma-informed*, attento alla pluralità delle condizioni cognitive e culturali. Sull'esito della valutazione, inoltre, incide in maniera rilevante la possibilità di avvalersi di un'assistenza legale competente e di disporre di certificazioni medico-legali in grado di contrastare la “presunzione di non credibilità dei richiedenti” (p.87).

Il quadro presentato contrasta con quanto previsto dall'art. 12 della CRPD, che sancisce il diritto di ogni individuo a esercitare la propria capacità giuridica su base di uguaglianza e attraverso la valorizzazione della capacità decisionale del soggetto. Quest'impostazione richiede il superamento di standard cognitivisti, a favore di modelli capaci di sostenere la persona nell'espressione delle proprie preferenze: la predisposizione di specifici accorgimenti che tengano conto dei suoi stili comunicativi, relazionali o comportamentali, l'impiego di strumenti facilitatori e il coinvolgimento

di personale adeguatamente formato, non solo in ambito medico-specialistico ma anche nel campo delle scienze sociali e nella mediazione linguistico-culturale (p.89).

Sul piano dei titoli di protezione giuridica, nessuna delle norme internazionali o europee che definiscono la nozione di rifugiato¹⁴ menziona esplicitamente la disabilità tra i motivi di protezione. In alcuni casi, al fine di colmare il vuoto di tutela nei confronti delle persone con disabilità in cerca di protezione, il riconoscimento può avvenire attraverso l'inquadramento nell'“appartenenza a un gruppo sociale determinato”, accompagnato da un timore fondato di persecuzione¹⁵. Il “gruppo sociale” indica persone accomunate da una caratteristica innata o immutabile – come alcune disabilità o condizioni patologiche – oppure da una storia condivisa non modificabile, come nel caso di disabilità derivanti da situazioni di conflitto (Arconzo, 2022).

Le persone con disabilità possono, in alcuni casi, ottenere un permesso di soggiorno per cure mediche (art. 19, comma 2, lett. d bis del D.Lgs. 286/98). Questo permesso tutela le persone, anche irregolari, che si trovano in gravi condizioni psico-fisiche o derivanti da gravi patologie, non curabili nel Paese di provenienza e, per le quali il rimpatrio potrebbe comportare un grave pregiudizio alla salute. Tali condizioni devono essere certificate da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. La procedura comporta un onere probatorio piuttosto stringente che richiede una conoscenza approfondita del sistema sanitario del paese d'origine e dati attendibili sulla disponibilità delle cure; ciò contribuisce alla sua scarsa applicazione. Questo tipo di permesso non rientra nella

¹⁴ La Convenzione di Ginevra del 1951 definisce con il termine “rifugiato” qualsiasi persona che “per timore fondato di essere perseguitata per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o opinioni politiche, si trovi al di fuori del paese della sua nazionalità e non sia in grado o, a causa di tale timore, non voglia avvalersi della protezione di detto paese; oppure a chi, non avendo una nazionalità e trovandosi al di fuori del paese della sua precedente residenza abituale in conseguenza di tali eventi, non sia in grado o, a causa di tale timore, non voglia ritornarvi”.

¹⁵ In alcuni paesi le persone con impairment possono subire trattamenti violenti e/o degradanti da parte dello Stato, dei nuclei familiari o della società nel suo complesso. In tali casi, come evidenziato da Blair & Neale (2021) la disabilità può configurarsi come una specifica causa di persecuzione e dovrebbe essere riconosciuta come tale nell'esame delle domande di protezione internazionale, anche quando la richiesta sia formalmente presentata per altri motivi.

protezione internazionale ed è valido solo sul territorio nazionale, per il periodo strettamente necessario alle cure.

Box - Attori istituzionali e responsabilità

Il sistema accoglienza presenta un assetto multilivello:

Il Ministero dell'Interno definisce cornici e risorse;

le Prefetture governano i CAS tramite bandi e vigilanza;

i Comuni sono titolari dei progetti SAI (coordinati dal Servizio Centrale) e li articolano con i servizi locali;

Regioni/ASL garantiscono l'integrazione socio-sanitaria;

il Terzo settore implementa e co-progetta gli interventi con servizi sociali, scuola e lavoro.

La discrezionalità di operatori e operatrici front-line incide su accesso, *referral* e accomodamenti, producendo esiti territorialmente differenziati.

1.8.3 Dati disponibili

I dati del XXIII Rapporto SAI (2025) confermano una tendenza ormai consolidata: il sistema di accoglienza italiano continua a operare in condizioni di saturazione e ad attribuire un ruolo marginale ai progetti rivolti a persone con disabilità e disagio psichico (DM/DS).

A fronte di una crescita complessiva della rete – con 38.696 posti attivi a fine 2024, in lieve aumento rispetto all'anno precedente – i 766 posti DM/DS rimangono sostanzialmente invariati e rappresentano meno del 2% della capacità totale. Se si osserva il numero di progetti, la situazione appare leggermente diversa: nel 2024 i progetti DM/DS costituiscono circa il 4,6% del totale dei progetti finanziati e attivati, una quota che, presa isolatamente, potrebbe sembrare più consistente. Tuttavia, quando si considera la capacità effettiva di accoglienza, emerge chiaramente la marginalità strutturale: i progetti DM/DS sono numericamente presenti, ma di dimensioni ridotte e con un impatto molto limitato sul sistema complessivo. Anche la distribuzione territoriale contribuisce a evidenziare le disuguaglianze: oltre la metà dei posti DM/DS è concentrata in tre sole regioni – Sicilia (228 posti), Puglia (170) ed

Emilia-Romagna (119) – determinando percorsi di accesso disomogenei e fortemente legati al contesto locale.

Per quanto riguarda i beneficiari, nel 2024 sono state accolte circa 973 persone nei progetti DM/DS, su un totale di circa 55.000 beneficiari del sistema SAI. La percentuale resta dunque minima, a conferma del fatto che, pur riconosciuta formalmente, questa tipologia di accoglienza occupa uno spazio residuale.

La quota di progetti DM/DS (4,6%) si riferisce al numero di iniziative finanziate e attivate, mentre la quota di posti effettivi (meno del 2%) misura la reale capacità ricettiva. In altre parole, i progetti DM/DS sono presenti nella rete, ma sono di piccole dimensioni e quindi incidono poco sul totale dei posti disponibili.

Nel complesso, i dati confermano che la presa in carico delle persone con disabilità e disagio psichico continua a occupare uno spazio residuale nel SAI: risulta un'offerta limitata, concentrata in poche regioni e incapace di incidere in modo significativo sul funzionamento complessivo del sistema.

1.8.4 CPR

I Centri di permanenza per il rimpatrio costituiscono il contesto in cui la distanza tra quadro normativo e prassi operative si manifesta con particolare evidenza, rendendo esplicite le criticità del sistema. Le persone in condizione di irregolarità destinatarie di un provvedimento di espulsione possono essere trattenute nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR), dispositivi di detenzione amministrativa previsti dall'ordinamento italiano.

La normativa vigente (art. 14 T.U. 286/1998 e Direttiva 2008/115/CE) stabilisce che le persone con disabilità o altre condizioni di vulnerabilità non debbano essere sottoposte a tale forma di trattenimento e, qualora identificate, debbano essere tempestivamente trasferite in strutture d'accoglienza idonee. Nonostante la detenzione nei CPR sia considerata incompatibile con situazioni di fragilità psicofisica, diverse fonti (SIEP et al., 2024; Garante Nazionale, 2023; WHO, 2022; Amnesty International, 2024; Open Migration, 2025) documentano una sostanziale discrepanza tra il quadro normativo e la prassi.

Le procedure di screening sanitario all'ingresso nei CPR risultano generalmente sommarie: pur essendo necessaria, per disposizione ministeriale, una valutazione sanitaria “di idoneità alla vita in comunità ristretta”, di fatto tale strumento

si concretizza quasi sempre come mero nulla osta, senza un esame complessivo dello stato di salute della persona¹⁶ (CPT, 2024). I servizi medici e psichiatrici interni, spesso insufficienti, sono esternalizzati a gestori privati, non sempre dotati di formazione specifica in ambito di medicina detentiva e delle migrazioni; le strutture, inoltre, non rispettano alcun parametro di accessibilità dal punto di vista architettonico.

In tale quadro si osservano trattenimenti di persone con impairment psico-fisici o patologie, in ambienti che aggravano le condizioni di fragilità pre-esistenti e contribuiscono all'insorgenza di nuovi disturbi, soprattutto psichiatrici (Cocco et al., 2024). In linea con la letteratura internazionale, l'OMS (2022) sostiene che tali luoghi costituiscono fattori di rischio per la salute mentale, per la possibile diffusione di malattie infettive e – a causa dei bassi standard di qualità di presa in carico – anche delle malattie croniche. Numerosi report e inchieste hanno denunciato il mancato rispetto degli standard minimi di assistenza, la somministrazione di psicofarmaci senza adeguato monitoraggio clinico e trattamenti sistematici degradanti. Nel complesso, questi elementi mettono in discussione la compatibilità dei CPR con i principi fondamentali del diritto alla salute e alla dignità umana e con gli obblighi internazionali in materia di diritti fondamentali.

1.9 Servizi e Welfare

Nel dibattito pubblico e istituzionale sulle migrazioni, l'attenzione si concentra prevalentemente sulle politiche di controllo dei flussi e sui criteri selettivi alle frontiere. Tuttavia, le politiche migratorie non si esauriscono nei dispositivi di ingresso, ma si estendono anche alle condizioni e alle possibilità di accesso al welfare.

Le norme che regolano il rilascio e il rinnovo del permesso di soggiorno, i criteri di ammissione al sistema di accoglienza (SAI) e i vincoli amministrativi

¹⁶ In linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dei principali documenti internazionali per la tutela della salute delle persone detenute, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), la Rete “Mai più lager – No ai CPR” e l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) hanno lanciato una campagna nazionale per chiedere ai medici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di non rilasciare dichiarazioni di idoneità alla permanenza nei CPR, al fine di denunciare le gravi condizioni e i rischi per la salute cui sono sottoposte le persone trattenute. Cfr: https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2024/02/1_Appello.pdf.

connessi, incidono direttamente sulla fruibilità dei servizi sanitari e sociali per le persone migranti. L'accesso al welfare è inoltre condizionato da un insieme di obblighi e standard definiti a livello internazionale e sovranazionale. Tra questi, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD, 2006), la Convenzione di Ginevra sullo status di rifugiato (1951), le direttive europee in materia di accoglienza e inclusione (come la Direttiva 2013/33/UE) e la normativa nazionale in tema di assistenza e integrazione sociale (ad esempio, la Legge 104/1992) stabiliscono principi di uguaglianza di trattamento e non discriminazione che vincolano le politiche pubbliche.

Disabilità e migrazioni costituiscono, così, categorie sociali regolate da dispositivi amministrativi, burocratici e culturali che producono un accesso differenziato a risorse e servizi essenziali come l'istruzione, l'assistenza sanitaria, il mercato del lavoro. All'intersezione tra queste due condizioni sociali – entrambe attraversate da processi strutturali di marginalizzazione – emergono con particolare evidenza le tensioni legate all'effettiva esigibilità dei diritti e alla possibilità concreta di accesso alle opportunità sociali.

Una volta giunti nel Paese di destinazione, le persone migranti con disabilità incontrano barriere materiali e simboliche che si manifestano con intensità e configurazioni differenti a seconda del contesto normativo e istituzionale. Molte persone, sia prima dell'arrivo in Italia sia durante la fase di prima accoglienza, non sono a conoscenza dei propri diritti, né in quanto persone migranti né in quanto persone con disabilità, e spesso non ricevono un adeguato orientamento in tal senso (Griffo & D'Errico, 2022, p. 32).

Le differenze tra i Paesi di origine e il sistema italiano possono essere significative: in Italia, ad esempio, il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) garantisce una copertura universale e sono in vigore numerose convenzioni che tutelano i diritti delle persone con disabilità, delle persone migranti e dei minori (Griffo & D'Errico, 2022). In comparazione internazionale (MIPEX 2020), l'Italia presenta un quadro moderatamente inclusivo (58/100) e, sul versante sanitario, diritti formalmente ampi ma ostacoli attuativi (*halfway favourable*).

A livello formale, i/le richiedenti asilo e i/le titolari di protezione internazionale hanno diritto all'assistenza sanitaria e sociale alle stesse condizioni delle persone

residenti, tramite l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale. Per le persone non in regola con il soggiorno, il Ministero della Salute ha istituito il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che consente l'accesso a cure urgenti ed essenziali, nonché a programmi di prevenzione. L'assistenza tramite STP comprende prestazioni riabilitative e fornitura di ausili¹⁷ per condizioni croniche o invalidanti, purché rientrino nell'ambito delle “cure essenziali e continuative”. Tuttavia, lo STP non equivale all'iscrizione al SSN e non consente l'accesso a prestazioni non urgenti o programmate. Nonostante tali garanzie formali, permane una forte discrepanza tra le normative e l'effettivo accesso ai diritti e alle cure, soprattutto a causa della diffusione limitata di informazioni e della mancanza di strumenti comunicativi adeguati.

Sebbene il SSN preveda l'erogazione di servizi essenziali di cura, le strutture sanitarie non risultano sempre attrezzate per interfacciarsi con utenti provenienti da differenti contesti socio-culturali. Si osservano frequentemente dinamiche di incomunicabilità, sia linguistiche sia culturali, che compromettono l'efficacia della presa in carico. In assenza di un supporto concreto – nella compilazione della modulistica, nella comprensione dei requisiti normativi o nell'orientamento tra le strutture competenti – si attivano meccanismi sistematici di esclusione.

L'organizzazione dei servizi di welfare è strutturata secondo modelli culturali e istituzionali che, se non soggetti a processi di riflessività critica e adattamento interculturale, possono generare barriere comunicative, simboliche e operative. Tali dinamiche producono un'asimmetria strutturale tra le possibilità offerte dal sistema e le domande e le condizioni di accesso delle persone neoarrivate. In questo quadro, la presenza di strumenti di mediazione culturale, traduzione linguistica e informazione accessibile, assume un ruolo cruciale per trasformare i diritti formali in diritti effettivamente esigibili.

Box- Accesso al SSN e alle prestazioni sociali

¹⁷ Nonostante le garanzie formali, lo studio di Tofani et al. (2023) documenta come l'accesso reale ai servizi di riabilitazione e alle tecnologie assistive sia molto limitato per rifugiati e richiedenti asilo. Solo dieci regioni su venti dispongono di servizi specifici e appena il 2 % dei posti nei centri di accoglienza è destinato a persone con disabilità.

L'accesso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per le persone migranti avviene tramite:

- Iscrizione obbligatoria per titolari di permesso di soggiorno per lavoro, protezione internazionale o motivi familiari.
- Iscrizione temporanea (Tessera STP – Straniero Temporaneamente Presente) per chi è privo di permesso di soggiorno regolare, al fine di garantire cure urgenti ed essenziali, incluse prestazioni riabilitative e fornitura di ausili (Circolare Ministero della Salute n. 5/2000, successive integrazioni). Per i titolari di STP la prassi nazionale include il divieto di segnalazione dell'irregolarità amministrativa da parte delle strutture sanitarie.
- Iscrizione volontaria per alcune categorie non obbligate, previo pagamento di un contributo.
- Codice ENI (Europeo Non Iscritto) per cittadini dell'Unione Europea in condizioni di fragilità sociale o economica, non residenti in Italia e privi di copertura sanitaria nel Paese d'origine.

L'accesso a prestazioni come invalidità civile, indennità di accompagnamento, assistenza domiciliare richiede:

- Residenza anagrafica
- Iscrizione al SSN
- Valutazione medico-legale (Commissioni ASL/INPS).
- Iter documentale (certificazioni mediche, modulistica, eventuali traduzioni asseverate)

Questi iter sono spesso ostacolati da barriere linguistiche, tempi di attesa prolungati, complessità normativa e discontinuità di presa in carico nei passaggi tra diverse strutture (es. ASL, Comuni, Prefetture).

Il rischio di esclusione da ambiti significativi della vita sociale cui sono esposte le persone con disabilità, nel caso di persone migranti, interseca ulteriori fattori disabilitanti connessi a un modello di immigrazione strutturalmente svantaggiata (Zanfrini, 2019). Tale dinamica si riflette nella sovra-rappresentazione delle persone con background migratorio in pressoché tutti i gruppi sociali considerati svantaggiati

e vulnerabili. Le barriere esperite da persone disabili con background migratorio assumono ulteriori e specifiche configurazioni connesse all'elevata esposizione al rischio di disoccupazione e occupazione irregolare, all'alta incidenza di *early school leavers*, alla frantumazione della rete familiare, alle difficoltà di accesso ai servizi dovute alle barriere linguistico-culturali (Zanfrini et al., 2025, p.240). Tali fattori compromettono le condizioni necessarie per il raggiungimento di una stabilità economica e la mancanza di supporti sociali rende ancora più complessa la gestione del tempo e delle risorse, riducendo significativamente le possibilità di accesso e mantenimento di un'occupazione. Per una persona migrante, inoltre, ottenere il riconoscimento dei propri bisogni all'interno del sistema dei servizi implica la capacità di tradurli in categorie amministrative legittime; tale processo richiede competenze linguistiche e culturali specifiche.

Come si approfondirà nel capitolo successivo (cap. 2.7), il campo burocratico è lo spazio in cui lo Stato esercita il proprio monopolio sulla definizione e classificazione della realtà sociale. In questo ambito, le procedure amministrative e le categorie giuridiche non sono strumenti imparziali, ma dispositivi che partecipano alla produzione e riproduzione delle disuguaglianze, determinando chi viene riconosciuto come destinatario legittimo di diritti e risorse. La burocrazia costituisce uno spazio in cui agiscono soggetti dotati di specifici capitali – giuridici, culturali, amministrativi – capaci di nominare e classificare i problemi sociali secondo logiche istituzionali (Bourdieu et al., 1994). Chi non dispone di tali risorse, come spesso accade nel caso delle persone neoarrivate, rischia di restare ai margini. Questa dinamica può inoltre intersecarsi con la condizione di disabilità che, secondo il modello sociale, deriva dalle barriere poste dall'ambiente: la mancata rimozione di ostacoli e l'inaccessibilità finiscono così per amplificare i processi di esclusione e disuguaglianza.

L'oggettività del campo burocratico si materializza in dispositivi normativi e procedure formali che, nel loro funzionamento quotidiano, contribuiscono a modellare le strutture cognitive, le percezioni e i comportamenti degli attori sociali (Bourdieu, 2013), naturalizzando l'ordine istituzionale come neutro e legittimo. Tale configurazione si traduce, da un lato, in pratiche e servizi non sufficientemente progettati in ottica di accessibilità – fisica, linguistica e procedurale – e, dall'altro, in un personale spesso non adeguatamente formato, che tende a replicare

inconsapevolmente categorie dominanti e visioni normative. Operatori e operatrici sociali risultano spesso impreparati riguardo ai vissuti e alle rappresentazioni della disabilità nei contesti d'origine; alla conoscenza delle forme di riconoscimento esigibili da parte degli enti pubblici e della società civile; all'esistenza di politiche di contrasto a barriere architettoniche e ambientali e rispetto a quali siano, nell'esperienza della disabilità stessa e nell'uso delle risorse per accompagnarla, le differenze e le disuguaglianze tra aree urbane e rurali, o tra differenti estrazioni economiche (Colombo et al., 2022 p.17).

La maggior parte degli interventi sociali esistenti – dedicati all'ambito della disabilità o delle migrazioni – inoltre, mantiene un'impostazione “satellitare”, caratterizzato da una scarsa comunicazione, collaborazione e conoscenza reciproca tra enti e servizi. Le politiche per la disabilità tendono a trascurare variabili come il background migratorio e le differenze linguistiche e culturali; analogamente, le ricerche e gli interventi nel campo delle migrazioni si concentrano prevalentemente su elementi come la nazionalità o la provenienza, trascurando la *super-diversity* (Vertovec, 2007) che caratterizza i fenomeni migratori contemporanei: lo status legale, le condizioni socio-economiche, il background educativo, la religione, la lingua, il genere, l'età, l'orientamento sessuale, la tipologia del percorso migratorio e i legami con il paese d'origine sono tutte dimensioni che delineano esperienze migratorie sempre più diversificate. Questo scenario richiede l'abbandono di letture monodimensionali: le politiche che trascurano la presenza di corpi e vite disabili, mantengono una dimensione disincarnata, slegata dalla pluralità delle componenti sociali e materiali definiscono le diverse soggettività; tali dinamiche incrementano processi di discriminazione implicita tanto nelle pratiche istituzionali quanto in quelle promosse da organizzazioni solidaristiche e di *advocacy* (Zanfrini et al., 2025).

1.10 Intersezioni

Nella letteratura disponibile relativa alla relazione tra disabilità e migrazioni la dimensione del genere rimane spesso trascurata, nonostante essa influisca significativamente sui percorsi di integrazione e sull'accesso alle opportunità sociali.

Il genere è una costruzione sociale storicamente situata e costituisce una categoria analitica utile alla comprensione dei fenomeni sociali e delle relazioni di

potere. Esso struttura le esperienze migratorie lungo l'intero processo di spostamento: dalla fase pre-partenza fino all'ingresso e alla permanenza nei paesi di destinazione. Le norme di genere – nei paesi di origine, transito e destinazione – definiscono aspettative e ruoli differenti che incidono a livello individuale, familiare e sociale, ad esempio: su chi debba intraprendere il percorso migratorio, sulle motivazioni e le modalità di spostamento, sulla scelta del paese di destinazione, sull'obiettivo della migrazione, sullo status e i diritti concessi dalle legislazioni dei vari paesi. Il genere può influenzare l'accesso ad opportunità o, al contrario, esporre a rischi specifici, riflettendo asimmetrie sistemiche e strutturali più ampie. In particolare, le disuguaglianze relative al potere decisionale e la segmentazione di genere all'interno dell'economia globale risultano fattori chiave per la comprensione dei modelli di migrazione (IOM, 2024).

Risultano carenti i sistemi di monitoraggio dell'impatto dei programmi di accoglienza e inclusione sulla vita delle donne con disabilità nei Paesi di origine, transito e destinazione (IOM, 2016). È tuttavia ampiamente condivisa l'idea che tali soggettività sperimentino una forma intersezionale di discriminazione – spesso descritta come “triplice”, ovvero derivante dall'intreccio di genere, status migratorio e disabilità. Secondo l'IOM (2024), nel 2020 il 60% delle vittime di tratta identificate a livello mondiale erano donne e ragazze. La condizione di disabilità moltiplica l'esposizione al rischio di abusi sessuali, violenze e *trafficking* (Bernardini, 2019; European Disability Forum, 2022), e in alcuni casi, gli impairment possono essere acquisiti a seguito di violenze subite nei paesi d'origine, di transito e di destinazione (Boiano, 2019). Sebbene le donne e le persone LBGTQIA+ presentino una maggiore probabilità di subire abusi, l'inferiore numero di uomini e ragazzi identificati come *vittime* non esclude la loro esposizione al lavoro coatto, alle attività criminali forzate e a molteplici forme di sfruttamento. Secondo l'IOM (2024) gli uomini possono risultare meno visibili ai sistemi di protezione e talvolta presentare difficoltà ad identificarsi come vittime, in particolare nei casi di sfruttamento sessuale, a causa di stigma e modelli culturali. Criticità nel riconoscimento e quantificazione del fenomeno riguardano anche le persone trans e non-binary, più frequentemente esposte a sfruttamento sessuale, oltre che a specifici rischi nei contesti di accoglienza e detenzione.

Inquadrando la disabilità in chiave sociale – come esito dell’ambiente sociale e materiale – la condizione delle donne con background migratorio e disabilità varia sensibilmente in funzione del tipo di impairment, dei contesti di riferimento e della relativa concezione culturale della disabilità. Incidono inoltre, lo status giuridico, la componente familiare e sociale, le possibilità di accesso all’assistenza sanitaria, all’istruzione e al lavoro, nonché le condizioni socio-economiche. In media le donne sono più povere, meno istruite e con uno stato di salute peggiore, a causa di un minore accesso o possesso di risorse (IOM, 2024). Nei paesi di destinazione, l’invisibilità esperita sul piano sociale, giuridico e istituzionale, tende a oscurare bisogni, aspirazioni e capacità, ostacolando l’implementazione di interventi di supporto e i percorsi di autodeterminazione (Pescetti, 2019).

Per quanto riguarda la popolazione migrante LGBTQIA+, gli studi disponibili restano limitati. L’esistenza di norme a tutela del SOGIESC (*Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, Sex Characteristics*)¹⁸ – inclusa la protezione internazionale – può indurre chi subisce discriminazioni e violenze nel proprio Paese a spostarsi; in questi casi la migrazione può rappresentare un’opportunità di sottrazione a norme tradizionali, pressioni sociali o effettive persecuzioni. I dati su SOGIESC e migrazioni restano discontinui e non comparabili¹⁹: le principali agenzie internazionali segnalano una carenza informativa cronica e la necessità di protocolli di raccolta sicuri ed esaustivi. Le persone LGBTQIA+ con disabilità spesso affrontano forme multiple di discriminazione ed esclusione connesse alla loro disabilità e al loro orientamento sessuale e/o identità di genere. Si tratta di un’esclusione sistemica, radicata in stereotipi e pregiudizi, che delegittima le esistenze e ne ostacola la partecipazione alla

¹⁸ Il termine SOGIESC utilizzato nel lessico di policy è qui impiegato in modo strumentale e contestuale, pur riconoscendo l’eterogeneità delle categorie ricomprese e i relativi rischi di appianamento, non piena traducibilità culturale e perdita di connotazione politica.

¹⁹ Nell’UE si registrano avanzamenti procedurali nell’accoglienza SOGIESC, ma manca una rilevazione amministrativa armonizzata e indicatori di esito comparabili (EUAA, 2024). In Italia, persistono criticità di raccolta dati. Nonostante la norma di riferimento (art. 17, c.1, D.Lgs. 142/2015) ricomprenda l’identità di genere tra le vulnerabilità, il “Vademecum per la rilevazione ed il referral delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio” (Ministero dell’Interno, 2023) fa riferimento unicamente all’orientamento sessuale; questo disallineamento terminologico-operativo rischia di produrre sotto-riconoscimento in fase di screening e presa in carico.

vita pubblica²⁰. Secondo lo United Nations Human Rights (2023) la violenza contro le persone con disabilità che si identificano come LGBTQIA+ costituisce una “preoccupazione globale allarmante” (p.2). Questo tipo di violenza è spesso sottostimato e ignorato sia dalle istituzioni che dalla società nel suo complesso: comprende abusi fisici, sessuali, psicologici ed economici, pratiche di correzione o conversione, la negazione del potere decisionale sul proprio corpo attraverso interventi medici non necessari o non consensuali, e pratiche di sterilizzazione forzata. Tali dinamiche assumono ulteriori connotazioni nell’interazione con le specifiche barriere sociali e culturali esperite dalle persone migranti (TGEU, 2018; UNHCR, 2021). I risultati del progetto SOGICA – *Sexual Orientation and Gender Identity Claims of Asylum* (2016–2020)²¹ finanziato dallo European Research Council (ERC) – focalizzato sulle esperienze di richiedenti asilo per ragioni SOGIESC – indicano che, sebbene la maggior parte dei paesi europei riconosca il diritto di asilo per tali motivi, barriere strutturali e carenze formative del personale e delle autorità competenti possono ostacolare l’iter, in modo analogo a quanto accade per le richieste di asilo relative a persone con impairment non visibili. Accanto al requisito di autonomia e razionalità (cap. 1.8.2.), anche il genere può incidere sulla credibilità delle richieste d’asilo.

L’assenza di focus sull’intersezione di più dimensioni sociali contribuisce alla riproduzione di paradigmi abilisti ed eteronormativi: i criteri di coerenza e plausibilità pretesi nelle audizioni risultano spesso incompatibili con biografie segnate da traumi pregressi o, più in generale, con la natura intima e personale dei vissuti relativi all’identità e alle espressioni di genere (IOM, 2024). Inoltre persistenti stereotipi, come la rappresentazione della “vulnerabilità” come caratteristica *femminile* o

²⁰ Uno sguardo particolarmente utile sul tema è offerto dai *Crip Studies* (McRuer, 2006; Kafer, 2013) che, in dialogo con i *Migration Studies*, permettono di analizzare l’intersezione delle oppressioni connesse a genere, disabilità e status migratorio. La *Crip Theory* propone una critica radicale ai regimi di normalità che definiscono corpi e identità legittime, evidenziando come l’aspettativa di “abilità obbligatoria” (*compulsory able-bodiedness*) privilegi un modello di individuo razionale e performante e comporti la negazione e svalutazione delle vite non conformi a tale standard.

²¹ Disponibile in: <https://www.sogica.org/it/>.

l'identificazione ricorrente degli uomini come “falsi richiedenti asilo”, producono letture distorte delle domande e alimentano bias di valutazione lungo l'iter.

Come esaminato in precedenza (cap 1.8) i contesti di accoglienza sono spesso impreparati a ricevere persone con disabilità e presentano barriere non solo materiali, ma anche culturali e attitudinali. Tali ostacoli riguardano anche le esperienze delle persone migranti LGBTQIA+ e possono generare dinamiche di esclusione, mancato accesso a servizi essenziali e discriminazioni connesse al proprio genere, orientamento e/o disabilità.

Il genere resta una dimensione centrale nel caratterizzare le esperienze di permanenza in centri di accoglienza e nei contesti detentivi. Tali luoghi non sempre garantiscono standard di vita adeguati, a causa del sovraffollamento, di strutture igienico-sanitarie insufficienti e della scarsa assistenza sanitaria. In questi contesti le persone trans risultano esposte a un rischio molto più elevato di aggressioni sessuali – stime riportano un'incidenza fino a 15 volte superiore (IOM, 2024, p.182; EUAA, 2024a) rispetto ai detenuti cisgender – soprattutto nel caso delle donne trans collocate in strutture di detenzione maschile.

Riconoscere l'intreccio tra genere, disabilità e status migratorio implica spostare l'azione istituzionale dai profili individuali ai meccanismi situati che producono disuguaglianza. In termini operativi, ciò si traduce nell'adozione di audizioni riservate in ambienti sicuri; interpreti e mediatori/mediatrici con formazione specifica su tematiche SOGIESC e disabilità; supporti comunicativi; opzioni abitative idonee e congrue all'identità di genere; accesso garantito alle cure; continuità dei trattamenti di affermazione di genere; canali protetti di segnalazione degli episodi di violenza.

1.11 Minori e contesti educativi

La produzione scientifica più consistente – relativa alla relazione tra disabilità e background migratorio – riguarda i minori, la scuola e le dinamiche familiari.

Lungo il percorso migratorio i minori risultano esposti in maniera elevata a violenze e sfruttamento (European Commission, 2021; Ministero dell'Interno, 2023). Tali rischi possono persistere nei contesti di destinazione – come nei centri di accoglienza, negli ambienti domestici, nelle istituzioni e a scuola – assumendo la

forma di abusi psicologici, sessuali, fisici o di pratiche di *overmedication*. L'età, la dipendenza da genitori o tutori e la limitata capacità giuridica, spesso intrecciate a barriere linguistiche, possono inoltre ostacolare il riconoscimento e la credibilità dei vissuti di sopruso. L'intersezione tra disabilità, genere e background culturale accresce l'esposizione a dinamiche oppressive, come atteggiamenti sociali negativi, processi di stigmatizzazione e forme di abilismo. Al contempo, le condizioni socio-economiche delle famiglie influiscono sulle possibilità di accesso effettivo a servizi e percorsi di sostegno (FRA, 2015)²².

In questo quadro, il contesto scolastico si configura come il primo presidio di intercettazione dei bisogni e consente di mettere in comunicazione le famiglie, le opportunità e i servizi territoriali. In Italia, l'istruzione è un diritto fondamentale che deve essere garantito a tutti i minori presenti sul territorio, senza alcuna discriminazione basata sulla cittadinanza e indipendentemente dalla regolarità del soggiorno: l'ambito educativo rappresenta uno dei contesti maggiormente accessibili e un osservatorio privilegiato dell'effettività dei diritti.

La scuola è il settore di cui sono disponibili maggiori informazioni sia in termini di consistenza del fenomeno, sia a livello di analisi qualitative relative all'inclusione scolastica. La raccolta dati sugli alunni con disabilità e con background migratorio presenti in Italia è stata attivata per la prima volta dal Ministero dell'Istruzione nell'anno scolastico 2007/2008 nell'ambito del progetto europeo "Diversità multiculturale e specifiche esigenze educative", coordinato dall'European Agency for Development in Special Needs and Inclusive Education (FISH, 2013, p.14). Tuttavia, fino al 2017, l'assenza di trattamenti integrati dei dati ha impedito di disporre di un quadro quantitativo preciso riguardo l'effettiva presenza all'interno dei servizi educativi e scolastici (Friso & Pileri, 2020, p.70). Le evidenze oggi disponibili

²² Il report *Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU*, prodotto dalla FRA – European Union Agency for Fundamental Rights nel 2015, illustra i risultati di una ricerca che ha coinvolto gli Stati membri dell'Unione europea, esaminando le disposizioni legali e politiche relative alla violenza sui minori con disabilità, nonché le misure nazionali di prevenzione. Tra i quesiti affrontati nello studio: «Is there recognition of how the intersection of disability with other characteristics (such as gender, religion, ethnic or migration background) may affect children with disabilities' experience of violence?» (p.117).

convergono nel descrivere una presenza non marginale di alunne e alunni con disabilità provenienti da famiglie con background migratorio, sia in rapporto al totale degli studenti con disabilità, sia al totale degli studenti con cittadinanza non italiana (Bolognese, Dainese, 2020), indicando un fenomeno stabile e strutturale che richiede trasformazioni sostanziali e sviluppo di adeguate competenze professionali.

Box -Cornice normativa minori con disabilità e background migratorio

Non esiste un atto unitario sullo “statuto” del minore migrante con disabilità; la disciplina deriva dall’intreccio di norme su disabilità, migrazioni e infanzia (Griffo & D’Errico, 2022).

Riferimenti chiave:

- Art. 34 Cost.: “La scuola è aperta a tutti”;
- Convenzione ONU sui diritti dell’infanzia (L. 176/1991): impone non discriminazione (art. 2), interesse superiore del minore (art. 3) e diritto all’educazione (art. 28);
- CRPD (L. 18/2009), art. 24: istruzione inclusiva e accomodamenti ragionevoli;
- T.U. Immigrazione (D.Lgs. 286/1998), art. 38 e Regolamento (DPR 394/1999, artt. 45–47): iscrizione a scuola dei minori stranieri anche se privi di documenti e indipendentemente dallo status;
- Norme scuola–disabilità: L. 104/1992 (art. 12-4); D.Lgs. 66/2017 e D.Lgs. 96/2019: inclusione scolastica, GLO, PEI, collegamento a ICF, riparto competenze scuola/ente locale;
- Minori non accompagnati: L. 47/2017 “Zampa” – tutela, tutore, accesso immediato ai servizi inclusa la scuola;
- A livello europeo, il Protocollo I, art. 2 CEDU e l’art. 14 della Carta dei diritti fondamentali UE: diritto all’istruzione;

Implicazioni operative:

- Accesso e frequenza garantiti indipendentemente da cittadinanza e status di soggiorno; iscrizione anche senza documenti.
- Accomodamenti ragionevoli e sostegni personalizzati (didattici, organizzativi, ambientali e comunicativi).

- Coordinamento inter-istituzionale stabile tra scuola, ente locale, servizi sanitari e, se presenti, servizi dell'accoglienza/tutori.

1.11.1 Inclusione vs integrazione

Negli studi disponibili relativi all'ambito educativo, la variabile del genere non è considerata in modo sistematico; tuttavia i Feminist Disability Studies segnalano da tempo le molteplici forme di discriminazione vissute dalle persone socializzate donne, soprattutto quando appartenenti a gruppi minoritari (Taddei, 2022).

Alla luce dell'avvenuto passaggio dalla scuola dell'integrazione, a quella dell'inclusione promosso dalla Dichiarazione di Salamanca (UNESCO, 1994; 2020) il genere meriterebbe un'analisi più approfondita. In questo contesto, è essenziale attuare azioni sistemiche che trasformino gli ambienti di apprendimento in spazi capaci di garantire il diritto a un'istruzione di qualità, alla partecipazione e al successo accademico per tutti gli/le alunni/e, indipendentemente dalle differenze culturali, sociali, linguistiche, di genere, mentali o fisiche (D'Alessio, 2015). Lo spostamento del focus dalla condizione individuale ai contesti, richiede un riconoscimento e la rimozione delle barriere all'apprendimento. In questa direzione l'articolo 24 della CRPD sostiene il diritto all'istruzione inclusiva su base di uguaglianza, imponendo ai sistemi scolastici la rimozione delle barriere, la predisposizione di supporti adeguati e la formazione del personale docente, al fine di garantire ambienti favorevoli all'apprendimento; la CRPD sottolinea inoltre l'importanza di rispettare le diverse identità culturali delle persone con disabilità. Sul piano operativo, *l'Index per l'inclusione* (Booth & Ainscow, 2002/2008) offre una valida cornice per orientare le politiche scolastiche verso equità e giustizia educativa. Tale strumento propone un percorso di autovalutazione e di progettazione per il miglioramento dell'inclusione, ed è rivolto a tutte le soggettività che operano nella scuola. La sua applicazione consente di comprendere quali fattori considerare per implementare pratiche e progetti in senso inclusivo (Seira Ozino, 2025).

Sul versante dei processi di certificazione delle disabilità in ambito scolastico, la letteratura concorda nel segnalare difficoltà e lunghe tempistiche nei processi di diagnosi e intervento, soprattutto per quanto riguarda studenti e studentesse con

background migratorio. Tali ritardi possono essere l'esito di barriere linguistiche e culturali, pratiche burocratiche complesse, dell'uso di un linguaggio specialistico e della mancanza di pratiche di mediazione culturale. Tali elementi, nel complesso, possono impedire la comprensione delle procedure da parte delle famiglie e rendere difficoltoso l'accesso ai servizi, rischiando di compromettere un corretto processo di affiancamento o supporto. Studenti e studentesse con background migratorio e/o disabilità, inoltre, risultano a forte rischio di abbandono del percorso scolastico (Santagati & Colussi, 2020).

1.11.2 Approcci mono-categoriali e intersezionalità

Il campo dei servizi educativi non è esente da letture mono-categoriali e da piani di intervento che inquadrano in maniera separata la disabilità e il background socio-culturale. Quando le due dimensioni coesistono, gli interventi scolastici tendono a privilegiare – tra le due dimensioni – la disabilità. Questa disposizione si riflette, ad esempio, nella complessità riscontrata da operatori e operatrici del settore nel distinguere il confine tra difficoltà linguistiche o modalità relazionali e comunicative, e ciò che rappresenta effettivamente una condizione che necessita di un supporto specialistico. Non a caso, in un report del 2009 prodotto dall'European Agency for Development in Special Needs Education²³ vengono poste tre questioni centrali: quando i problemi linguistici debbano essere considerati difficoltà di apprendimento; come valutare capacità ed esigenze degli alunni immigrati; come organizzare in modo efficace il sostegno a docenti e famiglie (p.8/9).

Il rischio concreto è quello di interpretare come patologia comportamenti non compresi o, al contrario, di leggere disturbi clinici esclusivamente attraverso una lente culturale (Goussot, 2009, 2015). In questa direzione, Migliarini (2017) ha documentato il fenomeno della sovra-rappresentazione dei minori non accompagnati o richiedenti asilo nelle categorie dei Bisogni Educativi Speciali, dimostrando che il

²³ Molte delle carenze tuttora presenti nel contesto scolastico europeo e italiano erano state rilevate in uno studio realizzato nel 2009 dall'Agenzia Europea per lo Sviluppo dell'Istruzione degli Alunni Disabili, finalizzato a mettere in luce le necessità degli alunni con disabilità figli di migranti, in 25 paesi dell'Unione Europea. Oltre a segnalare discrepanze tra i diversi paesi nell'offerta formativa e l'assenza di banche dati focalizzate sul tema, lo studio aveva denunciato la totale assenza, nei piani educativi individualizzati, di interventi che incrociassero la dimensione della migrazione e della disabilità.

mancato riconoscimento o la negazione delle differenze culturali può contribuire a minimizzare o perpetuare discriminazioni e svantaggi e sfociare in forme di “razzismo senza razza” (2018). Per tali ragioni, i contesti scolastici sono chiamati ad inquadrare in maniera adeguata le diverse interpretazioni dei concetti di disabilità, salute e cura, anche quando divergono dal canone occidentale (De Silva, 2020) e dal modello bio-medico incentrato sulla diagnosi delle patologie, intese come *deficit*. I paradigmi nosografici e le eziologie sono strettamente legati a visioni del mondo e a orizzonti interpretativi e simbolici di natura culturale. Anche i modelli biomedici, insieme agli strumenti diagnostici, alle categorie e alle classificazioni da essi derivati, riflettono specifiche concezioni della persona, del corpo, della salute e della malattia, così come delle nozioni di normalità, anormalità e abilità. Tali dimensioni simbolico-culturali non possono essere trascurate, poiché si traducono concretamente in pratiche sociali e in linee guida che orientano l’organizzazione e l’azione dei servizi (Centro RiEsco, 2012, p.15).

La realtà scolastica sembra essere ancora molto distante da una prospettiva realmente orientata all’inclusione, come evidenzia uno studio esplorativo condotto da Chieppa (2019): dall’analisi della documentazione relativa a studenti e studentesse disabili con background migratorio è emersa l’assenza di riferimenti a biografie culturali, competenze linguistiche, modelli di genitorialità e rappresentazioni della disabilità. Sebbene vi sia una crescente attenzione verso il tema dell’inclusione scolastica, le evidenze suggeriscono che nella pratica continui a prevalere un approccio assimilazionista e normalizzante che fatica a leggere la condizione della disabilità, del background socio-culturale e del genere attraverso una prospettiva intersezionale e non escludente o sommatoria. In questa direzione, uno strumento efficace è offerto da i *Disability Critical Race Studies in Education* (DisCrit) (cap.2). Tale approccio integra aspetti del modello sociale della disabilità con il concetto di intersezionalità proveniente dalla *Critical Race Theory*; DisCrit analizza razzismo e abilismo come processi interdipendenti, spesso impliciti, che rafforzano l’idea di “normalità”, e propone un’analisi multidimensionale delle identità, prestando un’attenzione specifica ai processi di marginalizzazione e, parallelamente, alla promozione dell’agency dei gruppi coinvolti (Migliarini, 2025).

1.12 Conclusione e snodi critici

Il Capitolo 1 introduce il campo di indagine, ricostruendo lo sfondo conoscitivo, normativo e istituzionale entro cui si articolano i meccanismi che verranno esaminati nella sezione empirica (cap. 4). Il quadro delineato evidenzia come l'intersezione tra disabilità e migrazioni resti ampiamente marginalizzata sul piano statistico e operativo, generando una sostanziale invisibilità epistemica e materiale. Tale invisibilità è alimentata da alcuni bias di misurazione: strumenti di rilevazione poco accessibili, identificazioni centrate su impairment visibili, cornici definitorie eterogenee. Al fondo permane una visione medico-individuale che sovrappone impairment e disabilità, o interpreta la disabilità come caratteristica individuale. Questo approccio non permette di considerare sufficientemente il ruolo delle barriere, impedisce la trasformazione dei contesti materiali e nega l'estensione degli interventi in senso culturale e sociale.

Sul versante normativo, pur in presenza di dispositivi potenzialmente efficaci, persiste un marcato scarto tra norma e prassi: i dati non sono sistematicamente disaggregati – con conseguente sottovalutazione delle dimensioni sociali –, i servizi restano poco accessibili, la presa in carico e i supporti sono discontinui e il raccordo inter-istituzionale è assente o fragile.

In questa cornice vengono individuati alcuni snodi analitici centrali che orientano l'intero percorso di ricerca. In particolare, l'attenzione si concentra:

- I. sull'accesso al campo burocratico, inteso come insieme di procedure, criteri e dispositivi amministrativi che regolano il riconoscimento dei bisogni e l'accesso ai diritti;
- II. sull'egemonia del modello medico-individuale, che continua a informare, in modo esplicito o implicito, le pratiche istituzionali di valutazione e presa in carico;
- III. sul modello satellitare dei servizi, caratterizzato da una frammentazione settoriale che produce discontinuità nei percorsi di supporto e limita la possibilità di risposte integrate.

L'obiettivo complessivo della ricerca è l'individuazione dei meccanismi di disabilitazione che contribuiscono a produrre condizioni di inaccessibilità. Tali

dinamiche vengono esplorate, alla luce dei nodi critici individuati, in diversi ambiti del welfare, attraverso la ricostruzione del loro funzionamento concreto nei contesti di intervento. Il lavoro empirico intende così valutare in che misura il modello sociale della disabilità e l'approccio intersezionale offrano strumenti analitici capaci di mettere in discussione tali assetti e di immaginare configurazioni alternative più accessibili e inclusive.

Capitolo 2 – Cornice teorica ed epistemologica

2. Introduzione

Dopo aver ricostruito nel capitolo precedente i vuoti conoscitivi e operativi che contribuiscono a invisibilizzare il rapporto tra disabilità e migrazioni, la sezione seguente delinea la cornice teorica ed epistemologica adottata per leggere i meccanismi di disabilitazione nei contesti istituzionali indagati; si introducono quindi gli strumenti concettuali utili a comprendere come disabilità e migrazioni siano state storicamente costruite, rappresentate e governate.

Disabilità e migrazioni sono descritte come costruzioni sociali definite in relazione a norme di riferimento, continuamente rinegoziate nei diversi contesti materiali e simbolici (cap. 2.1). Le genealogie di entrambe le nozioni presentano parallelismi significativi e talvolta si intrecciano: in quanto forme di alterità da governare, esse sono prodotte e regolate attraverso classificazioni scientifiche, dispositivi giuridici e pratiche burocratiche; al tempo stesso, tali categorie sono state poste al centro delle rivendicazioni di movimenti sociali e di riflessioni critiche che ne hanno messo in luce la natura storicamente situata e la dimensione politica (cap. 2.1.1).

Il capitolo analizza l'origine e l'egemonia del paradigma medico-individuale utilizzato per definire la disabilità e la costruzione del concetto di "normalità" (cap. 2.2), per poi soffermarsi sulla svolta rappresentata dal modello sociale, configuratosi come un importante strumento di emancipazione collettiva (cap. 2.3).

Il modello sociale viene assunto nella ricerca come un "attrezzo epistemologico" per indagare i meccanismi disabilitanti (cap. 2.6), in dialogo con le critiche e le successive revisioni che ne hanno progressivamente ampliato e problematizzato l'impianto originario. Adottare il modello sociale come quadro di riferimento implica, innanzitutto, uno spostamento dell'attenzione dalle caratteristiche individuali ai dispositivi istituzionali, alle pratiche amministrative e alle condizioni materiali che contribuiscono a produrre disabilità. L'interazione con le prospettive intersezionali consente inoltre di complessificare l'analisi, mettendo in luce come tali processi si articolino lungo assi differenziati di potere e disuguaglianza.

Successivamente, il capitolo introduce un decentramento epistemico: attraverso alcuni studi critici vengono discussi i modi in cui la bianchezza – come dispositivo di orientamento istituzionale – e l’abilismo, inteso come regime normativo, hanno informato anche le categorie critiche dei Disability Studies (cap. 2.4). Questo spostamento teorico consente di comprendere la nozione di *debility* (debilitazione) elaborata da Jasbir Puar per descrivere i processi di logoramento strutturale e le forme di vulnerabilità socialmente indotte, che eccedono gli schemi di inclusione identitaria e i linguaggi standard dell’accomodamento (cap. 2.5).

Infine, viene messo a fuoco il rapporto tra accessibilità e campo burocratico (cap. 2.7): l’accessibilità è indagata oltre la sua dimensione tecnica, come condizione abilitante per l’esercizio di diritti e libertà fondamentali, evidenziandone la natura politica. In questo quadro si approfondisce il ruolo del campo burocratico inteso come spazio di potere in cui, attraverso atti di nomina ufficiale, vengono istituite identità, diritti e confini di appartenenza.

I capitoli successivi saranno dunque orientati a comprendere in che modo la grammatica della normalità e le classificazioni amministrative organizzano la distribuzione differenziale di risorse, opportunità e riconoscimento.

2.1 Disabilità e migrazioni: costruzioni sociali

Disabilità e migrazioni sono temi “dai confini poco definiti, socialmente e politicamente controversi” (Colombo et al, 2022, p.15), caratterizzati da “un’intrinseca contestualità” (Bernardini, 2022, p.86): sono strettamente annodati ai contesti materiali e storici in cui sono definiti e governati.

Le etichette che classificano la mobilità, a dispetto della loro pretesa oggettività, sono costruzioni sociali arbitrarie che riflettono scelte politiche e giuridiche, concezioni della nazione e percezioni collettive (Zanfrini, 2016); non sono “naturalisti”, ma hanno un impatto significativo sulla realtà sociale. Analogamente, la concezione della disabilità varia storicamente e geograficamente: riflette valori, credenze, conoscenze scientifiche e assetti istituzionali. Non a caso, la CRPD, la descrive come un “concetto in evoluzione” (art.1), evidenziando la sua radicale trasformazione nel corso dei secoli – da una visione medicalizzata orientata alla

riabilitazione e normalizzazione, a un paradigma centrato sui diritti e sulla partecipazione. Entrambi i concetti – disabilità e migrazione – sono *relazionali*, ovvero strutturati in rapporto antitetico ad uno standard eletto a norma di riferimento.

La nozione contemporanea di disabilità – seppur di recente elaborazione – rinvia ad esperienze e vissuti da sempre presenti, che sono stati storicamente interpretati come non conformità rispetto a norme corporee, cognitive e comportamentali. Con l’affermazione del paradigma della normalità come modello morale, statistico e scientifico (cap. 2.2), la *differenza* è stata configurata come devianza da separare o correggere, con effetti concreti su accesso ai diritti, risorse e cittadinanza. In questa cornice, la disabilità – o non conformità – è stata spesso impiegata metaforicamente per patologizzare determinati gruppi sociali, considerati “altri”, e legittimare processi di subordinazione o esclusione.

In parallelo, i processi migratori contemporanei hanno ereditato categorie sorte in seno alle dottrine nazionalistiche e ai contesti coloniali, in cui le nozioni di *razza* e *alterità* costituivano dispositivi centrali attraverso cui gli Stati definivano l’appartenenza o l’esclusione dalla comunità. Oggi, seppur attraverso linguaggi e pratiche differenti – dalla gestione securitaria alla retorica della vulnerabilità – questi dispositivi continuano ad orientare le politiche migratorie e a strutturare i confini della cittadinanza. In tal senso resta attuale la riflessione di Sayad (1996) secondo cui “pensare l’immigrazione significa pensare lo Stato ed è lo Stato che pensa sé stesso pensando l’immigrazione”.

In questa prospettiva, tanto la disabilità quanto le migrazioni si configurano come poli del discorso sociale speculari al progetto di costruzione della normalità e della legittimità. La formazione di entrambe le categorie si articola in processi di distinzione, separazione o incorporazione, fondati su criteri economici e politici. Contraddistinte da forme di *alterizzazione* e *razzializzazione*²⁴, esse condividono una storia di segregazione, intesa non soltanto come esclusione materiale, ma come “circolazione differenziale delle esistenze” in “circuiti separati e riservati” (Tarantino, 2025, p.68). Istituti, manicomi, ghetti, scuole speciali hanno funzionato come

²⁴ Con il termine *razzializzazione* si intende il processo storico e sociale attraverso il quale differenze – fisiche, culturali, linguistiche o religiose – sono state prodotte, naturalizzate e trasformate in criteri di classificazione gerarchica, utili a legittimare disuguaglianze, esclusioni e rapporti di dominio.

tecnologie di governo dei corpi, limitando l'accesso alla vita sociale. Non a caso, fin dalle loro origini, i movimenti delle persone con disabilità hanno rivendicato con forza *la conquista dello spazio*²⁵ (p.68), materiale e simbolico.

Inoltre, come osserva Erevelles (2002), la disabilità è una costruzione ideologica funzionale non solo al mantenimento di separazioni binarie – come “normale/patologico” o “autonomo/dipendente” – ma anche alla riproduzione delle divisioni sociali del lavoro. La categoria della disabilità – o della *non conformità* – si è consolidata sull'incapacità di rispondere a necessità economiche e continua ancora oggi a designare chi fatica a rientrare negli immaginari di efficienza e autonomia propri del soggetto neoliberale. In maniera analoga, i regimi di frontiera e mobilità globale operano come dispositivi di selezione del lavoro, distinguendo i corpi valorizzabili da quelli eccedenti rispetto a determinate esigenze produttive (Mezzadra & Neilson, 2013).

Disabilità e migrazioni – spesso trattate come “eccezionalità” – si collocano in una posizione epistemologica di confine e, in tal senso, presentano una “forza rivelatrice” (Mitchell & Snyder, 2016) che consente di interrogare i meccanismi attraverso cui i soggetti sono resi visibili o invisibili all'interno dell'ordine sociale.

2.1.1 Definizioni e modelli della disabilità

La concezione della disabilità è mutata profondamente nel corso dei secoli, riflettendo i cambiamenti culturali, sociali e scientifici di diverse epoche; ogni assetto definitorio, infatti, ha una valenza politica e riflette e riproduce rapporti di potere.

I cosiddetti “modelli della disabilità”²⁶ rappresentano “gli sguardi che inquadrano le non conformità fisiche, relazionali, sensoriali cognitive secondo un orizzonte teorico definito” (Valtellina, 2025, p.xv), in base ad un quadro epistemologico di riferimento. Si tratta di strumenti euristici di interpretazione

²⁵ Cfr. L. D'Errico, G. Griffo, *La conquista dello spazio. Una traiettoria individuale in una storia collettiva della disabilità*, relazione nell'ambito dell'11th AISU Congress Beyond the gaze. Interpreting and understanding the city, Università degli Studi di Ferrara, Dipartimento di Architettura, 13-16 settembre 2023; Tarantino, 2025.

²⁶ L'espressione “modelli della disabilità” si è affermata a partire dagli anni '80 nell'ambito dei Disability Studies, in particolare grazie ai lavori di Michael Oliver, che ha formalizzato la distinzione tra modello medico e modello sociale della disabilità (Oliver, 1990).

elaborati nei contesti occidentali, che come osserva Bernardini (2022), impongono un'interrogazione critica sul loro utilizzo come griglie di comprensione universalmente valide.

Nel corso della storia occidentale l'atteggiamento nei confronti delle persone con impairment o considerate “non conformi”, ha assunto forme molto diverse a seconda dei contesti geografici e storici, spaziando dal rifiuto totale e dall'ostracismo, fino alla venerazione e alla concessione di privilegi speciali²⁷. Oggi la disabilità è rivendicata come una questione politica, strettamente connessa ai diritti umani e alla giustizia sociale; tuttavia, l'accesso alle risorse e la possibilità di partecipare

²⁷ Secondo alcune ricostruzioni storiche (Foucault, 2011; Stiker, 2019; Schianchi, 2012; Chapman, 2025), nell'Antichità e nel primo Cristianesimo tali condizioni erano interpretate come segno di colpa, impurità o punizione divina oppure, talvolta, come prova spirituale e oggetto di compassione. Nel Medioevo, la presenza di corpi non conformi era ampiamente diffusa nella popolazione e veniva percepita come un'“anomalia normale”, ovvero una realtà visibile ma non ancora sistematicamente classificata né gestita attraverso dispositivi istituzionali coerenti. Spesso sovrapposta alla povertà, tale condizione riceveva risposte variegata: talvolta punitive, altre volte animate da logiche misericordiose, oppure indifferenza e semplice tolleranza sociale. A partire dall'età moderna, la “devianza” – intrecciata alla povertà e ad altre forme di marginalità sociale come la follia – diviene sempre più oggetto di pratiche di reclusione e segregazione. È in questo contesto che Foucault colloca il fenomeno del “grande internamento”, come dinamica di controllo e separazione delle soggettività non conformi. Con l'Illuminismo si afferma progressivamente una nuova visione: la differenza viene letta come devianza “naturale”, radicata nel corpo individuale e separata dalle spiegazioni religiose o morali. Nel corso del XIX secolo, questa trasformazione si consolida con l'affermazione del paradigma medico-scientifico, che interpreta l'alterità come anomalia da diagnosticare, trattare e normalizzare, trasformandola in oggetto clinico. Tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento, l'eugenetica si diffonde sia in Europa che negli Stati Uniti, trovando applicazione nelle politiche pubbliche e ricevendo ampio sostegno da parte di élite scientifiche e istituzioni statali. Con l'avvento dei regimi totalitari, tali orientamenti si traducono in pratiche di sterilizzazione forzata, segregazione e sterminio. All'indomani di queste esperienze, emergono gradualmente nuovi modelli interpretativi e la questione della disabilità assume connotati etici, sociali e politici. I conflitti mondiali contribuiscono a moltiplicare il numero di persone con *impairment* fisici e psichici, soprattutto tra i reduci di guerra, ponendo una nuova attenzione pubblica sulla “riabilitazione” e sull'integrazione sociale. Tuttavia, questo processo non ha impedito, sul versante opposto, la persistenza di pratiche di emarginazione ed esclusione, o forme estreme di violenza, come le politiche di sterilizzazione.

pienamente alla vita pubblica continuano a variare in modo significativo a seconda dei contesti politici, economici e culturali.

Per lungo tempo, il modello *religioso-caritativo* ha rappresentato la risposta dominante alle questioni legate alla disabilità. A partire dal XIX secolo, tale modello è stato progressivamente sostituito – o affiancato – dal paradigma *medico*, che ha acquisito un ruolo egemonico. I due modelli condividono la maggior parte degli assunti di base come una visione individualistica e negativa della disabilità, intesa come “tragedia personale”, oggetto di compassione, cura o correzione²⁸. Ancora oggi, il modello medico continua a orientare in modo prevalente le politiche pubbliche e le pratiche istituzionali (Valtellina, 2024, p.11). Se da un lato la scienza medica ha indubbiamente contribuito a migliorare la qualità della vita di molte persone, dall’altro i modelli sociali ne contestano l’egemonia, soprattutto quando lo sguardo clinico si estende a ogni ambito dell’esistenza. In questi casi, infatti, rischiano di essere oscurate le dimensioni sociali, culturali e relazionali che concorrono a definire l’esperienza della disabilità.

Il quadro interpretativo entro cui la disabilità è inscritta influenza tanto le relazioni sociali quanto l’orientamento delle politiche pubbliche: un paradigma che la interpreta come evento critico individuale, tende a indirizzare l’intervento sociale verso forme di assistenza e compensazione; al contrario, una lettura di tipo sociale colloca la responsabilità su un piano sistemico e strutturale, riconosce le persone disabili come soggetti oppressi da assetti sociali escludenti e orienta le politiche verso la trasformazione delle condizioni materiali e simboliche. Quest’ultima prospettiva si afferma in particolare dalla seconda metà degli anni Sessanta del Novecento – in un contesto globale attraversato dall’ascesa di movimenti per i diritti civili e la giustizia sociale – grazie alla diffusione dei movimenti delle persone disabili, nati con

²⁸ Il modello caritatevole persiste ancora oggi, soprattutto nella rappresentazione spettacolarizzata della disabilità come fonte di compassione o ammirazione per le persone non disabili. Questa narrazione, che oggettifica le soggettività disabili riducendole a strumenti motivazionali, è stata definita dalla giornalista e attivista Stella Young “inspiration porn”. Cfr. Young, Stella (2014), *I’m Not Your Inspiration, Thank You Very Much*, TEDxSydney, [video online] disponibile su: https://www.ted.com/talks/stella_young_i_m_not_your_inspiration_thank_you_very_much.

L'obiettivo di contrastare i processi di istituzionalizzazione forzata e le barriere sociali e ambientali. Da questa spinta, a partire dagli anni Settanta, ha preso forma un nuovo campo di ricerca e di attivismo: i Disability Studies (DS). Nati in contrapposizione al modello medico-individuale, i DS propongono una lettura critica della disabilità, descrivendola come dimensione costitutiva della condizione umana. Essa viene interpretata come esperienza politica incarnata e al contempo come fenomeno socio-culturale, attraverso cui si riflettono dinamiche di potere e processi di esclusione. Quest'ambito di ricerca, oggi, mette in discussione le interpretazioni dominanti della differenza, spesso plasmate da logiche neoliberali e neocoloniali; indaga i corpi, le soggettività e le comunità in relazione con le strutture economiche e politiche che definiscono i confini della partecipazione sociale, anche in un'ottica transnazionale (Valtellina, 2025). Una tendenza emergente nei Disability Studies contemporanei è l'adozione di una lente intersezionale, volta ad analizzare l'intreccio tra disabilità e altri fattori sociali come genere, razza, classe e sessualità; approcci come *Feminist Disability Studies*, *Crip Theory* e *Disability Critical Race Theory* mettono in evidenza le forme multiple e interdipendenti di oppressione ed esclusione che modellano le esperienze sociali delle persone disabili. I DS rappresentano – sin dalle origini – una proposta critica fondata su una stretta connessione tra elaborazione teorica e pratiche affermative, intrinsecamente orientata alla trasformazione sociale (Valtellina, 2024).

Nel tempo tali studi sono divenuti oggetto di programmi universitari, reti di ricerca e conferenze internazionali, assumendo una portata sempre più interdisciplinare²⁹. Diversi/e studiosi/e hanno contestato la posizione marginale

²⁹ In Italia non sono mancate riflessioni significative sui temi legati alla disabilità, sebbene sviluppate prevalentemente su un piano istituzionale e spesso slegate da un confronto diretto con persone o con studiosi/e disabili. Tali elaborazioni hanno avuto particolare rilevanza, soprattutto all'inizio del Novecento, nei campi della pedagogia, della psicologia sperimentale e della medicina. In epoche successive, alcuni momenti di svolta sono stati rappresentati dai processi di deistituzionalizzazione, dalla riforma basagliana in ambito psichiatrico, dalla chiusura delle scuole speciali e dalla promozione dell'integrazione scolastica. Questi sviluppi, tuttavia, non sempre si sono tradotti in un effettivo riconoscimento della disabilità come categoria politica e critica. Oggi i Disability Studies vivono una nuova fase di rinnovamento, caratterizzata da una crescente apertura verso approcci critici, intersezionali e transdisciplinari, pur restando ancora un ambito marginale nel panorama accademico nazionale (Valtellina, 2024)

riservata al tema della disabilità all'interno delle scienze sociali – a lungo relegato in un sotto-campo della sociologia medica o della sociologia della devianza – rivendicandone la centralità nell'analisi delle disuguaglianze sociali, al pari di altre variabili come genere e razza; tuttavia ancora oggi all'interno delle principali associazioni sociologiche internazionali non esiste un'intera sezione dedicata specificatamente alla disabilità (Scavarda, 2025).

La diffusione dei DS in numerosi ambiti accademici ha spinto diversi/e autori e autrici a rimarcare la natura critica e la necessità di mantenere un saldo radicamento nelle istanze e nelle pratiche delle persone con disabilità. In tal senso, la comunità degli/le studiosi/e è sollecitata a sviluppare una profonda consapevolezza della storia del campo e a riflettere criticamente sul suo impianto concettuale, affinché le riflessioni non si riducano a un esercizio accademico astratto né vengano cooptate da prospettive teoriche e istituzionali prive di finalità emancipatorie e trasformative (Meekosha & Shuttleworth, 2009). A tal fine rimane imprescindibile la valorizzazione dell'esperienza delle persone direttamente coinvolte e dei movimenti associativi, e una riflessione critica e consapevole sui rapporti di potere in gioco (cap. 3.1.1; 4.10).

2.2 Le radici dell'impero della normalità

I Disability Studies hanno sviluppato metodologie e prospettive alternative rispetto a quella che Oliver (Oliver, 1990/2023) definisce “Grande Teoria” (p. 33), ovvero la visione egemonica della disabilità come questione individuale e medica. Diverse riflessioni hanno ricostruito la genealogia di tale impianto, collegandone l'affermazione – e il conseguente predominio – alla Rivoluzione Industriale e allo sviluppo del capitalismo. Questi processi hanno contribuito a diffondere una nuova rappresentazione del corpo come “macchina”³⁰, ridefinendo il concetto di salute e introducendo un'idea più rigida di *normalità* come parametro di riferimento. Con

³⁰ La metafora del corpo-macchina, già rintracciabile in forme abbozzate nei secoli precedenti, trova una formulazione compiuta nel XVII secolo con Cartesio, il quale descrive il corpo umano come “una macchina fatta e composta di ossa, di nervi, di muscoli, di vene, di sangue, di pelle” (Descartes, 1641/1930). Se inizialmente tale concezione risulta oltraggiosa in un contesto ancora fortemente permeato da sensibilità religiosa, nei secoli successivi il paradigma meccanicistico viene progressivamente recuperato e applicato sul piano politico e sociale.

l'avvento del capitalismo industriale, l'incremento del lavoro specializzato e la crescita demografica spingono gli Stati ad adottare dispositivi di misurazione e quantificazione sempre più rigidi: la metafora del corpo-macchina viene tradotta in pratiche di governo delle popolazioni.

La produzione si divide ed il processo di lavoro si articola da una parte secondo le sue fasi, i suoi stadi o le sue operazioni elementari e dall'altra secondo gli individui che le effettuano, i corpi singoli che vi si applicano: ogni variabile di questa forza – vigore, prontezza, abilità, costanza – può essere osservata, quindi caratterizzata, apprezzata, contabilizzata [...].

(Foucault, 1975, p.158)

Le abilità individuali vengono progressivamente catalogate in termini produttivi, producendo e consolidando gerarchie di valore. Anche le classi povere vengono distinte tra “meritevoli”, assimilabili come forza lavoro, e “immeritevoli”, considerate non valorizzabili. Parallelamente, i processi coloniali consolidano sistemi di classificazione fondati sulla nozione di *razza*, per legittimare pratiche di espropriazioni e schiavismo: le popolazioni ridotte in schiavitù, sono le prime ad essere sottoposte a una gestione “scientifica”, orientata alla massimizzazione del profitto (Rosenthal, 2016; Chapman, 2025, p.63). Secondo Oliver (1990/2023), sebbene gli individui siano sempre esistiti come parti di gruppi sociali più ampi, l'individualismo rappresenta un elemento costitutivo dello sviluppo capitalistico.

Seguendo Foucault (1976/2016), con la disgregazione dei sistemi comunitari tradizionali e l'imposizione di nuove modalità produttive, la centralità dell'individuo si traduce in una nuova rilevanza del corpo, tanto nella dimensione individuale (*anatomo-politica*) – investita da processi disciplinari di normalizzazione – quanto in quella collettiva della popolazione, da governare secondo nuove variabili (*biopolitica*).

Non più soltanto rari o numerosi, sottomessi o restii, ricchi o poveri, validi o invalidi, vigorosi o deboli, ma più o meno utilizzabili, suscettibili di investimenti redditizi, con maggiori o minori chances di sopravvivenza, di morte o di malattia, più o meno capaci di un apprendistato efficace.

(Foucault, 1997)

La biopolitica, intesa come l'insieme dei nuovi regimi di regolazione della vita, si esprime in una rinnovata attenzione a fenomeni come tassi di natalità, fertilità, longevità, malattia, menomazione e produttività; tali dimensioni, come evidenzia Puar (2017, p. xviii), risultano strettamente intrecciate alla relazione tra abilità, disabilità e *debilitazione* (cap. 2.5).

Questo bio-potere è stato, senza dubbio, uno degli elementi indispensabili allo sviluppo del capitalismo; questo non ha potuto consolidarsi che a prezzo dell'inserimento controllato dei corpi nell'apparato di produzione e grazie ad un adattamento dei fenomeni di popolazione ai processi economici. Ma ha richiesto di più: gli è stata necessaria la crescita degli uni e degli altri, il loro rafforzamento così come la loro utilizzabilità e la loro docilità

(Foucault, 1976 p.124)

Il modello di individuo abile, capace di massimizzare la propria utilità, si afferma come esito di precisi processi storici e comporta, al tempo stesso, la costruzione per antitesi dell'individuo non-abile, escluso dall'ordine economico. In linea con questa prospettiva, Finkelstein (1981), analizzando il sistema industriale inglese, sostiene che sia stata proprio la necessità economica di disporre di macchine efficienti per la produzione su larga scala a favorire l'istituzionalizzazione dell'abilismo come norma; tuttavia, come dimostrano Turner e Blackie (2018) tali dinamiche non hanno comportato una totale esclusione delle persone con disabilità dal lavoro. In alcuni ambiti produttivi – come l'estrazione mineraria – venivano impiegati anche individui con impairment, ritenuti funzionali a svolgere determinate mansioni; dinamiche analoghe riguardavano le persone ridotte in schiavitù, spesso costrette a lavorare nonostante menomazioni – in larga parte conseguenza diretta di violenze e sfruttamento. In questo senso, la norma abilista si articola lungo traiettorie di inclusione ed esclusione intrecciate alle richieste del sistema produttivo: le persone con disabilità si configurano come parte della classe eccedente, mobilitata come forza lavoro a seconda delle esigenze specifiche del capitale.

Nel XIX secolo anche la statistica e la scienza concorrono a delineare una grammatica della normalità. La figura dell’*homme moyen*, elaborata da Quetelet (1835), diviene il riferimento centrale nelle analisi delle popolazioni e le deviazioni dalla media vengono interpretate come scarti o anomalie. In continuità Galton (1869, 1889) trasforma la differenza statistica in gerarchia naturale, fonda il programma eugenetico e sviluppa strumenti come regressione e correlazione per ordinare attitudini e capacità degli individui in scale comparative, in un’ottica di “miglioramento razziale”. La regola statistica viene così tradotta in disposizione morale e biologica e la distanza dal tipo medio è interpretata come deficit, da analizzare e correggere. Come sostiene Foucault (2010) la norma porta con sé una pretesa di potere: designa e, al contempo, è sempre legata a una tecnica positiva di intervento e correzione (p.53)

In linea con questa visione, la scienza moderna ha consentito di giustificare su basi “oggettive” l’inferiorità attribuita a determinate categorie sociali come donne, gruppi razzializzati e classi subalterne. È in questo periodo che, secondo Samuels (2014), prendono piede le “fantasie di identificazione”, ovvero la pretesa di ancorare l’identità nei corpi mediante marcatori oggettivi: pratiche biometriche, tecniche scientifiche e nuovi dispositivi giuridico-amministrativi promettono soggettività certe, misurabili e verificabili. Queste dinamiche preparano il terreno al paradigma della patologia: la medicina acquisisce progressivamente il diritto di definire e trattare condizioni prima interpretate come morali o sociali.

Poco a poco uno spazio, amministrativo e politico, si articola in spazio terapeutico che tende ad individualizzare i corpi, le malattie, i sintomi, le vite e le morti: esso costituisce un quadro reale di individualità sovrapposte ed accuratamente distinte. Nasce dalla disciplina uno spazio utile medicalmente. (Foucault, 2014, p.157)

Sono gli albori dell’“Impero della normalità” (Chapman, 2025 p.79): con l’avvento del capitalismo la normalità si definisce in rapporto alla produttività e all’utilità sociale e la disabilità si configura come categoria di esclusione. Nelle moderne società europee attraversate dalla nascita del nazionalismo e dalla competizione imperiale, l’uomo

medio – normale – coincide con un soggetto del ceto medio, abile e bianco. Come sostiene Evevelles (2011, p.166), la bianchezza (cap. 2.4) informa intrinsecamente i discorsi dell'individualismo liberale che promuovono razionalità, produttività, efficienza e autonomia. Bianchezza e abilità divengono così proprietà (*property*) che garantiscono l'accesso privilegiato a diritti, risorse e cittadinanza.

In conclusione, secondo i modelli sociali la visione egemonica della disabilità come questione individuale e medica si radica nell'ideologia organica dell'individualismo e nelle ideologie arbitrarie della normalità e della medicalizzazione (Oliver, 1990/2023, p.87). La retorica della “tragedia individuale” oscura le dimensioni sociali e strutturali, svolgendo una funzione ideologica paragonabile alla teoria del deficit come spiegazione degli insuccessi scolastici, alla malattia come giustificazione del comportamento criminale o alla debolezza del carattere come causa di povertà e disoccupazione (Oliver, 2009, p.42). In questo scenario affonda le radici lo sguardo individualizzante che ancora oggi concentra l'attenzione sulle capacità e caratteristiche personali, piuttosto che sugli ambienti sociali, materiali e simbolici che producono disabilità.

Se il paradigma della normalità è il risultato di processi storici, relazioni di potere e specifici orizzonti ideologici, allora la sua messa in discussione richiede non soltanto un cambiamento di prospettiva, ma un'interrogazione profonda delle strutture sociali che lo sostengono.

2.3 Il Modello Sociale della disabilità

Il modello sociale della disabilità – come accennato (cap. 2) – si afferma in risposta al predominio del modello medico, che per secoli ha interpretato la condizione disabile come un problema individuale da correggere o eliminare attraverso trattamenti terapeutici. In contrasto a tale visione, il modello sociale propone una prospettiva critica innovativa, che sposta l'attenzione dal singolo individuo, all'organizzazione materiale e simbolica della società. L'elaborazione di questo nuovo paradigma è strettamente intrecciata con le lotte politiche dei movimenti delle persone disabili, che, a partire dagli anni Sessanta e Settanta, hanno denunciato l'esclusione prodotta da barriere culturali, ambientali e istituzionali. Una tappa di particolare rilievo in questo percorso è la fondazione, nel 1972, dell'UPIAS (*Union of the Physically Impaired*

Against Segregation) nel Regno Unito: un'associazione creata da e per persone disabili, con un orientamento radicale e anti-caritatevole, che si opponeva alla segregazione istituzionale e all'assistenzialismo dominante³¹.

Nel manifesto fondativo “Fundamental Principles of Disability” pubblicato nel 1976, la disabilità viene descritta come una situazione, causata da condizioni sociali, che richiede per la sua eliminazione:

- (a) che nessun aspetto come reddito, mobilità o istituzioni venga trattato isolatamente,
- (b) che le persone disabili debbano, con il consiglio e l'aiuto di altri, assumere il controllo sulla propria vita
- (c) che i professionisti, gli esperti e gli altri che cercano di aiutare debbano impegnarsi a promuovere tale controllo da parte delle persone disabili.

(UPIAS, 1976, p.3)

Nel manifesto inoltre l'“impairment” – ovvero la condizione che una persona si trova a vivere – viene distinto dalla “disability”, che è intesa come il risultato dell'incapacità della società di far fronte alle specificità individuali³². È l'organizzazione sociale, dunque, a produrre disabilità: quest'ultima si configura “come qualcosa di imposto sull' impairment” e pertanto “le persone disabili sono un gruppo sociale oppresso” (UPIAS, p.5). Queste intuizioni, maturate in contesti collettivi e militanti, vengono

³¹ Tra le figure centrali del movimento vi sono: Paul Hunt, autore del volume *Stigma: The Experience of Disability* (1966), che, dopo aver vissuto a lungo in un istituto residenziale, maturò una critica profonda all'approccio paternalistico dominante nei confronti delle persone con disabilità. Fu proprio Hunt a promuovere, attraverso una lettera pubblicata sul Guardian, l'idea di un'organizzazione autonoma, che non parlasse “a nome di”, ma fosse interamente composta da persone disabili, in grado di rivendicare la propria voce politica; Vic Finkelstein, psicologo clinico di formazione, rifugiato sudafricano e attivista anti-apartheid; Ken e Maggie Davis, pionieri del movimento per l'*Independent Living* (Valtellina, 2023).

³² Inizialmente, il modello sociale si è concentrato prevalentemente su *impairment* di tipo fisico, riflettendo le esperienze dei fondatori. Successivamente, con lo sviluppo dei *Disability Studies* e grazie anche ai contributi di attivisti e studiosi con disabilità sensoriali, cognitive e psichiche, il modello si è ampliato per includere una gamma più eterogenea di condizioni e vissuti.

successivamente formalizzate e sistematizzate all'interno dell'ambito accademico da Michael Oliver, sociologo britannico, che ne propone una definizione teorica compiuta. Egli è il primo studioso a rivendicare uno spazio autonomo per lo studio della disabilità all'interno delle scienze sociali: il suo obiettivo è incoraggiare gli accademici a prendere sul serio la disabilità come categoria analitica (Oliver, 2009, p.31). Rifiutando le classificazioni scientifiche, mediche o sociali avulse dall'esperienza diretta delle persone disabili, Oliver propone una nuova teoria sociale:

Quando iniziai a leggere alcune delle cose che accademici, ricercatori e professionisti non disabili avevano scritto – e continuano a scrivere – sull'*impairment* e sulla disabilità, rimasi, e rimango tuttora, sbalordito da quanto poco esse avessero a che fare con la mia esperienza o, in effetti, con quella della maggior parte delle altre persone con disabilità che avevo conosciuto. Negli anni successivi cominciai gradualmente a rendermi conto che, se le persone con disabilità avessero lasciato ad altri il compito di scrivere sulla disabilità, ci saremmo inevitabilmente ritrovati con resoconti inesatti e distorti delle nostre esperienze, nonché con servizi e pratiche professionali inadeguati, fondati proprio su tali inesattezze e distorsioni. [...] Negli anni Settanta, le donne iniziavano a rifiutare i resoconti maschili delle loro esperienze e le persone nere negavano con forza l'accuratezza delle descrizioni elaborate dai bianchi su cosa significasse essere neri. Questo processo di messa in discussione ebbe ripercussioni in tutto il mondo accademico, portando a interrogarsi sull'intera nozione di oggettività e introducendo la soggettività nell'agenda scientifica.³³

³³ Trad. mia dal testo: "When I began to read some of the things that able-bodied academics, researchers and professionals had written, and still write, about impairment and disability, I was and remain staggered at how little it related to my own experience or, indeed, that of most other disabled people I had come to know. Over the next few years it gradually began to dawn on me that if disabled people left it to others to write about disability, we would inevitably end up with inaccurate and distorted accounts of our experiences and inappropriate service provision and professional practices based upon these inaccuracies and distortions. I would love to say that this has changed in recent years but regrettably it has not. It was during the 1970s that women were beginning to reject male accounts of their experiences and black people were vehemently denying the accuracy of white descriptions of

(Oliver, 2009, p. 16)

Le persone con disabilità, analogamente ad altri gruppi sociali, si sono riconosciute come gruppo oppresso e hanno messo in discussione le definizioni dominanti che le inquadravano come oggetti passivi di intervento, trattamento e riabilitazione, rivendicando lo slogan “Nothing about us without us” (*nulla su di noi, senza di noi*).

Secondo Oliver, sia l’“impairment” che la “disability” sono prodotte culturalmente e strutturate socialmente. Egli non nega l’esistenza di condizioni biologiche individuali, ma sostiene che la distribuzione degli impairment – così come della povertà – non sia casuale, ma influenzata da fattori strutturali più ampi. Tra le forze sociali ed economiche che determinano una maggiore esposizione al rischio di acquisire una disabilità, assumono particolare rilievo la classe e le condizioni socio-economiche. Secondo tale visione, il riconoscimento, la concettualizzazione e le risposte istituzionali alla disabilità, dipendono dalla capacità e dalla volontà dell’organizzazione sociale di farvi fronte, e variano in funzione del contesto e delle dinamiche sociali. Quest’impostazione evidenzia la necessità di prendere in esame differenti contesti materiali e dunque sviluppare una prospettiva transculturale.

L’oppressione esperita dalle persone con disabilità, inoltre, è descritta come multidimensionale piuttosto che monolitica, ovvero è strutturata in termini di genere e razza. Oliver sostiene che il movimento per le persone con disabilità abbia spesso trascurato la dimensione del genere, tuttavia egli invita a riconsiderare la condizione delle donne disabili che esperiscono una “mancanza di ruoli sociali” (Oliver, 1990/2023, p.99) escluse sia dalle mansioni economicamente produttive che da quelle riproduttive. In quest’ottica, le prescrizioni dei ruoli di genere imposte dalla società incidono in modo significativo su ciò che, in relazione alla disabilità, viene percepito come svantaggio. In modo analogo, per comprendere come la razza strutturi le esperienze individuali e collettive è necessario inquadrare la disabilità all’interno del razzismo istituzionalizzato. Oliver si focalizza sugli svantaggi esperiti dalle persone afro-discendenti nell’accesso ai servizi: lo sviluppo di politiche sociali non prende in considerazione i presupposti ideologici impliciti, con l’effetto di naturalizzarli.

what it was like to be black. This questioning had reverberations throughout the academic world, calling into question the whole notion of objectivity and bringing subjectivity onto the academic agenda.”

Particolarmente interessante è il riferimento alla *Confederation of Indian Organisations* (CIO), un'organizzazione fondata nel Regno Unito che, negli anni Ottanta, riuniva diverse associazioni rappresentative delle comunità sud-asiatiche (indiane, pakistane, bangladesi) presenti sul territorio britannico. Nel 1986 la CIO pubblicò il rapporto “Double bind. To be disabled and Asian” in cui venivano messe in relazione diretta la condizione delle persone disabili e le esperienze di discriminazione delle minoranze etniche, sostenendo che la disabilità dovesse essere compresa in connessione ad altre oppressioni sociali, come il razzismo. Il report – di sorprendente attualità – mette in evidenza alcuni fattori chiave che contribuiscono all'esclusione sociale: le difficoltà linguistiche; la mancanza di informazioni accessibili sui servizi disponibili come l'occupazione, l'istruzione, la formazione, la ricreazione, i sussidi e le indennità per le persone disabili; la necessità di contrastare l'isolamento e di creare reti comunitarie. L'analisi delle “minoranze multiple” (Oliver, 1990/2023, p.104) risulta dunque utile per la comprensione delle esperienze individuali e sociali.

In conclusione, il modello sociale inquadra la disabilità come questione collettiva e strutturale. Per tale ragione, non sostiene la realizzazione di interventi singoli o individuali, ma di azioni sociali volte a rimuovere le barriere e a contrastare la discriminazione. Tale modello sposta l'accento dall'*expertise* professionale all'esperienza diretta delle persone con disabilità, dalla logica dell'aggiustamento individuale a quella dell'affermazione collettiva. L'“identità disabile” non viene intesa in termini essenzialistici, ma come esperienza condivisa e politica. Questa visione sostiene politiche affermative, orientate non solo ad un cambiamento degli atteggiamenti ma a trasformazioni sociali strutturali.

MODELLO INDIVIDUALE	MODELLO SOCIALE
Teoria della tragedia personale	Teoria dell'oppressione sociale
Problema personale	Problema sociale
Trattamento individuale	Azione sociale
Medicalizzazione	Auto-mutuo aiuto
Dominio professionale	Responsabilità individuale e collettiva

Expertise	Esperienza
Aggiustamento	Affermazione
Identità Individuale	Identità collettiva
Pregiudizio	Discriminazione
Attitudini	Comportamento
Cura	Diritti
Controllo	Scelta
Politiche amministrative	Politiche affermative
Adattamento individuale	Cambiamento sociale

Fonte: Oliver, 1990/2023, p. 17

2.3.1 Dopo il Modello sociale

Il modello sociale, oggi assunto come riferimento dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), ha spostato il focus dall'individuo al contesto, interpretando la disabilità non come esito di un *deficit* intrinseco, ma come prodotto delle barriere sociali, culturali e ambientali.

Pur avendo rappresentato una svolta paradigmatica nella comprensione della disabilità, è stato oggetto di critiche e rielaborazioni volte a integrare ulteriori dimensioni fino ad allora trascurate. Queste nuove prospettive si collocano nell'ambito di una svolta culturale (*cultural turn*), ossia di un nuovo orientamento che pone l'accento sui fondamenti culturali, discorsivi e relazionali. Se il modello sociale si è sviluppato all'interno del paradigma strutturalista del XX secolo, centrato sull'analisi dei meccanismi sociali ed economici di esclusione, la svolta culturale si radica in una cornice teorica post-strutturalista e postmoderna, attenta alle rappresentazioni, ai linguaggi e ai dispositivi culturali che plasmano l'esperienza disabile. In questa prospettiva alcuni autori e autrici hanno interpretato il corpo con impairment come una costruzione sociale, resa intellegibile attraverso pratiche discorsive: le variazioni che caratterizzano l'esperienza umana sono considerate di per sé neutre, mentre è il processo sociale di classificazione, spesso arbitrario, a definirle come *deficit* e a

connotarle negativamente. L'obiettivo è denaturalizzare la disabilità, mettendo in discussione le gerarchie di gravità e le distinzioni convenzionali tra impairment fisici e intellettivi (Tremain, 2002). Una prospettiva analoga è sostenuta ad esempio dalle persone sorde che utilizzano la lingua dei segni e si ritengono una minoranza linguistica: la sordità è considerata una variante neutra del funzionamento umano piuttosto che un *deficit*.

Altri studi, invece, hanno posto l'attenzione su aspetti dell'esperienza disabile che il modello sociale tendeva a marginalizzare come il vissuto soggettivo, il dolore, la fatica, la malattia e le limitazioni funzionali, nonché le intersezioni con altri assi di disuguaglianza. Tra questi approcci, il *Critical Realism* reintroduce la centralità del corpo e concepisce la disabilità come il risultato di una combinazione di fattori biologici e sociali (Shakespeare, 2006). Analogamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, propone l'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001), che adotta un modello bio-psico-sociale. L'ICF interpreta la disabilità come l'esito dell'interazione dinamica tra condizioni di salute, fattori soggettivi (fisici e psichici) e ambientali (barriere e facilitatori), offrendo uno strumento classificatorio internazionale che tenta di mettere in dialogo la prospettiva medica e quella sociale³⁴.

Se da un lato il modello bio-psico-sociale dell'ICF riconosce l'importanza di considerare il contesto e la presenza di barriere, dall'altro tende a ricondurre le caratteristiche di funzionamento dell'individuo principalmente allo stato di salute, con il rischio di sovrapporre disabilità e malattia. In questa prospettiva i fattori ambientali vengono considerati in modo prevalentemente tecnico e descrittivo, senza approfondire i rapporti materiali e le dinamiche di potere in cui sono inseriti. Diverse riflessioni hanno contestato, inoltre, la distinzione nell'impianto valutativo tra

³⁴ Già a partire dagli anni Settanta, nei paesi dell'Europa settentrionale, viene sviluppato un approccio di tipo "relazionale". Tale visione interpreta la disabilità come il risultato dell'interazione dinamica tra caratteristiche individuali e contesto di vita, includendo non solo le barriere materiali, ma anche le dimensioni culturali, simboliche e relazionali che influenzano la partecipazione sociale. Quest'impostazione presenta affinità con il modello bio-psico-sociale dell'ICF, condividendone l'attenzione all'interazione individuo-ambiente; tuttavia, il modello relazionale rappresenta una prospettiva teorico-politica declinata nelle politiche sociali e nei welfare nordici, priva di finalità classificatorie o statistiche.

capacità – ciò che una persona può fare in un contesto ipotetico privo di barriere - e *performance* – ciò che realizza concretamente nel proprio ambiente di vita. Questa distinzione può contribuire a reintrodurre un modello implicito di normalità anziché riconoscere una pluralità dei funzionamenti umani. Inoltre, il riferimento a un “contesto neutro” rappresenta una costruzione astratta e normativa, che tende a oscurare il ruolo delle disuguaglianze sociali e delle barriere strutturali nella produzione della disabilità. Come evidenziano De Simoni e Monchietto (2025), sebbene il modello bio-psico-sociale abbia mutuato dal modello sociale l’attenzione al contesto, quest’ultimo, nel modello sociale, è inteso come insieme di rapporti di forza, gerarchie di potere e modalità di distribuzione delle risorse; nel modello bio-psico-sociale, invece, tende a essere ridotto a un semplice “paesaggio” in cui la persona si trova inserita, risultando così naturalizzato; ciò impedisce una lettura critica delle dinamiche sociali che lo strutturano. Nella stessa direzione Monceri (2025) critica l’impiego astratto del termine “relazione” specificando che esso rimanda sempre in definitiva a rapporti di potere, nonostante sia proprio l’elemento del potere ad essere solitamente omesso dalle analisi (p.10). In base a tali considerazioni, sebbene l’ICF dichiari di adottare un approccio integrato, mantiene un forte ancoraggio alla dimensione sanitaria.

Le categorie e le definizioni dell’ICF sono state elaborate principalmente all’interno di un quadro epistemologico occidentale, che riflette concezioni specifiche di salute, corpo, autonomia e partecipazione. Tuttavia, le modalità con cui la disabilità è percepita, narrata e affrontata variano significativamente tra culture, influenzando sia l’interpretazione degli impairment che delle barriere o di ciò che si intende per limitazione. Come evidenziato da Grech (2009; 2011; 2015; Grech & Soldatic, 2016), ad esempio, in alcune società collettiviste la partecipazione sociale può essere concepita in termini di appartenenza comunitaria piuttosto che di autonomia individuale. I mezzi di sussistenza risultano spesso eterogenei e, in particolare nelle aree rurali, si concentrano prevalentemente in settori informali, differenziandosi in modo significativo dai modelli di occupazione retribuita tipici dei contesti occidentali. In luoghi caratterizzati da risorse sanitarie limitate o da priorità di salute pubblica differenti, la distinzione concettuale tra condizione di salute e disabilità può risultare meno significativa, tendendo a convergere in un unico vissuto di vulnerabilità. In

alcune culture, inoltre, determinate condizioni fisiche o psichiche sono spiegate attraverso sistemi religiosi o credenze tradizionali, piuttosto che categorie mediche o sociali. Questi aspetti tendono a rimanere invisibili se osservati attraverso una prospettiva occidentale che privilegia paradigmi industriali, assistenzialisti, individualisti e secolaristi. In tali contesti, strumenti classificatori globali come l'ICF rischiano di non riflettere la pluralità di significati e di pratiche esistenti, e di imporre cornici interpretative radicate in specifici orizzonti culturali. Tali osservazioni appaiono particolarmente rilevanti nell'analisi degli assetti istituzionali di contesti occidentali attraversati da crescente diversità culturale: talvolta le interpretazioni della disabilità degli/delle utenti possono differire in modo significativo dal quadro di riferimento implicito nelle politiche e nei servizi locali. Tali differenze possono riguardare la definizione stessa di disabilità, il riconoscimento delle barriere, le aspettative nei confronti delle istituzioni e il ruolo attribuito alla famiglia o alla comunità nelle pratiche di cura e sostegno. La dimensione transculturale, in tal senso, incide direttamente sull'accesso ai diritti, sull'efficacia degli interventi e sulle possibilità di partecipazione sociale.

Nel complesso, le critiche e le evoluzioni del modello sociale offrono spunti rilevanti per ripensare e integrare l'impianto originario. Se da un lato esso rappresenta una potente antitesi all'impostazione medico-individuale, dall'altro può essere assunto come un quadro teorico aperto, capace di accogliere e innestare contributi successivi, ampliandone la portata interpretativa e analitica.

2.4 White Disability Studies

I *Disability Studies* (DS) si sono sviluppati storicamente in ambito occidentale, con snodi chiave nel Regno Unito³⁵ e in Nord America. Questa genealogia colloca il campo dentro coordinate istituzionali, linguistiche e politiche prevalentemente euro-anglofone. Numerosi/e autori e autrici hanno mostrato come tale impostazione abbia prodotto una “whiteness epistemica”, ovvero una tendenza a interpretare i fenomeni e le esperienze secondo uno orizzonte teorico specifico e circoscritto. Tale impianto

³⁵ Per un approfondimento dello sviluppo dei Disability Studies nel contesto inglese, si veda Valtellina (2006).

risulta infatti parziale se si considera che, secondo le stime della stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, l'80% delle persone con disabilità risiede nei Paesi a basso e medio reddito (WHO & World Bank, 2011). Report istituzionali e riflessioni critiche convergono nel riconoscere che la disabilità, su scala globale, è in larga misura il risultato di conflitti, nocività ambientali e profonde disuguaglianze nella distribuzione delle risorse; tuttavia, è spesso assente un'analisi critica dei processi politici ed economici che alimentano e riproducono tali dinamiche.

Per lungo tempo, queste considerazioni sono rimaste marginali nelle riflessioni disciplinari e nelle politiche di *mainstreaming*, dominate da professionisti ed istituzioni del Nord Globale. In rottura con tale impostazione, riflessioni teoriche come i *Black Disability Studies* e gli *Studi Decoloniali sulla Disabilità*, hanno rimesso al centro del discorso i processi di razzializzazione e i contesti socio-culturali non occidentali, invitando a riconsiderare la produzione sociale degli impairment su scala globale.

La guerra, le condizioni lavorative di sfruttamento, le occupazioni (militari) e l'incarcerazione costituiscono una parte rilevante di queste strutture abiliste e inaccessibili, tanto quanto lo sono gli edifici, i cordoli dei marciapiedi, le rampe, gli ascensori, gli animali di assistenza, la normatività cognitiva [...] ³⁶.
(Puar, 2017, p.74)

Un riferimento importante in tal senso è la pubblicazione del saggio Chris Bell "Introducing White Disability Studies: A Modest Proposal" (2006), in cui si propone un ripensamento strutturale del campo, contestandone la *bianchezza*³⁷ come

³⁶ Traduzione mia del testo: "Warfare, exploitative laboring conditions, occupations, incarceration count as a large component of these structures, part of an inaccessible ableist social, as much as buildings, curbs, ramps, elevators, ser vice animals, cognitive. normativity [...]."

³⁷ Le riflessioni sulla bianchezza assumono configurazioni differenti a seconda dei contesti di riferimento. Negli Stati Uniti la bianchezza si articola lungo genealogie specifiche connesse allo schiavismo, alla segregazione e alle migrazioni; in vari contesti europei risponde a storie nazionali e coloniali differenti. La "linea del colore" è dunque *mobile*: produce gerarchie interne influenzate da fattori come le migrazioni, i regimi di cittadinanza, la classe sociale e gli apparati culturali e religiosi

fondamento costitutivo, l'autoreferenzialità, la pretesa universalistica e la mancata auto-riflessività. Nella stessa direzione si colloca la raccolta interdisciplinare *Disability in the Global South: The Critical Handbook* (2016), a cura di Shaun Grech e Karen Soldatic. Si tratta del primo manuale critico interdisciplinare sul tema, che raccoglie le voci di accademici e attivisti che, con un approccio post e decoloniale, affrontano il rapporto tra disabilità e povertà, il tema dell'educazione inclusiva, dell'infanzia, della salute e dello sviluppo sostenibile. La raccolta mette in discussione le letture astratte e disincarnate della disabilità, i processi di colonizzazione della conoscenza e gli effetti dei processi neocoloniali, ribadendo la necessità di privilegiare e apprendere dalle epistemologie e dalle pratiche del Sud globale. Un ulteriore contributo sul tema è offerto dalla *Dis/ability Critical Race Theory* (DisCrit), quadro teorico nato nell'ambito educativo che indaga le connessioni tra razzismo e abilismo nella produzione di categorie, etichette e pratiche di esclusione (Annamma, Connor, & Ferri, 2013; Migliarini, 2025).

Nel loro insieme, questi sviluppi riformulano categorie analitiche, oggetti di ricerca e metriche di valutazione con applicazioni in educazione, politiche e ricerca empirica. Secondo tali letture, la matrice occidentale dei DS ha inciso profondamente sul campo, definendo *chi* è riconosciuto come soggetto legittimo di produzione del sapere, *cosa* diventa oggetto di indagine e *quali* epistemologie e metodologie vengono considerate valide. Tale approccio ha determinato un restringimento di ciò che conta nello studio della disabilità: un esempio significativo è offerto dai contributi del femminismo nero su impairment, salute e vulnerabilità in chiave razzializzata e di genere, spesso invisibilizzati all'interno della produzione scientifica del settore (Schalk & Kim, 2020). In altre parole, tale impostazione ha sostenuto un'universalizzazione dei propri modelli, producendo dei silenzi epistemici e

prevalenti. In questo paragrafo, la nozione di bianchezza è impiegata in senso analitico, in riferimento alla produzione statunitense ed europea degli studi sulla disabilità e al loro posizionamento egemonico nel dibattito internazionale. Per un approfondimento sulla bianchezza nel contesto italiano, cfr. Giuliani, G. (2012). Bianchezza -Whiteness. In S. Marchetti, J. M. H. Mascot, & V. Perilli (Eds.), *Femministe a parole: Grovigli da districare* (pp. 32–36). Ediesse. Giuliani, G. (2015). *Mediterraneità e bianchezza. Il razzismo italiano tra fascismo e articolazioni contemporanee (1861–2015)*, *Iperstoria*, 6, 167–178; Giuliani, G. (a cura di) (2015). *Il colore della nazione*. Milano: Le Monnier-Mondadori.

oscurando le esperienze di soggettività con background socio-culturali differenti, oltre a alle pratiche e alle rappresentazioni provenienti dal Sud Globale.

In tal senso, il termine bianchezza non indica un dato ontologico o un attributo identitario, ma è inteso come posizionamento geografico, culturale e politico dominante (Hall, 1990). Secondo Ahmed (2007) essa opera “dietro le quinte” (“*the behind*”, p.157), resta per lo più inosservata e consente ad alcuni corpi di attraversare lo spazio senza attrito. Lo “spazio bianco” agisce come norma incarnata che si sedimenta nella ripetizione, fino al punto in cui “gli spazi acquisiscono la “pelle” dei corpi che li abitano”³⁸ (p.156). Questa impostazione ammette, talvolta, un'ospitalità condizionale: Ahmed si riferisce alle politiche di *Diversity* in cui l'istituzione si presenta come “host” disposta ad accogliere l'altro come “*guest*” (2012, p.43), a condizione che esso restituisca qualcosa – come l'integrazione o l'adesione a codici e standard richiesti – lasciando intatte strutture e organizzazioni. La bianchezza, dunque, funziona come sfondo dell'esperienza e dispositivo di orientamento reiterato e non riconosciuto. Una logica analoga struttura la riproduzione dell'abilismo; secondo Campbell (2008), oltre all'analisi del *disablism* – ovvero delle pratiche e delle barriere che disabilitano e discriminano, è necessario interrogare l'*ableism* come regime normativo che produce e privilegia le “corporeità standard” e istituisce un obbligo di abilità (*compulsory ableness*). Tali presupposti, spesso naturalizzati e dunque poco visibili, impediscono agli/alle studiosi/e di DS di nominare e riconoscere la riproduzione di modelli impliciti di normalità. Campbell utilizza gli strumenti della *Critical Race Theory* (CRT) per dimostrare come il razzismo offra strumenti per comprendere l'abilismo, in particolare nelle sue forme interiorizzate: si tratta di disposizioni incorporate negli individui e nelle pratiche sociali che operano in maniera invisibile, strutturando gerarchie di valore e regimi di visibilità. In questa prospettiva, riconoscere la costruzione sociale di razza e disabilità consente, da un lato, di mettere in luce i processi di categorizzazione, marcatura e stigmatizzazione e, dall'altro, di aprire spazi per pratiche di solidarietà e contro-narrazioni.

All'interno dei DS la mancata attenzione alle norme implicite derivanti dall'orizzonte culturale di riferimento, ha spesso condotto a interpretare l'esperienza

³⁸ Traduzione mia del testo: “spaces acquire the ‘skin’ of the bodies that inhabit them”

della disabilità come omogenea ed equivalente per tutte le soggettività, trascurando come razza e classe, genere modellino tali vissuti. Nell’immaginario accademico e culturale, la figura della persona disabile è stata a lungo costruita secondo un prototipo: bianca, di genere maschile e con impairment fisici, piuttosto che psicologici, cognitivi o non visibili (Garland-Thomson, 2017; Puar, 2017). Le critiche ai *White Disability Studies*, si propongono di decentrare tali presupposti: invitano a considerare la disabilità come un’esperienza eterogenea prodotta da barriere differenti, che producono un accesso differenziato alla vita sociale e alle dinamiche di riconoscimento e rappresentazione. Non tutte le esperienze di disabilità, infatti, risultano visibili secondo i canoni accademici tradizionali o le metriche standardizzate dell’inclusione.

Come evidenzia Puar (2017), i processi biopolitici di razzializzazione e debilitazione (cap. 2.5) eccedono gli inquadramenti liberali della disabilità – centrati su accomodamento sociale, accessibilità, orgoglio ed *empowerment*³⁹. Tali discorsi emancipatori presentano dei limiti politici e analitici: garantiscono riconoscimento e protezione soltanto ad alcune forme di vulnerabilità e spesso tralasciano condizioni di subordinazione e di danno permanente cui sono sottoposte altre fasce della popolazione. Alcuni gruppi sociali, infatti, non dispongono della possibilità concreta di auto-rappresentarsi o identificarsi nelle categorie di inclusione occidentali. Puar invita ad approfondire i rapporti di forza che strutturano il campo e ad interrogarsi su chi – e per quali ragioni – non viene ammesso ai discorsi e alle pratiche egemoniche sulla disabilità.

³⁹ Emblematico è l’esempio riportato da Puar: nel 2016, a New York, la marcia del *Disability Pride* si svolgeva contemporaneamente a una protesta di *Black Lives Matter* a Times Square. L’autrice riflette sulla distanza tra un discorso celebrativo dell’“empowerment” della disabilità e le azioni di BLM, che denunciavano la debilitazione mirata dei corpi neri. Questa compresenza mette in luce la tensione tra le retoriche dei diritti e le pratiche di violenza istituzionale: mentre il Pride enfatizzava orgoglio e inclusione, i manifestanti di BLM ricordavano come oltre la metà delle persone nere uccise dalla polizia esperissero la disabilità, evidenziando l’assenza di strumenti di riconoscimento adeguati dei vissuti intersezionali (Puar, 2017, pp. ix–xxv, Preface: Hands Up, Don’t Shoot!).

2.5 Politiche di debilitazione

Per ampliare la concezione di disabilità oltre i paradigmi occidentali e identitari, e analizzare la connessione tra disabilità, povertà e distribuzione delle risorse, Puar in *Right to Maim* (2017), distingue i concetti di disabilità e debilitazione. Accanto alla nozione di “disability” (disabilità) – intesa come categoria riconosciuta, normata, attraversata dal linguaggio dei diritti – Puar introduce il concetto di “debility” (debilitazione), per indicare il processo, spesso invisibilizzato, di costante logoramento e subordinazione di alcuni gruppi sociali⁴⁰. Si tratta di una condizione di danno permanente che non può essere ricondotta ad un singolo evento o ad un'unica caratteristica individuale, ma che riguarda la distribuzione differenziale della vulnerabilità. Tale condizione è connessa all'esposizione a condizioni di vita insalubri, alla povertà, a limitate aspettative di vita ed è determinata dalle possibilità di accesso alla salute, al lavoro, all'istruzione, e più in generale, dalle condizioni sociali e dalle risorse disponibili.

La debilitazione rappresenta un dispositivo biopolitico attraverso cui fasce di popolazione vengono mantenute in una condizione di precarietà perpetua che si iscrive su corpi. Tale svantaggio, naturalizzato, descrive alcune soggettività come culturalmente e strutturalmente costruite per sopportare dolore, sofferenze e ferite.

La biopolitica della debilitazione non mira a una semplice democraticizzazione della disabilità, come nel luogo comune secondo cui “diventeremo tutti/e disabili se vivremo abbastanza a lungo”. In realtà, a seconda di dove viviamo, delle risorse che abbiamo, dei traumi che abbiamo subito, del colore della nostra pelle, dell'accesso che abbiamo ad acqua pulita, aria salubre e cibo decente, del tipo di assistenza sanitaria a cui possiamo accedere, del tipo di

⁴⁰ Sebbene nel testo l'esempio cardine sia l'occupazione dei territori palestinesi – nei quali mutilazione e debilitazione sono pratiche utilizzate da Israele come forma di controllo della popolazione – Puar sostiene che anche la distruzione del welfare, l'inaccessibilità dei servizi o la precarietà indotta socialmente siano forme di debilitazione che costringono fasce di popolazione in uno stato costante di subordinazione.

lavoro che svolgiamo... non diventeremo tutti/e disabili. Alcuni/e di noi non vivranno abbastanza a lungo.⁴¹

(Puar, 2017, p.xiv)

Secondo Puar il discorso *mainstream* sulla disabilità, a causa dei suoi presupposti epistemologici, si incentra sulla “funzionalità” dei corpi, trascurando la specificità dei contesti, le cornici culturali e la distribuzione diseguale delle risorse. Una nozione fissa di disabilità come condizione “eccezionale” – spesso ricondotta al singolo impairment – non descrive efficacemente i processi strutturali di esposizione costante al danno, che colpisce in modo sistemico alcune fasce sociali come le persone migranti, i gruppi impoveriti o le soggettività non conformi.

Il termine *debility* interrompe la contrapposizione binaria tra abilità e disabilità, evidenziandone le connessioni, senza che una si riduca nell'altra: tali condizioni esistono in una costellazione che si rafforza reciprocamente e talvolta si sovrappone. In questa prospettiva, la disabilità si configura in relazione a combinazioni di capacità (capacity) e debilitazione, modulate dal tempo storico, dallo spazio geopolitico, da apparati istituzionali e regimi discorsivi. Per Puar, la separazione binaria di abilità e disabilità, oltre a restituire una rappresentazione riduttiva della realtà, presenta numerosi parallelismi e intersezioni con altre categorie binarie proposte dal modello neoliberale: in primis, la distinzione tra i “corpi che contano” e le vite senza valore, cui è precluso il futuro (*futurity*) e non degne di lutto (*grievable life*) (Butler, 2009).

Puar individua il razzismo, le nocività ambientali e lo sfruttamento lavorativo come elementi centrali nella produzione di debilitazione; al contempo, sostiene che tali tematiche siano omesse dalle riflessioni dei Disability Studies, poiché eccedono o sfidano il linguaggio dell'identità e della soggettivazione disabile.

⁴¹ Traduzione mia del testo: “The biopolitics of debilitation is not intended to advocate a facile democratization of disability, as if to rehash the familiar cant that tells us we - will all be disabled if we live long enough. In fact, depending on where we live, what resources we have, what traumas we have endured, what color our skin is, what access we have to clean - water, air, and decent food, what type of health care we have, what kind of work we do... we - will not all be disabled. Some of us - will simply not live long enough [...]”

Da questa prospettiva interdisciplinare, la disabilità è ovunque eppure per ragioni importanti, non sempre viene rivendicata come tale. Molti corpi potrebbero non essere riconosciuti come disabili, ma certamente non godono neanche dei privilegi dell'abilità.⁴²

(Puar, 2017, p. xx)

Alcuni corpi, dunque, nonostante esperiscano in maniera ordinaria processi di debilitazione, non sono riconosciuti – o non si identificano – come *disabili*, restando esclusi dall'accesso a rappresentazione e risorse.

La mancata leggibilità dei processi di debilitazione da parte degli/delle studiosi/e può derivare da una scarsa riflessività sulle proprie categorie di riferimento e sui rapporti di potere che le attraversano. Schalk, in *Black Disability Politics* (2022), dimostra che, nonostante la disabilità abbia costituito un asse strutturale del movimento antirazzista nero a partire dagli anni Settanta, spesso tale contributo non è stato riconosciuto a causa di linguaggi, tattiche e priorità differenti rispetto all'attivismo *mainstream* bianco; così, una parte decisiva della storia di *Disability Justice* viene considerata “esterna” ai DS, quando in realtà ne è costitutiva. Le comunità nere, infatti, hanno contribuito notevolmente all'analisi dei processi di disabilitazione, inquadrando la disabilità come questione fortemente intrecciata a razza, classe, genere e salute pubblica. Oltre a ricostruire la genealogia del rapporto tra disabilità e antirazzismo, Schalk attualizza la propria riflessione esaminando come psichiatria, polizia e carcere rappresentino dispositivi di debilitazione e controllo razzializzato, ai quali la *Black Disability Politics* oppone forme di cura comunitaria.

In una direzione analoga, Mingus (2011) sottolinea l'impossibilità sperimentata dai gruppi soggetti a istituzionalizzazione o incarcerazione di rivendicare l'identità disabile: nonostante essi sperimentino la disabilità, paradossalmente la “loro sopravvivenza dipende dal negarlo” poiché costantemente stigmatizzati come devianti e già sovraesposti a forme di correzione o medicalizzazione.

⁴² Traduzione mia del testo: “From the vantage of these interdisciplinary fields, disability is everywhere and yet, for all sorts of important reasons, not claimed as such. Many bodies might not be hailed as disabled but certainly are not awash in the privileges of being able-bodied either.”

Questo quadro evidenzia la necessità di una riflessione sulle vulnerabilità socialmente indotte e sulla produzione strutturale di disabilità. L'obiettivo della riflessione di Puar non è semplicemente includere più soggettività – come le persone razzializzate – nel campo DS, ma ridefinirlo radicalmente. Oltre i processi di stigmatizzazione o affermazione identitaria (*pride*), Puar mette in discussione le categorie normative che favoriscono il riconoscimento di alcune forme di disabilità a scapito di altre, lasciando moltiplicare la debilitazione delle persone in condizioni non compatibili con i modelli di rispettabilità e progresso – ad esempio le persone in condizioni di marginalità, impiegate nelle economie informali, le persone senza dimora o segregate nelle strutture carcerarie o residenziali.

Tale prospettiva risulta particolarmente utile nell'analisi del rapporto tra disabilità e migrazioni. I processi migratori – come analizzato in precedenza (cap.1) – rappresentano dispositivi di produzione di debilità/disabilità: regimi di frontiera, esposizione al lavoro precario, condizioni abitative e sanitarie degradate, violenze amministrative e securitarie concorrono all'acquisizione di impairment (traumi, cronicità, disturbi). Le persone migranti rappresentano così una parte di popolazione considerata “sacrificabile”, “inevitabilmente esposta al danno” e soggetta a “menomazioni attese”. In altre parole, esse sperimentano forme di debilitazione considerate ordinarie in rapporto alla propria condizione sociale; questo aspetto si rende particolarmente evidente, ad esempio, nel ricorso diffuso all'etichetta di trauma migratorio o nel deterioramento delle condizioni di salute come conseguenza ordinaria di lavori rischiosi (cap. 4.1.2, ii; 4.8.3).

In secondo luogo, l'accesso alle tutele e alle risorse – sia nei contesti di prima accoglienza, sia successivamente nell'accesso ai servizi – è vincolato dalla possibilità di identificarsi o riconoscersi nel linguaggio ufficiale della disabilità, in termini di auto-rappresentazione e di auto-narrazione, e nella capacità di tradurre la propria esperienza e i propri bisogni in lessici medico-legali o burocratici. Tale dinamica richiede l'utilizzo di concetti ancorati ad una visione occidentale e individualizzata, con l'effetto di oscurare altre modalità di esperire e nominare i propri vissuti, condizioni o sofferenza.

Infine, nei contesti di destinazione, il mancato accesso ai servizi – a causa di barriere legali, economiche, linguistiche ecc. – può tradursi nella reiterazione permanente di uno stato di marginalità (cap. 4.8.3).

Alla luce del quadro presentato, per comprendere i processi di debilitazione occorre spostare l'attenzione sui processi strutturali che producono vulnerabilità e sulle esperienze sociali che eccedono le forme istituzionali di riconoscimento.

2.6 If I had a hammer

[...] For many people coming to terms with the consequences of impairment in a society that devalues disabled people and disabled lifestyles is often a personal tragedy. But the real misfortune is that our society continues to discriminate, exclude and oppress people with impairments.⁴³
(Oliver, 2009, p.47)

Alla luce delle traiettorie teoriche discusse nei paragrafi precedenti, in questa sezione viene delinato il posizionamento epistemologico che guida l'intero impianto analitico della ricerca.

Il presente lavoro assume come riferimento primario il modello sociale della disabilità e accoglie l'invito di Oliver a considerarlo non soltanto come una teoria o una cornice concettuale, ma come uno strumento pratico – al pari di un martello o di un cacciavite (Oliver, 2009, p.42) – da utilizzare e adattare agli obiettivi specifici dell'indagine. Se una delle critiche rivolte al modello sociale riguarda la scarsa integrazione di variabili quali razza, genere, età o sessualità, è lo stesso Oliver a sollecitare un maggiore impegno nell'incorporare l'analisi del razzismo, del sessismo e di altre forme di oppressione strutturale. In linea con tale indicazione il modello sociale è qui adottato come critica fondativa nei confronti del modello individuale e medico, nella convinzione che l'oggetto privilegiato delle analisi e degli interventi

⁴³ Traduzione mia: “Per molte persone, fare i conti con le conseguenze dell’*impairment* in una società che svaluta le persone disabili e le esperienze di vita delle persone disabili è spesso una tragedia personale. Ma la vera sventura è che la nostra società continua a discriminare, escludere e opprimere le persone con *impairment*.”

sociali debbano essere l'organizzazione sociale e i meccanismi disabilitanti, piuttosto che l'adattamento delle soggettività "non conformi". Nella ricerca, questo orientamento si traduce in uno spostamento analitico dal singolo agli apparati istituzionali, burocratici e normativi che contribuiscono a produrre condizioni di inaccessibilità ed esclusione.

Il modello sociale, assunto come impianto di base, viene dunque articolato in dialogo con un approccio intersezionale, al fine di esplorare come l'intreccio di più dimensioni sociali – tra cui status migratorio, genere, classe ed età – contribuisca a produrre specifici posizionamenti e differenti esperienze di disabilitazione e oppressione. Ciò non implica una rimozione delle esperienze soggettive, degli impairment o dei vissuti individuali, che restano centrali nella comprensione dei processi analizzati; tali dimensioni sono tuttavia considerate come elementi intrinsecamente politici e collettivi, modellati da assetti istituzionali e relazioni di potere e non come meri attributi o condizioni personali.

In questo quadro, il contributo teorico di Puar offre un'ulteriore chiave critica per interrogare le situazioni in cui condizioni di vulnerabilità e processi di debilitazione ostacolano l'accesso all'autorappresentazione e alle definizioni identitarie. Se il modello sociale ha avuto il merito di spostare l'attenzione sulle condizioni materiali e sui contesti disabilitanti, l'approccio di Puar consente di interrogare più radicalmente il ruolo delle politiche migratorie, securitarie e neoliberali nella produzione sistemica di corpi resi vulnerabili, governabili e sacrificabili. In questa prospettiva, le politiche di accoglienza, detenzione e welfare partecipano attivamente alla produzione di condizioni di debilitazione che eccedono le categorie amministrative di disabilità, mettendo in crisi letture esclusivamente identitarie o classificatorie.

Questa cornice teorica orienta l'analisi empirica della ricerca verso l'individuazione dei meccanismi attraverso cui l'accessibilità viene prodotta, limitata o negata nei contesti istituzionali. L'attenzione è rivolta in particolare al campo burocratico, inteso come spazio in cui norme, procedure e pratiche amministrative traducono i diritti formali in opportunità concrete – o, al contrario, in traiettorie di esclusione.

2.7 Accessibilità e campo burocratico

Il tema dell'accesso ai servizi e alle opportunità sociali nei territori di destinazione costituisce un nodo centrale nell'analisi dei processi di disabilitazione e debilitazione che coinvolgono le persone con background migratorio. La CRPD, all'art. 9, definisce l'accessibilità come condizione preliminare per vivere in maniera indipendente e partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita sociale. Per questo motivo, gli Stati Parti si impegnano a garantire l'accesso all'ambiente fisico, ai trasporti, all'informazione e alla comunicazione – incluse le tecnologie e i sistemi ICT – e ad attrezzature e servizi aperti al pubblico, sia nelle aree urbane che in quelle rurali. Il Commento generale n. 2 (2014) chiarisce che l'accessibilità non si esaurisce in una dimensione tecnica, ma include anche un aspetto culturale e attitudinale: essa concerne i diritti umani e le libertà fondamentali e deve essere garantita nella sua interezza. La sua assenza o inadeguata attuazione, infatti, ostacola o limita l'effettivo esercizio di diritti quali l'istruzione, la salute, il lavoro, la partecipazione alla vita culturale e l'accesso alla giustizia. In questo senso l'accessibilità è strettamente correlata alla rimozione delle barriere – non solo materiali – da parte della società. Ciò implica la necessità di percorsi di formazione e sensibilizzazione culturale; al tempo stesso, investimenti, ricerca e nuove tecnologie dovrebbero essere orientati ad eliminare le disuguaglianze esistenti.

È interessante notare come il Commento richiami l'art.5 della Convenzione ONU sull'eliminazione della discriminazione razziale (ICERD) che garantisce a tutti il diritto di accesso a luoghi e servizi destinati al pubblico. Tale riferimento serve ad ancorare giuridicamente l'accessibilità come diritto autonomo e testimonia, simultaneamente, la storia di esclusione sociale e discriminazione che – sebbene su basi differenti (razza e disabilità) – ha storicamente caratterizzato entrambe le categorie sociali.

Infine, la CRPD distingue fra progettazione universale e accomodamenti ragionevoli, chiarendo che l'accessibilità è innanzitutto una proprietà collettiva degli ambienti, dei servizi e dei sistemi, mentre gli accomodamenti intervengono caso per caso per rimuovere barriere residue.

Diverse letture critiche, tra cui i *Critical Access Studies* (Hamraie, 2017), affrontano il tema dell'accessibilità non come mera questione tecnica, ma come

dinamica connessa a processi di riconoscimento e legittimità sociale, intrecciata a genere, razza, classe e cittadinanza. In tal senso l'aggettivo "critical", sottolinea l'urgenza di tali riflessioni e, insieme, l'approccio critico. Titchkosky (2011), in questa direzione, indaga il significato sociale dell'accessibilità, evidenziandone i rapporti di potere che implicitamente determinano quali vite siano previste o ammesse all'interno di spazi e servizi. L'accesso, dunque, è inteso come una forma complessa di "percezione" e come criterio di orientamento che struttura le relazioni socio-politiche tra le persone nello spazio sociale (p.ix).

Nonostante i contesti neoliberali promuovano una retorica su diversità e inclusione, in cui l'accessibilità emerge come valore indiscusso, Titchkosky osserva che l'esclusione delle persone con disabilità resti una pratica diffusa, naturalizzata a tal punto da apparire in qualche modo ragionevole, sensata e persino giustificabile. Assumere l'accessibilità come lente d'analisi – interrogandosi su *chi, come, dove e in quale misura* accede – consente di sfidare tali processi e smontare la rappresentazione di alcuni corpi come "naturalmente" esclusi.

Spesso il tema dell'accessibilità emerge nella forma della "domanda" (p.7) (cap. 4.3.1): sono gli individui direttamente interessati a richiedere accesso a spazi, politiche e servizi. Titchkosky, invece, propone di inquadrare la questione come "interrogativo", interpellando criticamente i parametri in base ai quali è immaginato e organizzato lo spazio sociale. Secondo Titchkosky, inoltre, la "burocratizzazione" del tema contribuisce ad invisibilizzarne la dimensione incarnata e ad oscurare le relazioni tra corpi e spazi sociali. La burocrazia rappresenta una forma razionalizzata di potere che si articola attraverso protocolli e procedure stabilite, codificate attraverso regolamenti standardizzati. Se da un lato il carattere impersonale è volto ad una tutela da particolarismi e interessi personali, dall'altro lato, tale impianto istituzionalizza dei criteri di regolarità, configurando criteri di appartenenza e di partecipazione alla norma. In tal senso, le prassi burocratiche producono forme di soggettività – *il buon lavoratore, lo studente modello, l'utente dei servizi, il cittadino, l'immigrato* –, distinguendo ciò che è legittimo e valido, dall'anormale, problematico ed eccezionale.

Per tali ragioni, la teoria sociale e politica dovrebbe inquadrare l'accessibilità come un terreno di lotta simbolica che determina le possibilità di visibilità e partecipazione sociale, approfondendo le tensioni insite all'interno del campo

burocratico. Lo sviluppo di apparati amministrativi è un tratto distintivo della governance moderna e ha reso possibile il funzionamento del capitalismo, dell'ideologia neoliberale, delle mentalità e dei progetti coloniali, attraverso la gestione dei corpi e dello spazio sociale (p.9).

Nelle riflessioni sulla genesi dello Stato (1989–1992), Bourdieu mostra come, dall'età moderna, si consolida un potere che, oltre al monopolio della violenza fisica legittima, detiene ed esercita anche il monopolio della violenza simbolica: la capacità di produrre e imporre categorie di percezione e classificazione che, col tempo, si impongono come naturali. Il potere simbolico, infatti, è l'atto di nominare il mondo sociale e di far valere tali ripartizioni come ovvie, trasformando i rapporti di forza in rapporti di senso. La sua efficacia è maggiore, quanto più è invisibile: quando le categorie si presentano come senso comune (*doxa*), vengono incorporate negli *habitus* – ovvero negli schemi percettivi e nelle disposizioni pratiche – e oggettivate in dispositivi materiali. In tal senso, le istituzioni esistono “nella realtà e nei cervelli” (Bourdieu, 2016, p.191): come strutture oggettive – leggi, registri, statistiche, standard amministrativi – e come schemi incorporati, che si co-costituiscono e rafforzano reciprocamente. Per Bourdieu, il campo burocratico è un campo sociale relativamente autonomo, in cui il dominio è diviso attraverso la delega fra attori che si garantiscono e controllano reciprocamente (p.375). È un terreno di conflitto in cui la posta in gioco è rappresentata dal potere di codificare le norme, fissare categorie ufficiali, distribuire risorse e sanzioni. All'interno di tale campo, quindi, si stabiliscono le condizioni legali e amministrative del funzionamento di tutti gli altri campi – economico, educativo, culturale; in tal senso, le classificazioni amministrative non si limitano a registrare la realtà, ma la producono.

La sentenza del giudice o il voto del professore, le procedure di registrazione ufficiale, le relazioni o i verbali certificati, tutti gli atti destinati a produrre effetti giuridici – come i certificati di nascita, matrimonio o morte, ecc. –, tutte le forme di notificazione o citazione pubblica eseguite con le formalità richieste dagli agenti competenti [...] e debitamente registrate presso l'ufficio competente: tutti questi atti richiamano la logica della nomina ufficiale per istituire identità socialmente garantite (come cittadino, residente legale,

elettore, contribuente, genitore, proprietario), così come unioni e raggruppamenti legittimi (famiglie, associazioni, sindacati, partiti, ecc.). Stabilendo con autorità che cosa un ente (cosa o persona) è in verità (verdetto), secondo la sua definizione socialmente legittima – ossia ciò che egli/ella è autorizzato/a a essere, ciò che ha il diritto (e il dovere) di essere, l'essere sociale che può rivendicare – lo Stato esercita un potere autenticamente creativo, quasi divino⁴⁴.

(Bourdieu, Wacquant, & Farage, 1994, p.12)

Secondo Bourdieu, gli atti burocratici di nomina sono arbitrari, non hanno un fondamento naturale, ma si impongono come legittimi e inevitabili. In quanto atti performativi ufficiali, istituiscono le identità sociali, attribuiscono diritti e doveri, e tracciano il confine tra inclusi ed esclusi (Bourdieu et al., 1994 p.13).

In questa prospettiva, sebbene il campo burocratico appaia come universale e orientato alla tutela dell'interesse generale, l'accesso effettivo a diritti e prestazioni non dipende solo dal loro riconoscimento formale ma da una dinamica più complessa: da un lato nelle logiche interne al campo e nelle pratiche quotidiane degli operatori; dall'altro nelle risorse e competenze che i soggetti possono mobilitare per tradurre i propri bisogni nei codici legittimi dell'amministrazione. In primo luogo l'accessibilità è dettata dai conflitti tra i diversi attori interni al campo: la produzione delle classificazioni, segue la loro traduzione regolativa in dispositivi materiali ed infine l'applicazione con discrezionalità. È proprio a questo livello di pratica quotidiana – definito da Lipsky “street-level bureaucracies” (2010) – che si reiterano e consolidano

⁴⁴ ⁴⁴ Trad. mia dal testo: “The sentence of the judge or the grade of the professor, the procedures of official registration, certified reports or minutes, all the acts meant to carry legal effect, such as certificates of birth, marriage, or death, etc., all manners of public summons as performed with the required formalities by the appropriate agents (judges, notaries, bailiffs, officers of etat civil and duly registered in the appropriate office, all these facts invoke the logic of official nomination to institute socially guaranteed identities (as citizen, legal resident, voter, taxpayer, parent, property owner) as well as legitimate unions and groupings (families, associations, trade unions, parties, etc). By stating with authority what a being (thing or person) is in truth (verdict) according to its socially legitimate definition, that is what he or she is authorized to be, what he has a right (and duty) to be, the social being that he may claim, the State wields a genuinely creative, quasi-divine, power”.

le categorie – che a loro volta possono retroagire sulle definizioni; nel rapporto diretto con il pubblico gli operatori applicano e, talvolta creano, dispositivi specifici per far fronte alle incertezze e alle pressioni di lavoro. Tali prassi divengono di fatto politiche pubbliche. Dall’altro lato, l’effettiva esigibilità di servizi e diritti dipende dalla capacità dei soggetti di tradurre le proprie esperienze e bisogni in linguaggi e formati ritenuti legittimi. Tale dinamica richiede familiarità con i codici specifici del campo e il possesso di capitali individuali: culturale, linguistico, sociale – come le reti di intermediazione – ed economico, per adempiere a requisiti e costi. L’assenza di tali fattori produce un accesso differenziale a risorse ed opportunità.

Seguendo Lipsky, le politiche pubbliche si comprendono in modo completo non solo guardando ai piani alti delle amministrazioni – seppur ovviamente rilevanti, ma considerando il “livello di strada”, gli uffici affollati e gli incontri quotidiani tra soggetti sociali e operatori. In questo quadro il campo burocratico emerge come un terreno fondamentale nell’analisi della riproduzione delle disuguaglianze sociali. Lo Stato impone categorie di pensiero che definiscono cosa sia un problema sociale, come debba essere nominato e trattato; per questo, per Bourdieu, chi fa ricerca è chiamato ad esercitare una postura di “dubbio radicale” (Bourdieu et al., 1994, p.2): mettere in discussione le categorie ufficiali, chiedersi chi le ha prodotte, con quali interessi e quali alternative sono state escluse lungo il percorso di istituzionalizzazione. Da qui deriva l’importanza di analizzare gli effetti di inclusione ed esclusione generati dalle pratiche di nomina e reiterazione, analizzando come esse si traducano, in concreto, in differenziali di accesso al campo stesso, e dunque a risorse, diritti e riconoscimento.

Il presente lavoro di ricerca prende in considerazione in maniera integrata i diversi livelli attraverso i quali si producono meccanismi impliciti di disabilitazione nell’accesso ai servizi da parte di persone con disabilità e background migratorio: i processi di definizione e categorizzazione, nonché la loro applicazione e reiterazione nei livelli più periferici degli apparati amministrativi; le interazioni concrete con gli/le utenti; la traduzione delle istanze individuali in codici e linguaggi riconosciuti come legittimi. In tale prospettiva, in linea con Foucault (2014), la riproduzione dei rapporti di potere sarà indagata nella sua dimensione “microfisica”, prendendo in considerazione la rete capillare – “sempre tesa” (p.29) – di relazioni tra gli apparati, disposizioni, meccanismi e corpi, con la loro materialità e le loro forze:

Queste relazioni scendono profondamente nello spessore della società [...] esse non sono univoche ma definiscono innumerevoli punti di scontro, focolai di instabilità di cui ciascuno comporta i rischi di conflitto, di lotte e di inversioni, almeno transitorie, dei rapporti di forza.

(Foucault, 2014, p.30)

Capitolo 3 – Metodologia

3. Introduzione

Il presente capitolo illustra l'impianto metodologico della ricerca. Dopo aver ricostruito, nel Capitolo 1, i limiti conoscitivi e operativi che contribuiscono a invisibilizzare l'intersezione tra disabilità e migrazioni, e aver delineato, nel capitolo 2, la cornice teorica ed epistemologica dell'indagine, si esplicitano qui le scelte metodologiche che guidano l'analisi, in relazione agli obiettivi e al focus della ricerca.

Una considerazione preliminare riguarda l'impossibilità di descrivere e comprendere il tema attraverso approcci lineari o universalizzanti. I vuoti emersi nel primo capitolo – l'invisibilità statistica, le criticità connesse ai sistemi definitivi, le barriere e la frammentazione burocratica – non costituiscono mancanze isolate, ma sono l'esito di assetti epistemici ed istituzionali rigidi e settorializzati. La postura teorica assunta nel secondo capitolo, centrata sul modello sociale della disabilità e sul campo burocratico come spazio attraversato da una microfisica di processi di inclusione ed esclusione, richiede un approccio metodologico capace di individuare le dinamiche concrete che producono disabilitazione o al contrario aprono spazi di accessibilità e riconoscimento. Alla luce di tali obiettivi, la ricerca utilizza la valutazione realistica come dispositivo analitico. Tale approccio metodologico non mira alla generalizzazione statistica, ma a ricostruire, in chiave intersettoriale, i meccanismi causali che strutturano l'accesso ai servizi in specifici contesti di welfare.

Il capitolo, a partire dalla formulazione proposta da Pawson e Tilley (1997), approfondisce la valutazione realistica e i principali concetti che ne delineano l'impianto teorico e metodologico. Successivamente, l'approccio viene posto in dialogo con prospettive critiche – quali le epistemologie femministe e i contributi postcoloniali – al fine di metterne in luce le potenzialità trasformative e i limiti.

Infine, viene presentato il disegno di ricerca e le ipotesi CMO che verranno verificate e successivamente affinate nel capitolo empirico (cap. 4). In particolare, l'indagine si concentra sull'egemonia del modello medico-individuale della disabilità

rispetto a una prospettiva sociale, e sugli effetti prodotti da un'impostazione "satellitare" dei servizi, che tende a separare disabilità e migrazione, ostacolando una lettura intersezionale.

3.1 La valutazione realistica come dispositivo analitico

La valutazione realistica (*realistic evaluation*), elaborata da Ray Pawson e Nick Tilley negli anni Novanta, si sviluppa come approccio innovativo alla valutazione delle politiche e dei programmi sociali. Essa nasce come ricerca applicata finalizzata a orientare la riflessione e le decisioni di *policy makers*, operatori, partecipanti ai programmi, altri portatori di interesse e, più in generale, dell'opinione pubblica (1997, p.xiii). In un periodo caratterizzato dalla diffusione di numerosi paradigmi valutativi e da accese controversie (*paradigm wars*)⁴⁵, la proposta di Pawson e Tilley si configura come una reazione critica tanto agli approcci sperimentali basati su *randomized controlled trials* (RCT)⁴⁶ – ritenuti eccessivamente rigidi e incapaci di cogliere la varietà dei contesti sociali – quanto alle *narrative review*⁴⁷, considerate aneddotiche e prive di una solida struttura teorica. A differenza degli approcci sperimentali, che si limitano a registrare il rapporto tra *input* (intervento) e *output* (esito) senza approfondire i processi intermedi, gli autori si propongono di comprendere "che cosa funziona, per chi, in quali circostanze e attraverso quali meccanismi" (p.85).

⁴⁵ Pawson e Tilley non intendono la valutazione realistica come una nuova "fazione" nelle *paradigm wars*, bensì come una prospettiva capace di integrare i contributi parziali e di superare i limiti dei paradigmi esistenti. In particolare, gli autori distinguono: l'*evaluation* sperimentale; l'*evaluation* pragmatica; l'*evaluation* naturalistica/constructivista; e l'*evaluation* pluralista. La valutazione realistica si propone invece come alternativa, capace di coniugare rigore, utilità, attenzione ai contesti e coerenza teorica, ricostruendo i nessi tra contesti, meccanismi ed esiti (C–M–O).

⁴⁶ Con il termine *randomized controlled trial* (RCT) si indica un disegno sperimentale in cui i partecipanti sono assegnati in modo casuale a un gruppo sperimentale (che riceve l'intervento) o a un gruppo di controllo (che non lo riceve), al fine di valutare con rigore gli effetti prodotti. Pur garantendo elevata affidabilità in contesti "chiusi", questo approccio è stato criticato perché difficilmente applicabile alla complessità dei fenomeni sociali.

⁴⁷ La *narrative review* consiste in una sintesi descrittiva della letteratura e delle esperienze esistenti su un determinato tema, spesso fondata sul giudizio dell'autore e sulla selezione di buone pratiche. Pur offrendo una panoramica ampia, questo approccio risulta impressionistico e non sistematico, con il rischio di fornire conoscenze poco trasferibili.

La valutazione realistica si propone di aprire la “black box” (p.30), ovvero di superare la visione che – senza indagare i processi interni – considera i programmi dei dispositivi opachi che producono dei risultati; ciò implica oltrepassare la causalità successionista ($x \rightarrow y$ come congiunzione costante) e ricostruire i meccanismi generativi – come le risorse vengono interpretate e usate dagli attori – e le condizioni di contesto che ne consentono o ne inibiscono l’attivazione. In questa prospettiva è dunque possibile comprendere perché il medesimo programma può produrre esiti differenti in base al contesto.

La valutazione realistica si fonda su una matrice epistemologica riconducibile alla tradizione realista della filosofia della scienza (p. 55), così come delineata negli scritti di Hesse (1974), Lakatos (1970), Bhaskar (1975) e Harré (1972; 1986). La realtà sociale è concepita come stratificata: non si esaurisce nei soli eventi osservabili, ma comprende livelli più profondi costituiti da meccanismi generativi che, attivati in specifici contesti, producono determinati esiti. Tali meccanismi vanno intesi come entità reali, anche quando non immediatamente visibili. Per chiarire questo concetto, gli autori ricorrono alla metafora dell’orologio: non è possibile comprenderne il funzionamento limitandosi a osservare il quadrante e le lancette, ma occorre analizzare gli ingranaggi interni che ne regolano il movimento. Allo stesso modo, il compito dell’indagine scientifica non consiste nella mera registrazione di correlazioni empiriche, bensì nell’individuazione delle connessioni causali sottostanti. In questa prospettiva, la “meccanica” della spiegazione diviene una strategia in grado di generare un corpo progressivo di conoscenza scientifica (Pawson & Tilley, 1997, pp. 55-56). Tale processo non si fonda sulla semplice somma degli effetti, ma sull’avanzamento ottenuto mediante l’affinamento graduale delle configurazioni che spiegano che cosa funziona, per chi, quando e perché.

L’obiettivo di Pawson e Tilley non è soltanto introdurre un nuovo strumento metodologico, ma delineare una logica di indagine capace di rendere conto della complessità dei fenomeni sociali. La valutazione realistica, infatti, non si limita all’analisi di singoli interventi, ma può essere applicata a più livelli: dallo studio comparativo di famiglie di programmi caratterizzati da analoghi meccanismi, alla costruzione di sintesi sistematiche (*realist synthesis*) che abbracciano interi campi di policy (Pawson, 2006). In questa prospettiva, essa si configura come un approccio

generale alla ricerca applicata, in grado di orientare il dibattito politico, guidare l'implementazione dei programmi e, al tempo stesso, contribuire all'elaborazione della teoria sociale.

La valutazione realistica si colloca all'interno della più ampia famiglia degli approcci *theory-driven* (Pawson & Tilley, 1997, p. 77), i quali si fondano sull'idea che un programma sociale non possa essere compreso, e dunque valutato, senza portare alla luce le teorie implicite che ne orientano la progettazione e l'implementazione. Per Pawson e Tilley, tali ipotesi di funzionamento devono essere formulate attraverso la logica CMO (*Context–Mechanism–Outcome*), che costituisce l'unità di base della spiegazione realistica.

$$(C + M \rightarrow O)$$

In questa prospettiva, il contesto (C) indica le condizioni sociali, istituzionali e culturali entro le quali un intervento prende forma e che ne influenzano l'attivazione. Non si tratta della semplice collocazione spaziale o geografica – seppur programmi o analisi vengano avviate in luoghi specifici come carceri, ospedali, scuole, quartieri ecc. –, ma comprende l'insieme di regole, norme, valori e relazioni che influenzano il funzionamento dei meccanismi. In questo quadro, particolare attenzione dovrebbe essere rivolta alle condizioni sociali preesistenti e persistenti che, come osservano Pawson e Tilley, rappresentano spesso una grande omissione della ricerca valutativa (p.70).

I meccanismi (M) riguardano i processi generativi messi in moto dall'intervento, vale a dire il modo in cui le risorse introdotte vengono interpretate e utilizzate dagli attori. Gli autori riprendono l'intuizione di Durkheim (1897), che nella spiegazione dei tassi di suicidio riconduce l'azione individuale ai vincoli sociali: oltre alle decisioni personali – legate alla sofferenza, alla disperazione o all'isolamento – entrano in gioco disposizioni strutturali che variano in funzione di fattori come la coesione e il sostegno sociale che comunità e gruppi familiari sono in grado di offrire ai propri membri più marginalizzati. In questo senso, per Pawson e Tilley i meccanismi sociali concernono le scelte degli individui e le capacità che derivano dalla loro appartenenza a un gruppo. I meccanismi consistono quindi in una combinazione di

risorse fornite dal programma e ragionamenti o reazioni degli attori, ossia in una configurazione che intreccia *agency* e struttura.

L'esito (O) corrisponde ai risultati che emergono dall'interazione tra meccanismi e contesti. Poiché tali processi variano in base ai diversi ambienti, anche gli esiti assumono configurazioni differenti. Di conseguenza, il compito della ricerca non è individuare leggi universali, ma ricostruire empiricamente le relazioni CMO per comprendere in quali circostanze e per quali soggetti un intervento generi effetti specifici.

Oltre alla configurazione CMO, vi sono ulteriori concetti che concorrono a definire l'ossatura teorica della valutazione realistica: *embeddedness*, *regularities* e *change*. L'*embeddedness* (radicamento) richiama l'idea che l'azione umana sia sempre inscritta nella trama più ampia dei processi sociali e nella natura stratificata della realtà. In questa prospettiva, anche i gesti più ordinari acquistano significato in quanto radicati in un orizzonte di regole e istituzioni sociali. In termini causali, ciò implica che i poteri generativi non risiedono nei singoli individui o oggetti, ma nelle relazioni sociali e nelle strutture organizzative che essi contribuiscono a formare. La valutazione realistica mira dunque a spiegare l'azione umana in relazione alla sua collocazione entro differenti livelli della realtà sociale, in opposizione a una concezione lineare della causalità. In quest'ottica i programmi sociali sono considerati "indiscutibilmente, inequivocabilmente e senza eccezioni sistemi sociali" e comprendono le relazioni tra individuo e istituzioni, tra *agency* e struttura, e processi sociali micro e macro (1997, p.63). I programmi non operano nel vuoto ma sono sistemi complessi di azioni e interazioni che si intrecciano con assetti sociali, politici e organizzativi più ampi. Ogni intervento si confronta con conflitti, negoziazioni e dinamiche di potere che ne influenzano il corso e gli esiti: nessun progetto, per quanto accuratamente elaborato, è in grado di neutralizzare del tutto tali tensioni. Se l'*embeddedness* mette in luce il radicamento dell'azione entro la trama dei processi sociali, il concetto di *regularities* richiama l'attenzione sui modelli ricorrenti di comportamento che emergono da tali processi. La valutazione realistica non mira ad individuare regolarità universali e invarianti, ma a comprenderne la genesi in relazione a specifiche configurazioni di contesto e meccanismo, da cui derivano esiti differenziati. Compito dell'analisi sociale

è, dunque, quello di riconoscere regolarità socialmente significative e di spiegarle attraverso l'ipotesi di meccanismi sottostanti che le generano.

Il quadro fin qui delineato chiama direttamente in causa la questione del cambiamento sociale (*change*). Questo tema costituisce un aspetto distintivo delle scienze sociali rispetto alle scienze naturali. Mentre i sistemi fisici tendono a essere studiati come strutture relativamente chiuse, i sistemi sociali si caratterizzano per la loro apertura e per la capacità di riorganizzarsi continuamente (Bhaskar, 1989; Archer, 1995). Meccanismi, contesti e regolarità non producono quindi un equilibrio statico, ma sono sottoposti a processi costanti di trasformazione. Ciò dipende dal fatto che gli individui non si collocano all'esterno del sistema, come semplici osservatori, ma ne fanno parte a pieno titolo: "fanno la storia" (Pawson & Tilley, 1997, p.72), ma non in condizioni da loro scelte. Agiscono, interpretando i vincoli e le opportunità che incontrano, e talvolta sviluppano aspirazioni di cambiamento. Tuttavia, l'esito di tali spinte non è mai predeterminato: dipende dalle risorse effettivamente disponibili, dai rapporti di forza con altri gruppi sociali e dalle possibilità che emergano conseguenze impreviste. A ciò si aggiunge l'imprevedibilità connessa alla conoscenza parziale che gli attori hanno delle condizioni contestuali entro cui si muovono, nonché alle conseguenze inattese che gli stessi meccanismi di cambiamento possono produrre. Ne derivano regolarità sociali mutevoli, che tendono a ridefinirsi e trasformarsi nel tempo. In tal senso, la spiegazione sociologica non si limita ad individuare meccanismi ricorrenti, ma è volta a comprendere come essi vengano continuamente rielaborati nei diversi contesti storici e istituzionali. I risultati delle valutazioni, dunque, non devono essere intesi come leggi universali, ma come *Teorie di medio raggio* (Merton, 1968): spiegazioni sufficientemente astratte da poter essere trasferite, ma al tempo stesso radicate in osservazioni empiriche.

Infine, la valutazione realistica non concepisce il ricercatore come un semplice misuratore di risultati, ma come parte di un processo di apprendimento reciproco con i diversi attori sociali coinvolti – *policy maker*, operatori, beneficiari. Pawson e Tilley descrivono questa dinamica nei termini di un rapporto *teacher–learner*, sottolineando il carattere dialogico e circolare della valutazione. I beneficiari, ad esempio, possono essere particolarmente consapevoli dei meccanismi (M) che orientano le loro scelte e reazioni, mentre gli operatori possono avere una conoscenza più approfondita dei

contesti (C) entro cui tali processi prendono forma. La valutazione realistica si configura così non come un modello *top-down*, ma come un dispositivo di circolazione e co-produzione del sapere, in cui la comprensione dei fenomeni emerge dall'interazione tra prospettive diverse.

Tabella - The Rules of Realistic Evaluation

Generative causation	La causalità non è una semplice sequenza $X \rightarrow Y$, ma il rilascio di poteri causali sottostanti, attivati solo in condizioni favorevoli.
Ontological depth	La realtà sociale è stratificata: ciò che osserviamo è prodotto da meccanismi generativi più profondi, non sempre visibili.
Mechanisms	I programmi funzionano perché attivano meccanismi, intesi come combinazioni di scelte e capacità degli attori.
Contexts	L'efficacia dei meccanismi dipende dai contesti sociali, istituzionali e culturali in cui gli interventi si collocano.
Outcomes	Gli esiti sono molteplici e differenziati: derivano dall'interazione tra contesti e meccanismi, non da leggi universali.
CMO configurations	L'unità di spiegazione è la configurazione Contesto–Meccanismo–Esito, base per formulare teorie di medio raggio.
Teacher–learner processes	La valutazione è un processo dialogico: le teorie implicite degli stakeholder vengono formalizzate, restituite e affinate.
Open systems	I programmi operano in sistemi sociali aperti e mutevoli: le configurazioni CMO sono sempre contingenti, mai replicabili meccanicamente.

Fonte: Pawson & Tilley (1997), pp. 215–219, rielaborazione; traduzione mia.

3.1.1 Un approccio critico alla valutazione realistica

La valutazione realistica si presenta come un approccio originale, volto a superare il paradigma positivista incentrato sulla mera verifica dell'efficacia degli interventi; esso mira a complessificare il processo, indagando le configurazioni causali che rendono possibile un determinato esito all'interno di specifici contesti.

Porter (2015) ha richiamato l'attenzione sulla necessità di vigilare alcuni aspetti concettuali e metodologici della valutazione realistica, al fine di preservarne la dimensione innovativa e trasformativa. In particolare, egli propone di riavvicinare la valutazione realistica al quadro concettuale del realismo critico⁴⁸, affermando la necessità di un approccio che non si limiti a fornire spiegazioni tecniche degli effetti degli interventi, ma che assuma anche una funzione critica. Tale impostazione implica, da un lato, il riconoscimento esplicito dei valori che informano le pratiche valutative e, dall'altro, l'attenzione alla capacità degli attori sociali di interpretare e trasformare i contesti in cui operano. In questa prospettiva, la valutazione non dovrebbe scivolare in un *bureaucratic instrumentalism*, ma orientarsi verso criteri di giustizia sociale e di emancipazione, ponendo al centro l'esperienza e i bisogni umani come parametri di giudizio sugli esiti delle politiche e dei programmi.

Un primo nodo critico individuato da Porter riguarda il rapporto tra struttura e *agency*. Nella formulazione classica della valutazione realistica ($C+M=O$), il “meccanismo” viene inteso come la combinazione fra le risorse messe a disposizione da un programma e il ragionamento che gli attori sviluppano in risposta. In linea con la prospettiva di Archer (1995), che concepisce le strutture sociali come realtà che condizionano ma non determinano l'azione, e con l'approccio relazionale di Bourdieu (1990), per il quale i campi sociali costituiscono spazi dinamici di posizioni e di forze aperti al conflitto e al cambiamento, l'obiettivo di Porter è quello di preservare lo spazio dell'azione umana, restituendo all'*agency* la sua dimensione autonoma di interpretazione e trasformazione. Per farlo, egli propone di distinguere analiticamente fra i meccanismi di contesto (condizioni strutturali preesistenti), i meccanismi di programma (risorse introdotte dall'intervento) e l'*agency* (capacità riflessiva degli attori), arrivando così a una riformulazione della classica equazione in

⁴⁸ Porter (2015) interviene direttamente nel dibattito aperto da Pawson (2013), che aveva criticato il realismo critico bhaskariano ritenendolo eccessivamente astratto e poco utile per la valutazione empirica. Nella sua analisi, Porter ribalta questa posizione, sostenendo che la *realist evaluation* di Pawson, prendendo le distanze dal realismo critico, finisce per occultare la dimensione valoriale della ricerca.

$$\mathbf{CM + PM + A = O}$$

(Porter, 2015, p.26).

Un secondo nodo critico messo in evidenza da Porter riguarda la distinzione tra fatti e valori. Pawson sostiene che la valutazione realistica debba mantenere un profilo eminentemente scientifico, limitandosi a descrivere come e in quali condizioni i programmi producono determinati esiti. Porter contesta questa impostazione, osservando che nelle scienze sociali non è possibile separare in modo netto la dimensione descrittiva da quella valutativa: ogni scelta metodologica – dalla definizione di ciò che costituisce un esito rilevante, alla selezione degli indicatori, fino alla stessa formulazione dei meccanismi – implica necessariamente assunzioni di valore. Se tali valori non vengono resi espliciti, rischiano di operare in maniera implicita, finendo per riflettere e consolidare le priorità delle istituzioni dominanti. In continuità con l’impianto teorico di Bhaskar (1989), Porter propone di assumere come criterio normativo della valutazione il riferimento ai bisogni umani fondamentali, concettualizzati in termini di *species powers*, ovvero le potenzialità che caratterizzano l’essere umano. In questo senso, le osservazioni di Porter mirano a sottrarre la valutazione realistica al rischio di un uso meramente tecnico.

Alla luce di tali considerazioni, un ulteriore passo in avanti, utile per la presente ricerca, consiste nel mettere in dialogo l’impianto proposto da Pawson e Tilley con le epistemologie femministe e gli orientamenti postcoloniali. In questa prospettiva, è possibile individuare alcuni punti di contatto che contribuiscono ad arricchire l’impianto metodologico della valutazione realistica. Innanzitutto, essa – come sottolineato in precedenza – è strettamente intrecciata ai sistemi sociali entro cui prende forma (3.1): i programmi non costituiscono processi isolati, ma si configurano come sistemi complessi di azioni e interazioni, radicati in più ampi assetti sociali, politici e organizzativi. Questa prospettiva si pone in sintonia con le epistemologie femministe, che contestano l’idea di una conoscenza “da nessun luogo” (Haraway, 1988, p.581). La valutazione realistica, inoltre, non è orientata a rintracciare un funzionamento generalizzabile e universalmente valido, ma procede “per specificazione” (Pawson & Tilley, 1997, p.117): mira a comprendere in quali contesti determinati meccanismi si attivino e per quali gruppi sociali producano effetti. In

questo modo, ciascuna ricerca contribuisce ad affinare progressivamente la solidità teorica, rendendo più chiari i rapporti tra contesti, meccanismi ed esiti. Ne deriva un'impostazione *situata*, compatibile con la critica femminista alla pretesa di neutralità della conoscenza: la validità del sapere non si misura in base all'universalità delle affermazioni, ma alla capacità di produrre spiegazioni contestualizzate e coerenti con le condizioni empiriche, i presupposti culturali/istituzionali, e le relazioni di potere che modellano sia le domande sia gli esiti della ricerca. Ogni conoscenza, infatti, riflette un punto di vista – o configurazione – parziale e storicamente determinato. Accogliendo la prospettiva di Porter, diventa allora cruciale rendere trasparenti gli assunti che orientano le scelte di disegno, la selezione degli indicatori e la definizione degli esiti, al fine di costruire un'"oggettività più forte" (Harding, 1993), che accresce la propria validità nella misura in cui esplicita i presupposti da cui muove.

L'attenzione alle configurazioni situate e alla comprensione delle dinamiche sociali come esiti dell'interazione tra contesto, struttura e *agency* risulta inoltre ben compatibile con un'impostazione intersezionale. La valutazione realistica non si limita a considerare un singolo programma o un elemento, ma analizza l'impianto CMO inteso come un processo mobile e relazionale, nel quale contesti, meccanismi ed esiti si intrecciano. In modo analogo, l'intersezionalità⁴⁹ è un approccio teorico e metodologico che rifiuta la spiegazione della realtà sociale attraverso categorie isolate e inquadra le esperienze sociali come assemblaggi contingenti, determinati

⁴⁹ Il termine intersezionalità è stato coniato da Kimberlé Crenshaw (1989) in ambito giuridico per descrivere come discriminazioni multiple – ad esempio quelle basate su genere e razza – producano forme di oppressione specifiche. La nozione, tuttavia, affonda le sue radici nelle battaglie politiche delle donne nere e in precedenti concettualizzazioni come *interacting inequalities*, *double jeopardy* e *multiple jeopardy*. L'intersezionalità mette in luce come diversi assi sociali (genere, razza, classe, disabilità, ecc.) interagiscano generando esperienze e posizionamenti sociali particolari, non riducibili a un modello meramente additivo. Si tratta di un potente strumento critico per interrogare e mettere in discussione classificazioni e forme di oppressione sociale. Oggi il termine è ampiamente utilizzato in contesti accademici, nel mondo dell'educazione e del lavoro, nell'attivismo politico e nelle politiche pubbliche a livello internazionale. Questa diffusione capillare, se da un lato ne testimonia la forza euristica e trasformativa, dall'altro comporta il rischio di un suo "sbiancamento" o di una riduzione a mero esercizio accademico, che ne attenui la radicalità politica originaria. Cfr. Combahee River Collective, 1977; Bilge, 2013; Collins, 2022.

storicamente e socialmente, attraversati da molteplici rapporti di potere. Come osserva Collins (2000), i sistemi di potere operano in modo interconnesso su più livelli – strutturale, disciplinare, interpersonale ed egemonico/culturale – producendo effetti differenziati a seconda del posizionamento degli attori sociali. In questa prospettiva, gli assi di potere e differenza (genere, “razza”/processi di razzializzazione, classe, disabilità, status migratorio, ecc.) non costituiscono variabili isolate, ma linee di stratificazione che si intersecano e, in tal senso, modulano l’attivazione dei meccanismi e gli esiti dei processi sociali: *per chi e in quali condizioni* un intervento funziona.

Un ulteriore nodo cruciale dell’impianto della valutazione realistica riguarda le relazioni di potere. Nella formulazione originaria di Pawson e Tilley (1997) è riconosciuto che ogni intervento sociale si confronta inevitabilmente con conflitti, negoziazioni e dinamiche di potere; tuttavia, questo aspetto resta marginale e poco tematizzato. Riprendere e ampliare tale dimensione risulta particolarmente utile se si guarda alla valutazione non solo come strumento descrittivo, ma come pratica trasformativa. Come sottolineano Mutua, Nakidde e Mukumbang (2025), l’attenzione costitutiva della valutazione realistica all’unicità delle condizioni contestuali e ai meccanismi rappresenta un quadro favorevole per integrare criticamente l’analisi delle dinamiche di potere e, in alcuni casi, per sostenere processi di decolonizzazione (Renmans, Sarkar, Van Belle, Affun-Adegbulu, Marchal, & Mukumbang, 2022). In questa prospettiva, la valutazione può configurarsi come pratica eticamente orientata, capace di riconoscere la centralità delle persone direttamente coinvolte, valorizzare i sistemi di conoscenza locali e rendere trasparenti le condizioni attraverso cui gli interventi vengono costruiti e legittimati. La letteratura evidenzia tuttavia come, nella pratica, tale potenzialità venga spesso limitata da una scarsa considerazione delle asimmetrie strutturali e da un’eccessiva dipendenza da cornici teoriche occidentali. Da qui la necessità di promuovere la decolonizzazione dei paradigmi di ricerca e l’integrazione di metodologie partecipative volte alla giustizia epistemica (Held, 2019; Thambinathan & Kinsella, 2021; Renmans et al., 2022). In una prospettiva femminista e postcoloniale, inoltre, si sollecita una costante autoriflessività del/della ricercatore/ricercatrice rispetto al proprio posizionamento nei confronti degli attori

coinvolti e degli oggetti di indagine, accompagnata da un'analisi sistematica delle relazioni di potere che attraversano il processo di ricerca.

Tabella – Indigenous Realist Evaluation Approach⁵⁰

<i>Relationality</i>	La valutazione deve porre al centro le voci dei partecipanti sul valore e la rilevanza del programma e promuovere giustizia epistemica.
<i>Responsibility</i>	Il valutatore ha il dovere etico di perseguire equità e giustizia sociale, sostenendo i partecipanti e usando la ricerca per contrastare ideologie dominanti ed oppressive.
<i>Reverence</i>	Riconoscere spiritualità e pratiche culturali come parte dell'esperienza dei partecipanti e come contributi essenziali alla conoscenza
<i>Reciprocity</i>	La valutazione deve restituire valore tangibile ai partecipanti, includendo i benefici percepiti e l'intera gamma di esiti, attesi e inattesi.
<i>Rights and Regulations and Respectful Representation</i>	Garantire autodeterminazione, partecipazione volontaria e proprietà dei dati, assicurando una rappresentazione fedele delle voci dei partecipanti lungo tutto il ciclo valutativo.
<i>Reflexivity</i>	Riflessione sistematica su assunzioni, ruolo e azioni del ricercatore/ricercatrice, esplicitando l'impatto dei propri

⁵⁰ L'*Indigenous realist evaluation* è una declinazione della *realist evaluation* che integra i principi della ricerca indigena (Chilisa & Mertens, 2021) con il quadro teorico del realismo critico e scientifico. L'obiettivo è riconoscere le specificità culturali, valorizzare i sistemi di conoscenza locali e affrontare le relazioni di potere che attraversano i processi di ricerca, così da orientare la valutazione verso finalità emancipative e di giustizia sociale (Mutua, Nakidde & Mukumbang, 2025).

	bias su raccolta, analisi e reporting e dando priorità alle voci e ai saperi dei partecipanti.
<i>Responsivity</i>	Il valutatore deve saper apprendere dal processo e modulare approcci e strumenti in modo sensibile al contesto e alla cultura.
<i>Decolonisation</i>	Non assumere acriticamente valori e standard occidentali, interrogando strutture e dinamiche di potere per affrontare le eredità coloniali e promuovere giustizia ed emancipazione.

Fonte: Mutua, Nakidde e Mukumbang, 2025, pp. 3-5; rielaborazione; traduzione mia.

3.2 Il disegno di ricerca

Nel presente lavoro di ricerca la valutazione realistica è adottata come logica di indagine e dispositivo analitico volto a indagare in senso trasversale e intersettoriale i processi di accessibilità ai servizi da parte delle persone con disabilità e background migratorio. L'approccio realistico è utilizzato per indagare configurazioni che attraversano differenti livelli del sistema dei servizi – normativo, organizzativo e interazionale – piuttosto che circoscriversi alla valutazione di un singolo intervento o programma. L'attenzione è rivolta in particolare al campo burocratico (2.7) inteso come spazio in cui si giocano dinamiche di potere, esclusione o riconoscimento.

Il disegno di ricerca si fonda sulla formulazione e progressiva raffinazione di ipotesi CMO, intese come proposizioni che esplicitano come specifici meccanismi vengano attivati entro determinati contesti, generando esiti osservabili. Tali meccanismi sono concepiti entro la natura stratificata e multilivello della realtà sociale, che include dimensioni micro e macro, individuali, collettive e istituzionali. In questo quadro, i risultati empiricamente osservabili in termini di accessibilità, non possono essere ricondotti unicamente all'offerta formale di servizi, ma vanno analizzati come esiti delle interazioni tra soggetti, risorse, capitali e condizioni strutturali.

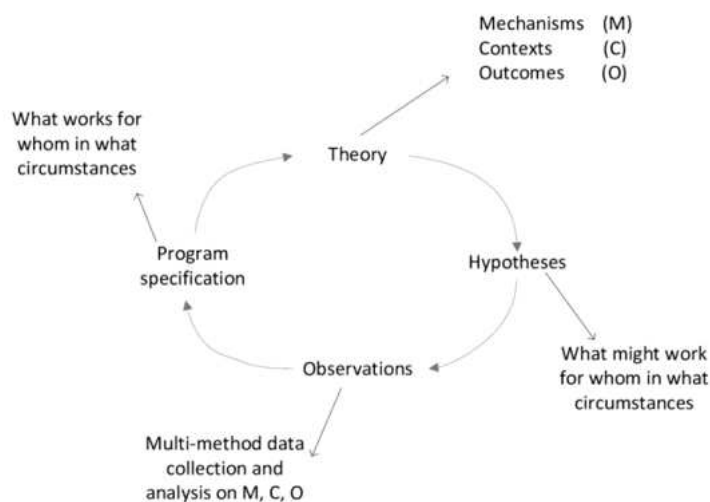


Figure: Pawson & Tilley, 1997, p. 86

Le configurazioni CMO che orientano l'indagine sono state sviluppate a partire dall'analisi critica dello stato dell'arte (cap. 1), che ha messo in luce i vuoti conoscitivi e le principali linee interpretative presenti in letteratura. Esse si radicano, inoltre, nella cornice epistemologica delineata nel capitolo successivo (cap. 2), in particolare nell'adozione del modello sociale della disabilità come riferimento analitico e nell'apporto delle prospettive intersezionali e postcoloniali.

Le ipotesi sono dunque orientate a comprendere quali meccanismi producano determinati esiti e quali dinamiche alternative possano modificarne o contrastarne l'attivazione. In particolare, l'analisi intende verificare quali esiti produca l'egemonia del modello medico-individuale della disabilità nei processi di accesso ai servizi, e, per contrasto, quali configurazioni emergano quando trova applicazione una prospettiva sociale, orientata al riconoscimento dei diritti e alla rimozione delle barriere. Analogamente, si tratta di indagare gli effetti generati da un modello "satellitare", che considera disabilità e migrazione come sfere separate e non comunicanti, rispetto a quelli derivanti dall'adozione di una lente intersezionale, capace di cogliere l'intreccio delle diverse linee di disuguaglianza.

Ipotesi	C (Contesto)	M (Meccanismo)	O (Outcome)
Campo burocratico e legittimazione amministrativa	Procedure complesse, categorizzazioni rigide, assenza di mediazione linguistico-culturale	Necessità di tradurre bisogni in categorie riconosciute; filtro selettivo basato su capitale linguistico/culturale.	Esclusione dall'accesso a welfare e accoglienza; percorsi discontinui e differenziati territorialmente
Egemonia del modello medico-individuale	Definizioni medico-sanitarie prevalenti in normative, statistiche e prassi dell'accoglienza	Strumenti centrati su impairment visibili	Invisibilità delle condizioni disabilitanti prodotte dal contest; occultamento barriere sociali e istituzionali
Modello satellitare dei servizi	Frammentazione istituzionale tra ambiti disabilità/migrazione; scarso coordinamento	Interventi settoriali non integrati; vuoti di responsabilità istituzionale	Presa in carico intermittente, percorsi discontinui, disuguaglianze territoriali nell'accesso a sostegni e accomodamenti

Un elemento rilevante del disegno di ricerca riguarda il contesto istituzionale in cui si è svolta parte del lavoro empirico. La borsa di ricerca *ex D.M. n. 351/2022 (investimento 4.1 – Pubbliche Amministrazioni)* ha previsto una collaborazione di 12 mesi con Fondazione ISMU ETS – Iniziative e Studi sulla Multietnicità. All'interno di questo percorso ho potuto approfondire il tema dell'intersezione tra migrazione e disabilità grazie al protocollo d'intesa attivato da Fondazione ISMU ETS con LEDHA – Lega per i diritti delle persone con disabilità APS, federazione regionale lombarda delle associazioni di persone con disabilità e dei loro familiari, finalizzato allo sviluppo di attività congiunte di formazione e ricerca⁵¹. In parallelo, ho collaborato attivamente al progetto regionale *CI SIAMO – Competenze e Integrazione tra Servizi per Incoraggiare l'Accesso e Migliorare le Opportunità delle persone con disabilità e con background migratorio*, promosso da Fondazione ISMU ETS, LEDHA APS e Caritas Ambrosiana (cap. 3.2.1). Il progetto è stato finalizzato a “superare l'invisibilità istituzionale delle Persone con Disabilità e Background Migratorio (PDBM), un gruppo particolarmente esposto al rischio di discriminazione intersezionale, e a far emergere le criticità del sistema territoriale nell'intercettare i soggetti più vulnerabili, rispondendo ai loro bisogni e attivando il loro potenziale”⁵².

Queste collaborazioni hanno rappresentato un contesto privilegiato di accesso al campo, consentendomi di entrare in contatto diretto con operatori/operatrici, associazioni, persone con disabilità e background migratorio e familiari. I materiali empirici della ricerca comprendono Gruppi di Discussione, Living Labs e osservazioni partecipanti svolte durante il progetto regionale *Ci Siamo*. A queste si affiancano alcune interviste con figure chiave del sistema dei servizi e con persone direttamente coinvolte, che hanno permesso di mettere in dialogo i vissuti e i percorsi individuali con la prospettiva di operatori e operatrici impegnati nei settori della disabilità e delle migrazioni. La ricerca include anche l'analisi – seppur limitata a un campione ridotto – dei dati di una *survey* promossa da Fondazione Istituto dei Sordi di Torino, in

⁵¹ Fondazione ISMU. (2022, 4 ottobre). *Migrazioni e disabilità. Siglato l'accordo tra Fondazione ISMU e LEDHA*. Fondazione ISMU. <https://www.ismu.org/migrazioni-e-disabilita-siglato-laccordo-tra-fondazione-ismu-e-ledha/>

⁵² Descrizione tratta dal sito ufficiale di Fondazione ISMU, consultabile in: <https://www.ismu.org/progetto-ci-siamo/>.

collaborazione con CBM Italia Onlus, IRES Piemonte, Città Metropolitana di Torino e Fondazione Time2.

Il progetto è concepito come iterativo e dialogico: le ipotesi iniziali vengono testate nel confronto con i dati empirici e rielaborate attraverso un percorso di co-costruzione con i soggetti coinvolti. In questo senso, la ricerca adotta un'impostazione coerente con la valutazione realistica, che sostiene un forte pluralismo metodologico (Pawson & Tilley, 1997, p. 85). In sintesi, il disegno di ricerca articola un percorso che, a partire dalle ipotesi generate dallo stato dell'arte e dalla cornice teorico-epistemologica, procede all'analisi empirica con l'obiettivo di produrre spiegazioni situate, capaci di illuminare i nessi causali tra contesti, meccanismi ed esiti e di evidenziare le relazioni di potere che strutturano i processi di accessibilità.

3.2.1 Progetto Ci Siamo

Il corpus empirico della ricerca si compone di materiali eterogenei, raccolti nell'ambito di differenti iniziative, con l'obiettivo di inquadrare molteplici angolature, mettendo in dialogo esperienze dirette, pratiche istituzionali e dati di sistema.

Un ruolo centrale nella ricerca è stato ricoperto dal progetto CI SIAMO - Competenze e Integrazione tra Servizi per Incoraggiarne l'Accesso e Migliorare le Opportunità delle persone con disabilità e con background migratorio (02/10/2023 - 01/10/2025), promosso da Fondazione ISMU ETS in partenariato con LEDHA - Lega per i diritti delle persone con disabilità APS, Caritas Ambrosiana e Art.49, finanziato dal Bando Terzo Settore - Triennio 2023-2025 di Regione Lombardia. Il progetto si propone di contrastare l'invisibilità istituzionale che caratterizza la condizione delle persone con disabilità e background migratorio e favorire risposte istituzionali più efficaci e inclusive. In particolare, mira a rafforzare l'accesso ai servizi territoriali – pubblici e di terzo settore – promuovendo processi di collaborazione inter-istituzionale e la valorizzazione delle competenze e delle conoscenze dei diversi attori coinvolti: persone con disabilità e background migratorio e loro reti di riferimento, organizzazioni del terzo settore impegnate negli ambiti della disabilità e delle migrazioni, enti pubblici e istituzioni locali.

Il progetto si articola in diverse fasi, integrando attività di ricerca, formazione e sensibilizzazione. Tra le attività principali:

- *Gruppi di discussione* (GD) dedicati all'identificazione dei bisogni delle persone con disabilità e background migratorio, attraverso la valorizzazione delle esperienze dirette e il coinvolgimento degli stakeholder territoriali;
- *Percorso formativo* rivolto a operatori e operatrici dei servizi, finalizzato a promuovere lo scambio di competenze tra i settori della migrazione e della disabilità e a rafforzare la capacità di risposta delle reti territoriali;
- Attivazione di un *Comitato Locale di Indirizzo* (CLI) e l'istituzione di un *Tavolo di Coordinamento Permanente* (TCP), volti a garantire la continuità dei risultati del progetto, oltre la sua conclusione formale;
- *Living Labs* (LL), gruppi di lavoro rivolti a operatori e operatrici, finalizzati ad elaborare protocolli multi-stakeholder e Linee Guida per migliorare l'accesso ai servizi;
- *Living Lab* per la costruzione e sperimentazione di Linee Guida specifiche per il riconoscimento delle soft skills delle persone con disabilità e background migratorio;
- *Campagna di sensibilizzazione e diffusione* destinata ai Forum del Terzo Settore Territoriali e agli enti che compongono la rete di sostegno del progetto, volta a promuovere la conoscenza dei risultati raggiunti e a consolidarne la ricaduta sul territorio.
-

i) Gruppi di Discussione

Nell'ambito del progetto, in qualità di Project Assistant, mi sono occupata dell'organizzazione e della conduzione dei Gruppi di Discussione (GD). Tale attività, tra le prime avviate nell'ambito del progetto, mirava al coinvolgimento degli stakeholders locali, con l'intento di valorizzarne le esperienze e consolidare le reti di collaborazione.

Una prima fase (ottobre 2023) ha previsto la mappatura e l'individuazione degli attori territoriali da includere nel percorso. Successivamente (novembre 2023) è stato organizzato un *Workshop interattivo* volto a presentare gli obiettivi e le attività del progetto e a raccogliere le aspettative e i punti di vista dei/delle partecipanti. L'incontro ha rappresentato un primo momento di confronto e co-progettazione, che

ha permesso di riconoscere le risorse e le competenze già presenti sul territorio e di coinvolgere enti e organizzazioni interessati a partecipare attivamente alle fasi successive. Dal confronto è emersa, in primo luogo, la necessità di costruire un linguaggio comune tra i settori della disabilità e della migrazione, che tendono ad operare in modo parallelo, con scarse occasioni di dialogo e coordinamento.

Gli interventi hanno confermato la condizione di invisibilità sociale delle persone con disabilità e background migratorio, evidenziando l'eterogeneità di tale gruppo sociale e le forme di vulnerabilità connesse a fattori socio-economici e culturali. È stata condivisa inoltre l'importanza di superare approcci di tipo assistenzialistico, a favore di strategie orientate all'*empowerment* – inteso come processo di autodeterminazione – e alla valorizzazione dei saperi esperienziali, sia delle persone con disabilità e background migratorio sia di operatori e operatrici impegnate/i nei diversi ambiti di intervento. Nel complesso, già durante il primo incontro del progetto è stata sottolineata l'urgenza di promuovere un approccio multidimensionale e intersettoriale all'inclusione, capace di mettere in sinergia attori istituzionali, terzo settore e persone direttamente interessate, in una prospettiva di equità, sostenibilità e riconoscimento delle diversità.

In seguito al workshop iniziale, è stata effettuata una suddivisione tematica e una ripartizione dei/delle partecipanti per aree di intervento. Tra febbraio e maggio 2024 si sono svolti i Gruppi di Discussione (GD) con stakeholders e persone direttamente coinvolte, strutturati come momenti di confronto “misti”, nei quali è stato possibile raccogliere differenti prospettive e favorire lo scambio di conoscenze e pratiche. In particolare, i GD sono stati orientati a far emergere: le esigenze e i bisogni specifici delle persone con disabilità e background migratorio; i punti di forza e le criticità dei servizi territoriali; le prospettive di operatrici e operatori – compresi i bisogni formativi e le carenze informative sul tema; le risorse presenti nei contesti locali in termini di esperienze concrete e reti di collaborazione già consolidate.

Nel corso degli incontri è stata espressa la necessità di predisporre uno spazio di confronto specifico per le persone con esperienza diretta di disabilità e/o background migratorio (GD5) e per i/le loro caregiver, al fine di approfondire bisogni, criticità e risorse da una prospettiva ristretta e interna, centrata sulle esperienze vissute.

Si sono svolti 5 Gruppi di Discussione:

- *Diritti, Accoglienza, Cittadinanza* (GD1, 2024)

Il gruppo era composto da 21 partecipanti, tra cui tre persone con esperienza diretta di disabilità e background migratorio, tre rappresentanti di associazioni per i diritti delle persone con disabilità, tre rappresentanti di associazioni di comunità migranti, due referenti di organizzazioni internazionali per la protezione delle persone rifugiate, tre operatori/operatrici di progetti e cooperative dell'accoglienza, tre operatori/operatrici di enti del terzo settore, una rappresentante sindacale e tre esperti/e del tema (ricercatori/ricercatrici e docenti).

- *Minori, scuola, pratiche educative e questioni diagnostiche e terapeutiche* (GD2, 2024)

Il gruppo era composto da 22 partecipanti, tra cui sei rappresentanti di istituzioni scolastiche e territoriali (uffici scolastici territoriali, ambiti territoriali e scuole di diverso ordine e grado), tre referenti di enti del terzo settore e organizzazioni non governative attivi nei percorsi di accoglienza, mediazione culturale e inclusione, due esponenti di enti e progetti comunali e associativi dedicati all'inclusione scolastica e sociale, quattro professionisti/e dei servizi sanitari e socio-sanitari (in particolare appartenenti a unità di neuropsichiatria infantile, istituti riabilitativi e centri ospedalieri), tre rappresentanti di organizzazioni per i diritti delle persone con disabilità, due genitori con esperienza diretta di minori con disabilità e background migratorio e due ricercatrici.

- *Accesso all'università e al mondo del lavoro* (GD3, 2024)

Il gruppo era composto da 16 partecipanti, tra cui una referente di un servizio universitario per l'inclusione, una referente di un ente di formazione, un rappresentante sindacale, un'avvocata specializzata in diritto dell'immigrazione, quattro esponenti di enti attivi nel campo dell'inserimento lavorativo e dell'accoglienza, un imprenditore, due esponenti di associazioni

impegnate nella tutela dei diritti delle persone con disabilità, due persone con esperienza diretta di disabilità e background migratorio, e tre esperte e ricercatrici sul tema.

- *Comunità locali, vita quotidiana, centri di aggregazione, organizzazioni religiose, sport e tempo libero* (GD4, 2024)

Il gruppo era composto da 22 partecipanti, tra cui sei rappresentanti di associazioni e organizzazioni del terzo settore attive nei campi dell'accoglienza, dell'educazione e dell'inclusione sociale, due referenti di enti ecclesiastici e diocesani, due rappresentanti di organizzazioni internazionali e ONG per la tutela dei diritti delle persone rifugiate, tre esponenti di associazioni di comunità migranti e mediatori culturali, due rappresentanti di associazioni impegnate nella tutela dei diritti delle persone con disabilità, due persone con esperienza diretta di disabilità e background migratorio, una professionista dell'ambito educativo e psicologico, una rappresentante del settore artistico-culturale, e tre ricercatrici.

- *Esperienze dirette: gruppo di Discussione dedicato alle persone con disabilità e background migratorio e ai/alle loro caregiver* (GD5, 2024)

Il gruppo era composto da 16 partecipanti, tra cui nove persone con background migratorio ed esperienza diretta di disabilità (propria o familiare), due rappresentanti di un'associazione di donne migranti, due mediatori, una facilitatrice e due ricercatrici.

I Gruppi di Discussione hanno coinvolto un campione eterogeneo di attori sociali, con interessi, ruoli e prospettive diversificate: rappresentanti istituzionali, organizzazioni del terzo settore e associazioni della società civile attive nei campi dell'accoglienza, della salute, dell'inclusione sociale e della promozione dei diritti, enti educativi e accademici, realtà comunitarie con forte radicamento territoriale, organismi internazionali e reti di advocacy, famiglie, care-giver e persone con esperienza diretta di disabilità e background migratorio.

Gli incontri, concepiti con un impianto fortemente partecipativo, sono si sono rivelati particolarmente efficaci nel favorire lo scambio tra soggetti con posizionamenti differenti e nell'elaborare narrazioni collettive, co-prodotte insieme ai partecipanti. Il dibattito ha restituito un quadro comparativo multilivello, utile per verificare le ipotesi CMO formulate in fase preliminare, in coerenza con l'approccio della valutazione realistica.

Le sessioni sono state condotte sulla base di una traccia semi-strutturata, concepita come guida flessibile, che ha consentito di orientare la conversazione su alcuni nodi tematici centrali, lasciando al contempo ampio spazio all'emergere spontaneo di narrazioni, riflessioni e interazioni tra i/le partecipanti.

Ho moderato gli incontri, con il supporto di una ricercatrice di Fondazione ISMU, esplicitando sin dall'avvio il mio posizionamento di ricerca. Questa scelta ha permesso di chiarire la finalità scientifica delle attività e ha contribuito a creare un clima di fiducia e collaborazione con i/le partecipanti. I GD si sono svolti presso la sede di Fondazione ISMU ETS a Milano, ad eccezione dell'ultimo (GD5, 2024), realizzato in modalità online per ampliare le possibilità di partecipazione. Tutti gli incontri sono stati audio-registrati ai fini esclusivi di ricerca, previo ottenimento del consenso informato da parte dei/delle partecipanti. Nella fase di trascrizione i dati personali e i riferimenti identificativi sono stati anonimizzati, così da garantire riservatezza e tutela della privacy. Nel testo, gli stralci degli interventi sono citati con la sigla GD seguita da un numero progressivo e dall'anno di riferimento (es. GD1, 2024).

ii) Living Labs

I Living Labs, concepiti come laboratori partecipativi articolati in sei incontri, si sono svolti tra febbraio e aprile 2025, costituendo la fase successiva ai Gruppi di Discussione e al Percorso formativo. Si sono configurati come momenti di confronto e di lavoro collettivo volti a mettere in comune conoscenze, esperienze e competenze maturate nei diversi ambiti di intervento, trasformando la mappatura dei problemi e delle criticità – emerse nelle fasi precedenti del progetto – in proposte operative condivise, linee guida e strumenti concretamente applicabili nei contesti territoriali.

L'obiettivo era quello di elaborare ipotesi realistiche e sostenibili da presentare a diversi livelli territoriali – “dal quartiere alla città, fino alla Regione e oltre” (LL1, 2025) – privilegiando azioni di carattere comunicativo, educativo e relazionale.

In questa fase non ho ricoperto ruoli organizzativi, ma ho preso parte agli incontri in qualità di ricercatrice, esplicitando sin dall'inizio il mio posizionamento; il mio coinvolgimento ha assunto la forma di un'*osservazione partecipante*, intesa come presenza attiva e riflessiva all'interno di un processo collettivo.

I laboratori si sono articolati in due percorsi paralleli: il primo dedicato ai “Diritti esigibili” (LL1, 2025), con un focus sull'impatto dell'intersezione tra disabilità e status giuridico nell'accesso ai diritti formalmente riconosciuti; il secondo è stato dedicato al “Passaggio alla maggiore età” (LL2, 2025), fase particolarmente critica per i/le giovani con disabilità e background migratorio che si confrontano con la perdita di alcune tutele e con nuove complessità nell'accesso ai servizi per adulti.

Ai laboratori hanno partecipato complessivamente 42 soggetti provenienti da una pluralità di ambiti: associazioni di tutela dei diritti delle persone con disabilità e organizzazioni di advocacy, enti del terzo settore e associazioni attive nell'accoglienza e nei servizi, cooperative e realtà specializzate nell'inclusione educativa e abilitativa, organizzazioni sindacali e di cooperazione internazionale, enti pubblici e servizi socio-sanitari, esponenti del mondo della ricerca sociale e della formazione, associazioni di riferimento culturale e di comunità migrante, oltre a persone con esperienza diretta o familiare di disabilità e migrazione. Grazie a questa composizione eterogenea e alla complementarità delle competenze, i Living Labs hanno permesso il dialogo tra attori istituzionali, organizzazioni del terzo settore, comunità locali e persone direttamente coinvolte, generando un confronto orientato non solo all'analisi, ma alla co-costruzione di strumenti operativi condivisi.

Ogni sessione si è aperta con la suddivisione dei partecipanti in due gruppi di lavoro, al fine di favorire il coinvolgimento attivo di ciascuno. All'interno dei sottogruppi, facilitatori e referenti hanno stimolato il confronto libero, raccogliendo esperienze, difficoltà e priorità percepite dai diversi attori. Al termine, i lavori dei sottogruppi sono stati riportati in plenaria, per costruire una sintesi condivisa.

I primi incontri del percorso sono stati dedicati ad un *brainstorming* collettivo: una sorta di mappa situata dei problemi, che comprendeva tanto gli ostacoli

burocratici, quanto le esperienze considerate positive. La seconda fase si è concentrata sull'individuazione dei principali beneficiari e destinatari delle azioni, e dei soggetti da coinvolgere attivamente, valutando modalità e contesti di intervento più idonei. Un elemento metodologico centrale è stata la necessità di definire un target specifico, evitando di rivolgersi ad un'utenza generica, con il rischio di produrre strumenti inefficaci. Durante le sessioni conclusive sono state elaborate proposte concrete, successivamente tradotte in linee guida operative⁵³.

Nel complesso, i laboratori hanno prospettato un modello di intervento sperimentale, centrato sull'informazione, l'orientamento e il supporto precoce, con l'obiettivo di facilitare l'incontro tra le persone con disabilità e background migratorio e il sistema di welfare sociale. Oltre a fornire una grande quantità di informazioni qualitative utili, i Living Labs hanno costituito un contesto privilegiato per sondare le ipotesi CMO: la varietà degli attori coinvolti e la natura dialogica dei lavori hanno infatti favorito l'emersione di meccanismi, vincoli e risorse difficilmente osservabili in spazi meno plurali. Tutti gli estratti e le citazioni presenti nell'analisi sono trascritti da annotazioni di campo redatte durante gli incontri e sono indicate nel testo con la sigla LL1 (living lab 1) o LL2 (living lab 2) e dall'anno di riferimento.

iii) Nota metodologica e osservazioni

Nel corso delle attività progettuali sono emerse alcune criticità di natura metodologica.

In primo luogo, è stata riscontrata una certa difficoltà nell' intercettare e coinvolgere persone con esperienza diretta di disabilità e con background migratorio: la partecipazione è stata comunque garantita in tutti gli incontri, ma in misura nettamente inferiore rispetto agli altri attori coinvolti. Tale squilibrio riflette una dinamica ricorrente anche in progettualità considerate innovative ed inclusive, ed è riconducibile alla distanza strutturale che spesso separa i promotori istituzionali dai contesti di vita quotidiana delle persone destinatarie. Le persone con esperienza diretta

⁵³ LEDHA APS. (2025a). Linee guida per accompagnare e facilitare il passaggio alla maggiore età (a cura di). Fondazione ISMU. https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2025/09/Linee-Guida-Maggiore-eta_Ci-Siamo_DEF.pdf; LEDHA APS. (2025b). Linee guida per favorire l'accesso ai diritti esigibili per minori con disabilità e con background migratorio (a cura di). Fondazione ISMU. https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2025/09/Linee-Guida-Diritti_Ci-Samo_DEF.pdf.

risultano infatti raggiungibili soprattutto attraverso associazioni, reti di attivismo e canali informali, maggiormente radicati nei territori e quindi più prossimi ai bisogni concreti. A ciò si aggiunge un ulteriore ostacolo: la partecipazione delle persone con esperienza diretta raramente è accompagnata da una forma di retribuzione o da un riconoscimento del valore del sapere esperienziale che viene messo a disposizione. Una maggiore attenzione in tal senso, anche attraverso la destinazione di risorse dedicate, potrebbe incentivare la co-partecipazione e ridurre le asimmetrie tra ricercatori/ricercatrici, policy makers e beneficiari/e, in linea con quanto previsto dalla CRPD; gli art. 4.3 e art. 33.3, infatti, richiamano la necessità di coinvolgere attivamente le persone con disabilità e le loro organizzazioni nei processi decisionali e di monitoraggio che le riguardano. Questa prospettiva è coerente con la visione “Nothing about us without us” (*nulla su di noi senza di noi*), originariamente promossa dai movimenti delle persone con disabilità e successivamente assunta come principio fondativo dei Disability Studies che, in tal senso, hanno contribuito a sviluppare approcci di ricerca partecipativa ed emancipativa⁵⁴. In coerenza con tali orientamenti, e consapevole dei rapporti di potere e delle asimmetrie e che attraversano il campo accademico, questa ricerca adotta una postura volta a restituire centralità alle testimonianze e ai vissuti delle persone direttamente coinvolte, pur riconoscendo che tali narrazioni risultano inevitabilmente filtrate attraverso la mia posizione *situata* e parziale di ricercatrice (Haraway, 1988). Ciò implica un esercizio costante di auto-riflessività, volto ad interrogare il mio ruolo, le dinamiche relazionali e le modalità di costruzione del sapere nel processo di ricerca.

Tale impostazione si colloca in continuità con le interpretazioni critiche della Valutazione Realistica, intesa non solo come dispositivo analitico, ma come pratica eticamente orientata e trasformativa (cap. 3.1.1). In questa prospettiva, la valutazione non si limita a descrivere meccanismi di funzionamento o a misurare esiti, ma diventa un processo di apprendimento e di rinegoziazione dei significati, che valorizza l’esperienza dei soggetti direttamente coinvolti, promuove la giustizia epistemica e

⁵⁴ Per un approfondimento sulle possibilità di superare modelli di ricerca tokenistici e promuovere pratiche più collaborative e meno autoreferenziali, aperte al dialogo con il mondo dell’attivismo, si veda: E. Costantino e L. Gargiulo, *Metodologie disabili, neurodivergenti e croniche: etnografia, autoetnografia, creatività, collaborazione ed emancipazione*, in Valtellina (a cura di), 2025.

sociale, contesta modelli conoscitivi egemonici o oppressivi e valorizza la pluralità delle pratiche culturali come contributi essenziali alla produzione di conoscenza.

Un'ulteriore nota metodologica riguarda le dinamiche interne ai Gruppi di Discussione. Nei contesti misti, l'eterogeneità dei partecipanti rappresenta una risorsa, favorendo il confronto tra soggetti con posizionamenti differenti. Tuttavia, la presenza di operatori/operatrici e rappresentanti istituzionali può riprodurre asimmetrie di potere implicite e indurre forme di autocensura o reticenza da parte delle persone direttamente coinvolte. Per questa ragione, l'organizzazione di un gruppo separato ha permesso di ridurre tali vincoli, offrendo uno spazio di confronto più libero e autodeterminato, in cui sono emerse narrazioni e prospettive talvolta invisibilizzate nei discorsi pubblici e professionali. In questo contesto, il mio posizionamento di ricercatrice è stato reso esplicito sin dall'inizio: la chiarificazione del ruolo ha contribuito a garantire trasparenza nella relazione di ricerca, evitando di occultare le asimmetrie che inevitabilmente la attraversano.

Infine, è opportuno richiamare l'attenzione sul tema dell'accessibilità. Gli incontri si sono svolti in spazi fisicamente accessibili, ma l'esperienza progettuale nel suo complesso ha messo in luce la necessità di ampliare questa nozione, riconoscendo l'accessibilità come un processo multidimensionale che coinvolge anche le sfere comunicative, organizzative e relazionali. In questa prospettiva, la possibilità di partecipare da remoto si è rivelata un elemento cruciale per estendere le opportunità di coinvolgimento e potrebbe essere riconosciuta come componente strutturale dei modelli organizzativi. L'accessibilità riguarda inoltre la chiarezza e comprensibilità dei linguaggi, la flessibilità delle tempistiche e la capacità di adattare le modalità operative alle diverse esigenze dei partecipanti. La presenza di facilitatori e mediatrici culturali – spesso attivata spontaneamente dagli stessi partecipanti – ha messo in evidenza l'importanza di una continua revisione e negoziazione critica del significato di inclusione e dell'effettiva accessibilità dei contesti di ricerca e intervento.

3.2.2 Interviste

Il disegno di ricerca ha previsto lo svolgimento di alcune interviste in profondità con soggetti chiave selezionati in ragione della loro posizione strategica nei nodi della presa in carico e dei servizi. Tra gli enti coinvolti figurano:

- *Centro Antidiscriminazione Franco Bompreszi (LEDHA)*⁵⁵, punto di riferimento regionale sul fronte della tutela legale e della difesa dei diritti delle persone con disabilità. LEDHA è attiva in modo trasversale sui temi legati alla disabilità, dall'inclusione scolastica alla sanità, fino alla residenzialità. Accanto al Centro Antidiscriminazione operano altri servizi come il *CRABA*, dedicato all'accessibilità ambientale, architettonica e comunicativa, oltre a gruppi di lavoro tematici (su scuola, lavoro, ecc.). Durante la pandemia è stato inoltre istituito il gruppo *LEDHA Donne*, con l'obiettivo di valorizzare la prospettiva di genere e rispondere ai bisogni specifici delle donne con disabilità. Questo impegno si traduce anche nella partecipazione ai gruppi internazionali di valutazione della *CEDAW* (Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne) e nella collaborazione ai processi di monitoraggio della CRPD, contribuendo alla redazione dei rapporti ombra delle organizzazioni italiane presso le Nazioni Unite; (INT_AS_01)

- Il *Progetto Artemisia*⁵⁶ nasce dalla collaborazione tra Fondazione Somaschi Onlus, Fondazione ASPHI, LEDHA - Lega per i diritti delle persone con disabilità, CEAS - Centro Ambrosiano di Solidarietà, Fondazione Centro per la Famiglia "Card. Carlo Maria Martini" e le reti antiviolenza milanesi e dell'hinterland, con il sostegno della Fondazione di Comunità Milano. Il progetto si concentra sul contrasto alle discriminazioni multiple e alla violenza di genere nei confronti delle donne con disabilità, promuovendo un approccio intersezionale e intersettoriale. Le azioni previste includono la formazione del personale dei centri antiviolenza e delle case rifugio per accrescere le competenze in materia di disabilità e accessibilità, e parallelamente la sensibilizzazione di operatori e operatrici dei servizi per la disabilità sui temi

⁵⁵ LEDHA-Lega per i diritti delle persone con disabilità. *Centro Antidiscriminazione Franco Bompreszi*. <https://www.ledha.it/page.asp?menu1=3&menu2=13>.

⁵⁶ LEDHA-Lega per i diritti delle persone con disabilità. *Artemisia (Attraverso reti territoriali emersione di situazioni di violenza)*. <https://www.ledha.it/page.asp?menu1=1028>.

della violenza di genere, in un'ottica di integrazione stabile tra politiche di genere e politiche per la disabilità. (INT_AS_01)

- *Caritas Ambrosiana - Area Immigrazione*⁵⁷ è storicamente impegnata nell'accoglienza delle persone migranti nel territorio milanese. L'Area svolge attività di consulenza legale, accoglienza temporanea e su progetto, orientamento ai servizi territoriali e accompagnamento alla ricerca lavorativa, oltre a promuovere percorsi di formazione e sensibilizzazione rivolti a operatori, volontari e realtà del privato sociale. L'obiettivo è favorire l'inclusione e la piena partecipazione delle persone migranti, anche attraverso il coordinamento di progetti locali, regionali e nazionali in rete con enti pubblici e del terzo settore. (INT_AS_02)
- *Cooperativa Crinali*⁵⁸, da oltre venticinque anni, opera con équipe multidisciplinari dedicate al sostegno psico-sociale e alla mediazione linguistico-culturale. La cooperativa promuove la salute psicofisica e la qualità della vita delle donne e delle famiglie migranti, dei/delle rifugiati/e e dei/delle richiedenti asilo, nel rispetto delle differenze culturali e di genere; il servizio lavora in convenzione con numerosi enti pubblici, in particolare con le UONPIA - Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza, garantendo la presenza di mediatrici linguistico-culturali durante colloqui e percorsi di presa in carico. Attraverso un approccio transculturale, facilita l'accesso ai servizi psico-socio-sanitari e riduce le barriere comunicative e culturali che ostacolano l'inclusione. (INT_AS_03)
- A livello interregionale è stato coinvolto il *Progetto Prisma*⁵⁹, sviluppato a Torino dal *Servizio Passepartout* del Comune in collaborazione con l'*Associazione Verba*, con l'obiettivo di favorire l'integrazione dei servizi

⁵⁷ Caritas Ambrosiana. *SAI - Servizio Accoglienza Immigrati*. <https://www.caritasambrosiana.it/aree-di-bisogno/stranieri/sai>.

⁵⁸ Cooperativa Crinali. <https://www.crinali.org/>.

⁵⁹ Progetto Prisma. <https://www.prismatorino.it/>.

rivolti alle persone con disabilità e contrastare forme di discriminazione intersezionale (in particolare nei confronti di donne con disabilità, persone LGBTQIAP+ e persone con background migratorio). Prisma rappresenta un'esperienza di welfare generativo, in cui l'amministrazione pubblica promuove e governa direttamente, insieme alle associazioni aderenti, strategie e azioni volte a offrire risposte mirate e servizi adeguati alle specifiche esigenze di cittadini e cittadine. (INT_AS_04)

- *Differenza Donna*⁶⁰, organizzazione nazionale specializzata nel contrasto alla violenza di genere, impegnata anche in situazioni che coinvolgono donne con disabilità. L'associazione mira a far emergere, conoscere, prevenire e contrastare la violenza di genere, intesa come fenomeno sociale e strutturale radicato nelle disuguaglianze di potere. I suoi progetti, sostenuti da enti locali e istituzioni nazionali e internazionali, si fondano su competenze specialistiche e su un approccio integrato che unisce ricerca, formazione e advocacy, promuovendo un cambiamento culturale e istituzionale volto a superare discriminazioni e marginalità. (INT_AS_05)

Parallelamente, sono state svolte sei interviste individuali con persone che vivono in prima persona l'intersezione tra disabilità e background migratorio. Si tratta di soggettività attive in associazioni di base, in reti di attivismo o intercettate tramite realtà territoriali impegnate in pratiche di comunità dal basso, che si sono rese disponibili a partecipare al percorso di ricerca.

Il gruppo di partecipanti intervistati/e si colloca prevalentemente nella fascia giovanile-adulta (23-37 anni). I/le partecipanti provengono da contesti nazionali diversi, riconducibili principalmente all'Europa sud-orientale, all'Africa subsahariana e all'Asia sud-orientale; alcuni/e intervistati/e sono nati/e in Italia da genitori con background migratorio, mentre altri/e hanno frequentato almeno una parte del percorso scolastico in Italia dopo l'arrivo. La dimensione generazionale appare quindi segnata da percorsi di socializzazione primaria e secondaria che si sono sviluppati, in misura

⁶⁰ Differenza Donna. <https://www.differenzadonna.org/>.

diversa, nel contesto italiano, pur mantenendo un legame con i riferimenti culturali e familiari transnazionali.

Le esperienze di disabilità riferite sono eterogenee e coinvolgono impairment di tipo fisico e motorio e che comportano l'utilizzo di ausili, accanto a forme invisibili connesse a patologie di carattere neurodegenerativo. Questa pluralità di situazioni evidenzia come l'intersezione tra età, background migratorio e disabilità assuma declinazioni eterogenee e diversificate, non uniformabili né riconducibili a una descrizione univoca.

Tali narrazioni situate hanno restituito i vissuti quotidiani, mettendo in luce le barriere, materiali e simboliche e le strategie quotidiane di navigazione del sistema dei servizi. Le interviste, in forma semi-strutturata, sono state condotte lasciando ampia possibilità di narrazione alle persone coinvolte e si sono svolte prevalentemente online. Nel testo, gli stralci delle interviste svolte con le associazioni e le realtà territoriali sono identificate con la sigla INT_AS seguita da un numero progressivo (es. INT_AS_01), mentre quelle condotte con persone con esperienza diretta di disabilità e migrazione sono citate con la sigla INT_EXP (es. INT_EXP_02). La codifica è stata adottata per garantire l'anonimato delle fonti e al contempo consentire la tracciabilità dei materiali nel corso dell'analisi qualitativa.

3.2.3 Survey

Una terza tipologia di fonti è costituita dall'indagine promossa nell'ambito del progetto *Migranti sordi, stranieri due volte*, promosso dalla Fondazione Istituto dei Sordi di Torino in collaborazione con CBM Italia Onlus, IRES Piemonte, Città Metropolitana di Torino e Fondazione Time2.

Il progetto nasce dall'esigenza di indagare e affrontare le molteplici barriere che le persone migranti con disabilità sensoriali, in particolare le persone sorde, incontrano nell'accesso alle opportunità sociali, lavorative e formative in Italia, con l'obiettivo di rafforzare le competenze del personale dei servizi e favorire l'accessibilità dei percorsi di accoglienza e inclusione sociale.

L'indagine è stata realizzata attraverso la somministrazione di due differenti tipologie di questionario, rivolte a professionisti/e, operatori e operatrici attivi/e nel supporto di persone migranti con disabilità. Sono stati complessivamente raccolti 37 questionari compilati. Il *Questionario 1* (22rispondenti) era finalizzato alla raccolta di

dati sui beneficiari dei servizi, ovvero persone con disabilità e background migratorio; il *Questionario 2* (15 rispondenti) era orientato ad esaminare la capacità del sistema dei servizi territoriali di comprendere e rispondere in modo efficace alle esigenze delle persone migranti con disabilità. In totale sono state interpellate 19 realtà del territorio piemontese, tra cui enti pubblici, cooperative sociali, associazioni ed organizzazioni del terzo settore.

1) Questionario 1

Il Questionario 1 (Q1) è strutturato in sezioni tematiche composte da domande a risposta chiusa, con la possibilità di inserire brevi commenti in alcuni campi. È stato somministrato in modalità digitale attraverso la piattaforma GoogleForm e compilato in forma anonima da operatori e operatrici, assistenti sociali, educatori/educatrici, referenti di strutture di accoglienza e di servizi territoriali, con un'esperienza diretta nella presa in carico e nel supporto di persone migranti con disabilità. Lo strumento è finalizzato a raccogliere informazioni relative al numero di persone con disabilità inserite in percorsi di accoglienza o inclusione; ai dati socio-anagrafici dei beneficiari (genere, età, nazionalità, status giuridico); alle condizioni di disabilità e agli ausili richiesti; alle modalità di presa in carico, le risorse attivate, i supporti disponibili e i principali ostacoli riscontrati. Tali informazioni riflettono il punto di vista del personale dei servizi e restituiscono una prospettiva “mediata” che potrebbe non rappresentare interamente la complessità dei vissuti soggettivi, delle risorse e dei bisogni espressi dai beneficiari.

2) Questionario 2

Il Questionario 2 (Q2) è strutturato in sezioni tematiche composte da domande chiuse e da alcune aperte per un approfondimento qualitativo delle risposte. È stato

somministrato, come il Q1, in modalità digitale attraverso la piattaforma GoogleForm e compilato in forma anonima da operatori e operatrici, educatori/educatrici, referenti di servizi sociali, cooperative e associazioni del terzo settore coinvolti/e nei percorsi di accoglienza e inclusione. L'obiettivo del questionario è quello di approfondire le percezioni, le competenze e le modalità operative del personale coinvolto, nonché le principali criticità sistemiche e i bisogni formativi rilevati.

La dimensione contenuta del campione non consente un'elaborazione quantitativa generalizzabile né una rappresentatività statistica della popolazione di riferimento. Le risposte raccolte contengono dati auto-dichiarati e riflettono le percezioni soggettive, nonché l'eterogeneità delle loro esperienze personali e lavorative degli/delle intervistati/e. Nonostante la limitata dimensione del campione, l'indagine restituisce alcune informazioni generali sulle procedure di presa in carico delle persone con disabilità e background migratorio, offrendo spunti significativi dal punto di vista qualitativo e consentendo una prima esplorazione delle principali criticità, risorse e bisogni rilevati nei servizi dedicati all'accoglienza e all'inclusione sociale. Tutti i dati numerici e le citazioni presenti nel testo sono ricavati dal Q 1 e dal Q2.

3.2.4 Triangolazione qualitativa e configurazioni CMO

La specificità del disegno di ricerca risiede nell'integrazione di materiali eterogenei, il cui confronto sistematico ha consentito una triangolazione delle evidenze e una ricostruzione multilivello dei processi analizzati. Il dialogo tra voci collettive (Gruppi di discussione e Living Labs), voci biografiche e istituzionali (interviste) e dati di sistema (survey) ha consentito di confrontare prospettive eterogenee, facendo emergere convergenze, tensioni e contraddizioni. Questa pluralità di sguardi ha reso possibile non solo la ricostruzione dei meccanismi disabilitanti o, al contrario, abilitanti, ma anche l'individuazione di ulteriori dimensioni di analisi che arricchiscono la comprensione del fenomeno.

La triangolazione si è sviluppata su tre livelli complementari: *micro*, relativo ai vissuti quotidiani delle persone con disabilità e background migratorio; *meso*,

centrato sulle pratiche istituzionali e sulle procedure dei servizi; e *macro*, che rimanda alle cornici regolative e alle politiche già discusse nel Capitolo 1.

Tale articolazione si è rivelata particolarmente utile ai fini della valutazione realistica: l'analisi è strutturata infatti intorno alle configurazioni CMO, in cui specifiche condizioni di contesto (C) attivano o inibiscono determinati processi (M), producendo esiti osservabili (O). Questo impianto ha consentito di verificare in quali contesti e attraverso quali meccanismi si generino, o al contrario si ostacolino, esiti di accessibilità. Inoltre, seguendo le letture critiche della Realistic Evaluation (cap. 3.1.1), l'analisi considera in modo esplicito la dimensione dell'agency (A), intesa come capacità degli attori di interpretare, negoziare o trasformare i vincoli del contesto, influenzando così sugli esiti osservabili.

L'applicazione del modello è stata declinata in chiave critica, assumendo come ipotesi preliminari due snodi già evidenziati nei capitoli precedenti: (i) l'egemonia del modello medico-individuale rispetto a un approccio sociale della disabilità e (ii) la persistenza di un'organizzazione "satellitare" dei servizi, che tende a trattare migrazione e disabilità come ambiti separati, ostacolando una lettura intersezionale. In questa prospettiva, l'approccio adottato non si limita a mappare barriere e ostacoli, ma mira a illuminare i meccanismi sociali e istituzionali che li producono, valorizzando al contempo le visioni, le competenze esperienziali e l'agency dei soggetti coinvolti. L'obiettivo non è la formulazione di una teoria universale e astratta, ma piuttosto la costruzione di spiegazioni situate, riconducibili a teorie di medio raggio, capaci di restituire la complessità dei processi analizzati.

Capitolo 4 – Analisi empirica

4. Introduzione

Il presente capitolo si concentra sull'analisi empirica dei materiali raccolti. In continuità con il disegno metodologico illustrato nel Capitolo 3, l'obiettivo è verificare e progressivamente affinare le ipotesi CMO elaborate in fase preliminare, verificandone la tenuta nei diversi contesti.

La ricerca si fonda su un corpus empirico ampio e diversificato, composto – come anticipato nella sezione precedente (cap. 3.2) – da Gruppi di Discussione e Living Labs realizzati nell'ambito del progetto regionale *Ci Siamo*, da interviste qualitative rivolte a operatori e operatrici dei servizi e a persone direttamente interessate, nonché dall'analisi dei dati di una *survey* promossa in Piemonte e indirizzata a enti e associazioni attive nel campo della disabilità e delle migrazioni.

Questa pluralità di materiali consente di restituire una prospettiva multilivello: da un lato le rappresentazioni e i vissuti delle persone migranti con disabilità, dall'altro le pratiche e i vincoli istituzionali che configurano l'accesso ai servizi. Tali dinamiche si inscrivono all'interno del campo burocratico (cap. 2.7), inteso come spazio in cui si esercita il potere simbolico e regolativo delle istituzioni. L'analisi è orientata a individuare i meccanismi – spesso impliciti – che nei diversi contesti generano processi di disabilitazione o, al contrario, aprono spazi di accessibilità e riconoscimento. Seguendo l'approccio euristico della valutazione realistica, questi processi vengono interpretati come configurazioni CMO, che intrecciano condizioni strutturali, reazioni e agency degli attori sociali, ed esiti osservabili. In particolare, l'attenzione è rivolta ad alcune ipotesi di fondo già evidenziate nei capitoli precedenti:

- i) il campo burocratico come spazio di riproduzione di meccanismi disabilitanti e dispositivo di inclusione/esclusione;
- ii) l'egemonia del modello medico-individuale, in antitesi alle letture sociali della disabilità;

iii) la persistenza di un'organizzazione “satellitare” dei servizi, che tratta separatamente migrazione e disabilità, a discapito di una prospettiva intersezionale;

Accanto a queste linee interpretative, si tiene conto di ulteriori snodi emersi in maniera ricorrente, quali i processi di vulnerabilizzazione sociale, le discriminazioni multiple, le forme di agency e le strategie messe in atto dalle persone direttamente coinvolte. L'analisi si sviluppa secondo un ordine tematico che ripercorre l'accesso ai principali servizi, a partire dalla fase della prima accoglienza. Ciascuna sezione approfondisce le condizioni di contesto e i meccanismi istituzionali che favoriscono o, al contrario, ostacolano l'accessibilità, la partecipazione e il riconoscimento.

La prima parte è dedicata all'iter di accoglienza e alle procedure di regolarizzazione, con un focus specifico sul rapporto tra status giuridico, condizione di disabilità e accesso effettivo ai diritti. Segue un approfondimento sul processo di certificazione della disabilità, che costituisce un'ulteriore importante soglia di accesso al welfare; ancorato ad un impianto medico-individuale, tale sistema continua ad orientare la definizione istituzionale di disabilità e le pratiche di valutazione, escludendo di fatto chi non rientra nei parametri formali o non dispone dei requisiti burocratici richiesti. La sezione successiva analizza la struttura settoriale del sistema territoriale dei servizi, caratterizzato da frammentazione organizzativa, scarso coordinamento e asimmetrie informative che incidono sull'esperienza degli/delle utenti. Vengono inoltre discusse le principali barriere – descritte dai/dalle partecipanti – legate all'(in)accessibilità degli spazi, ai trasporti, alle condizioni socio-economiche e all'abitare. In seguito, vengono sviluppati alcuni affondi tematici relativi al mondo della scuola, dell'università e del lavoro. Tali ambiti vengono esaminati in relazione alle condizioni materiali, ai vincoli burocratici e al ruolo delle reti di sostegno formali e informali. In questo quadro si affronta il rapporto tra vita, lavoro e cura, evidenziando la necessità di riconoscere e valorizzare il “lavoro invisibile” di riproduzione sociale e l'interdipendenza dei legami sociali. I paragrafi seguenti approfondiscono le principali questioni di genere emerse nel corso della ricerca, soffermandosi in particolare sul nesso tra violenza, disabilità e migrazioni e sulle intersezioni tra abilismo e razzismo.

Infine, il capitolo si conclude con una riflessione sul tema dell'inclusione, dell'auto-rappresentanza e delle conoscenze situate, interrogando le modalità

attraverso cui le persone direttamente coinvolte vengono incluse – o escluse – dai processi decisionali e conoscitivi, sottolineando l'importanza promuovere processi di giustizia epistemica e sociale.

4.1 Accoglienza, diritti e accesso ai servizi

La sezione approfondisce le principali evidenze emerse dal lavoro empirico, dedicato all'analisi dei percorsi di accoglienza, regolarizzazione e accesso ai servizi delle persone con disabilità e background migratorio.

Le narrazioni raccolte restituiscono un quadro ambivalente: da un lato, l'Italia è rappresentata come uno spazio di possibile inclusione, protezione e riconoscimento, in cui il sistema di welfare pubblico agisce come fattore di attrazione nei percorsi migratori; dall'altro, le promesse dell'universalismo spesso si infrangono contro la realtà burocratica e organizzativa dei servizi, segnata da barriere amministrative, lunghe attese, procedure complesse e disuguaglianze territoriali. Il testo prosegue analizzando la composizione delle persone con disabilità e background migratorio che entrano in contatto con i servizi, evidenziandone l'eterogeneità in termini di età, percorsi di vita e tipologie di impairment. La sezione successiva affronta il tema della relazione tra disabilità e titolo di soggiorno: lo status giuridico incide in modo determinante sulla possibilità di ottenere prestazioni, benefici economici o percorsi di presa in carico, mostrando come il riconoscimento burocratico agisca da dispositivo selettivo di cittadinanza. Infine, vengono esaminate le criticità relative alle strutture dell'accoglienza e alle condizioni di accessibilità materiale e organizzativa.

Nel complesso, le testimonianze raccolte delineano un sistema contraddistinto da logiche settoriali, che continuano a trattare in modo separato la dimensione migratoria e quella della disabilità, impedendo una presa in carico integrata. In assenza di un coordinamento strutturato tra i diversi livelli istituzionali e gestionali, l'accesso ai diritti dipende in larga misura dall'intermediazione di operatori e operatrici, associazioni e reti del terzo settore, che suppliscono alle carenze pubbliche attraverso strategie adattive e discrezionali. Tali pratiche, pur indispensabili nel rispondere ai bisogni immediati, tendono a produrre esiti diseguali e processi di selezione implicita, con effetti profondi sulle traiettorie di vita delle persone coinvolte. Il quadro presentato

mette in evidenza la necessità di un ripensamento strutturale del sistema, oltre la logica dell'adattamento emergenziale.

4.1.1 *L'immaginario del welfare*

Durante il primo Gruppo di Discussione *Diritti, Accoglienza, Cittadinanza* svolto nell'ambito del progetto *Ci Siamo*, diversi/e partecipanti hanno riferito come la Lombardia – e in particolare la città di Milano – venga percepita come un contesto in grado di offrire risposte efficaci sul piano sanitario e, per questo, rappresenti una meta di riferimento per le persone con disabilità e le loro famiglie. Questa percezione conferma che i sistemi di welfare europei, e in questo caso quello italiano, possono costituire un fattore di attrazione specifico e orientare le scelte migratorie (1.4).

Nel corso degli incontri e delle interviste, alcune persone con disabilità e diversi genitori hanno riferito di essersi trasferiti in Italia proprio per accedere ai servizi o garantire ai figli supporti assenti nei Paesi di origine⁶¹. Un partecipante ha sostenuto che il proprio Paese⁶² sia “un posto magnifico”, tuttavia “non c'è niente per una persona in carrozzina. Mezzi pubblici, case, strade” (GD1, 2024); analogamente un intervistato ha osservato: “Qui [in Italia] rispetto al mio paese d'origine c'è più legislazione e ci sono più servizi, c'è il welfare. Lì solo i casi al 100% hanno delle agevolazioni ma non c'è un reddito per nessun tipo di disabilità” (INT_EXP_04). Un'altra testimonianza mette in luce le differenze significative:

Nel Paese dei miei genitori esistono degli aiuti ma li devi pagare, se non hai soldi non puoi avere gli ausili. Molte famiglie si vergognano a mostrare in pubblico persone con disabilità, sei trattato come persona di secondo livello; qui [in Italia] invece vieni valorizzato come persona e individuo, non solo come disabile. Qui c'è pregiudizio ma non è così accentuato.

(INT_EXP_06).

⁶¹ Nel caso dei minori la certificazione di disabilità può costituire il presupposto per la richiesta di un permesso di soggiorno ai sensi dell'art. 31 del Testo Unico sull'Immigrazione. Tale disposizione attribuisce al Tribunale per i Minorenni la facoltà di autorizzare l'ingresso o la permanenza in Italia del genitore – anche in assenza di un titolo di soggiorno – quando ciò risulti necessario per la tutela dello sviluppo psicofisico del figlio, tenendo conto della sua età e delle sue condizioni di salute.

⁶² Al fine di garantire la privacy dei/delle partecipanti è stata omessa la nazionalità di provenienza.

Dalle narrazioni emerge una tensione tra i contesti d'origine in cui l'accesso alle risorse è scarso, privatizzato o condizionato dalle disponibilità economiche delle famiglie e il quadro italiano ed europeo, in cui la presenza di un impianto normativo e di un welfare pubblico, pur segnato da processi di erosione e frammentazione, garantisce una base di diritti e alimenta aspettative di riconoscimento. Tuttavia, le testimonianze raccolte mettono in luce una distanza significativa tra la rappresentazione del sistema italiano e l'esperienza concreta di accesso ai servizi.

Nel questionario rivolto ad alcuni servizi attivi nei contesti dell'accoglienza in Piemonte (cap. 3.2.3), le risposte aperte di operatori e operatrici sottolineano che – sebbene la possibilità di accedere a cure e servizi emerga tra le motivazioni della migrazione – “le aspettative sul sistema sanitario italiano siano decisamente più alte di quanto in realtà sia” e come “spesso la burocrazia escluda” (Q1). Varie fonti confermano questo scarto, come osservato dal responsabile del servizio immigrazione di Caritas: “si parte dal Sudamerica con l'idea che la cura sia garantita. Si arriva come turisti e non si ha diritto allo STP né all'iscrizione al SSN: l'accesso ai servizi sanitari avviene solo a pagamento” (INT_AS_02). Si pensa che l'accesso alle cure sia garantito in forma universale; in realtà, chi entra con un visto turistico non può ottenere il codice STP né iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, poiché quest'ultimo richiede la residenza e un titolo di soggiorno valido diverso da quello turistico. Sulla stessa linea, un'operatrice sociale ha riportato il caso di una famiglia “che inseguiva il falso mito della cura e presa in carico immediata dei servizi, e poi si è sentita rispondere: due anni di attesa” (GD4, 2024). Questa discrepanza tra aspettative e realtà emerge chiaramente anche nell'intervista con la responsabile del Progetto Prisma, che ha ricordato alcuni casi di persone arrivate in Italia con l'idea di poter finalmente ottenere pieni diritti e che oggi invece si confrontano con la realtà della vita in dormitorio: “mi hanno detto vai in Italia che è tutto bello, ma in realtà in Italia tutto bello non è” (INT_AS_04).

L'immaginario del welfare europeo, e italiano in particolare, come luogo di diritti e opportunità si fonda indubbiamente su diverse garanzie effettive – dall'impianto normativo alla disponibilità di servizi pubblici – ma al tempo stesso si scontra con barriere burocratiche e meccanismi di esclusione impliciti che ne limitano l'efficacia concreta. La mancata corrispondenza tra le attese e l'organizzazione

concreta dei servizi, può tradursi in un progressivo distanziamento dalle istituzioni e una perdita di fiducia: “quando non ottengono i servizi immaginati, le persone tendono a fidarsi meno” (Q1)”, “smettono di chiedere e si isolano” (GD1, 2024) oppure tendono ad “auto-organizzarsi per sopperire ai propri bisogni, ma spesso senza disporre delle risorse necessarie” (GD1, 2024).

Queste prime evidenze suggeriscono che, oltre alle barriere materiali ed organizzative, vi è un’ambivalenza tra l’immaginario universalistico del welfare e le esperienze concrete dei percorsi di accesso. Come già rilevato dall’analisi della letteratura e dallo stato dell’arte (cap. 1), questo disallineamento tra diritti formali e accesso effettivo rappresenta un elemento caratterizzante del campo burocratico e costituisce lo spazio in cui si attivano meccanismi di selezione e differenziazione che saranno approfonditi nei paragrafi successivi.

4.1.2 Composizione e tipologie di impairment

La composizione delle persone con disabilità e background migratorio che accedono ai servizi appare eterogenea e diversificata. Oltre all’aumento complessivo delle richieste, è necessario considerare le differenti tipologie di impairment, i tempi, le modalità e il contesto della loro comparsa (cap. 1.3).

Durate il primo Gruppo di discussione (GD1, 2024) il rappresentante di un’associazione nazionale per i diritti e l’inclusione delle persone con disabilità ha riferito di aver notato, negli ultimi dieci anni, un incremento esponenziale di persone con disabilità e background migratorio, tra coloro che si rivolgono ai loro sportelli. Come spiegato:

Nel nostro mondo associativo le richieste da parte degli italiani sono più basse perché si sono costruite reti; oggi abbiamo un vero e proprio ricambio di soci attivi, con tante persone non italiane che non riescono ad accedere alle opportunità. L’aspetto culturale rende il nostro lavoro più sfidante e complicato.

(GD1, 2024)

Questo intervento evidenzia come l’associazionismo rappresenti un osservatorio privilegiato dei cambiamenti in atto; allo stesso tempo, viene rimarcato il ruolo

fondamentale delle reti informali e delle associazioni di base, che si configura come una costante trasversale dell'intera ricerca.

La pluralità delle esperienze e dei vissuti di chi si rivolge ai servizi richiede di evitare categorizzazioni rigide e di considerare le specificità dei singoli percorsi. Come già sottolineato, in diversi casi gli impairment sono preesistenti e possono rappresentare un fattore determinante nella scelta di avviare il progetto migratorio. In altri casi si acquisiscono a causa delle condizioni estreme di viaggio, come nel caso di “amputazioni da congelamento” (Q1); in alcune tratte – come in Libia dove “le percosse sono un eufemismo e i trattamenti subiti assumono forme di vera e propria segregazione” (INT_AS_02) – gli impairment possono essere l'esito delle violenze ricevute e talvolta di traumi non adeguatamente trattati che finiscono per diventare danni permanenti.

i) Disabilità psicosociali e trauma migratorio

Dalle testimonianze raccolte emerge la presenza diffusa di disabilità psicosociali, connesse al trauma migratorio (cap. 1.3).

Durante il gruppo di discussione (GD1, 2024), un'operatrice impegnata in progetti di ospitalità e accoglienza solidale ha evidenziato come: “il disagio mentale rappresenti più del 50% delle nostre accoglienze”. Le situazioni descritte riguardano prevalentemente patologie psichiatriche, traumi legati alla guerra, a cui spesso si associano altre problematiche come la dipendenza da alcol. Anche nel campione del questionario (Q1) risultano diverse segnalazioni di impairment di tipo psicologico, spesso in compresenza con altre di disabilità. Tale quadro sembra riflettere la stretta correlazione tra esperienza migratoria e insorgenza di disturbi psicosociali.

Nel corso della discussione, tuttavia, un'operatrice di un CAS ha richiamato l'attenzione sul rischio di ricomprendere ogni forma di disagio nell'etichetta del “trauma migratorio”. Come ha spiegato: “Nei servizi pubblici a volte si tende a incasellare tutto in questa categoria. Si chiede se ha avuto un percorso migratorio, quali sono i sintomi e subito i farmaci” (GD1, 2024). Questa dinamica è stata confermata anche da un'altra operatrice:

È un po' quello succede anche nel nostro servizio di etnopsichiatria. Uso dei farmaci, anche senza psicoterapia. Diventa una gestione massiccia di grossi numeri in maniera sommaria, ma non risolutiva. Il fatto che [il servizio] sia sovraccaricato di tanti utenti porta poi a questa gestione.

(GD1, 2024).

Parallelamente, diversi/e partecipanti hanno sottolineato le carenze nel riconoscimento delle forme di disagio meno visibili, osservando che “in caso di disabilità fisica è più facile accedere” (GD1, 2024).

Come ha osservato la rappresentante di una ONG, nei progetti di accoglienza “si pensa soprattutto alle forme più evidenti, eclatanti o fisiche, mentre per il disagio mentale servono competenze specifiche per individuare i primi segni: gli operatori devono essere formati” (GD1, 2024). Le difficoltà nella gestione del disagio psichico emergono anche dalle testimonianze di vari operatori e operatrici dell'accoglienza: “Non abbiamo competenze in ambito psichiatrico, psicologico. Capita sovente che la risposta non sia adeguata alla richiesta della persona” (GD1, 2024).

Dalle evidenze raccolte risulta che i servizi di accoglienza non dispongano di strutture, personale e approcci adeguatamente specializzati sulla presa in carico del disagio mentale: non esistono protocolli condivisi o strutturati, ma soltanto indicazioni generali e iniziative isolate promosse da alcune organizzazioni del terzo settore. Nel corso della discussione, l'etnopsichiatria è stata più volte indicata come uno snodo cruciale per rendere i percorsi di supporto realmente accessibili: si tratta di un passaggio “imprescindibile per dialogare meglio, [perché] aiuta a comprendere le vere richieste delle persone” (GD, 2024). In risposta, un'esponente di un'organizzazione umanitaria impegnata in attività di advocacy – pur riconoscendo l'etnopsichiatria come importante spazio di mediazione culturale – ha osservato che essa resti uno strumento eccezionale, poiché presuppone un percorso di accompagnamento che le strutture del welfare faticano a prevedere. A suo avviso, il nodo non riguarda solo la possibilità di attivare servizi specialistici, ma la necessità di interrogarsi “su quali strumenti di diversità culturale abbiamo all'interno dei sistemi che già esistono” (GD1, 2024).

Durante il Living Lab1 è stato inoltre rilevato che, se la permanenza nei centri di accoglienza garantisce un supporto minimo, molte persone una volta uscite

“finiscono nei dormitori pubblici, contesti spesso affollati e non protetti, che rischiano di aggravare ulteriormente le loro condizioni psicologiche” (LL1, 2025). Secondo la percezione dei/delle partecipanti, il rapporto tra emerso e sommerso, ovvero tra chi accede ai servizi e chi ne rimane escluso, sarebbe di circa 1 a 15; se tale stima fosse corretta, significherebbe che per ogni persona presa in carico vi sarebbero almeno quindici escluse dai circuiti di cura, confinate in condizioni di invisibilità e costrette a ricorrere a strategie individuali di sopravvivenza.

Dalle testimonianze emergono evidenti criticità nella gestione e nella presa in carico delle situazioni di disagio psicologico. La prima griglia interpretativa adottata – anche da servizi specializzati – è spesso quella del trauma migratorio; tale lettura, pur basandosi su evidenze empiriche consolidate circa l'impatto disabilitante dei percorsi migratori – capaci di moltiplicare gli impairment preesistenti e di incidere in modo significativo sulla salute, soprattutto mentale –, rischia di ridurre la complessità delle biografie individuali in un'unica chiave interpretativa. Ne deriva una medicalizzazione precoce, spesso tradotta nell'immediata somministrazione di farmaci, con la conseguente invisibilizzazione di diagnosi differenziali – come disturbi non collegati alla migrazione –, e dell'incidenza di fattori sociali, economici e abitativi che condizionano il benessere complessivo. Questa prospettiva contribuisce ad alimentare l'“aspettativa di vulnerabilità” nei confronti di determinati gruppi sociali: l'essere migrante diventa di per sé una categoria di “esposizione al danno” (Puar, 2017) che tende a naturalizzare la sofferenza e neutralizzarne le cause strutturali e politiche. Tale processo appare inoltre connesso a logiche gestionali di “semplificazione”, riconducibili al sovraccarico dei servizi e all'insufficienza cronica di risorse. Parallelamente emerge una sostanziale carenza di strumenti e competenze per l'identificazione e il supporto di condizioni meno visibili: persiste una concezione prevalentemente medica, in cui il riconoscimento della disabilità resta subordinato all'evidenza dell'impairment. Questa duplice dinamica – sovra-medicalizzazione da un lato e invisibilizzazione dall'altro – converge in un medesimo esito: l'incapacità di inquadrare i bisogni e i vissuti delle soggettività coinvolte e di attivare risposte adeguate. Tale quadro risulta oggi ulteriormente aggravato dalle modifiche introdotte dal Decreto Cutro, che hanno aumentato la pressione sui CAS, scaricando i costi della

gestione su persone in condizione di fragilità e alimentando processi di vulnerabilizzazione istituzionale.

ii) Disabilità acquisite

Gli impairment possono essere acquisiti dopo l'arrivo in Italia, a causa di condizioni di vita, lavorative o abitative usuranti (1.4): “spesso si parte sani e ci si ammala qui. Le condizioni di lavoro e di vita incidono sulla disabilità: si lavora per anni e poi ci si ammala” (INT_AS_02). Come ha precisato il referente dell'area immigrazione di Caritas durante l'intervista, non si tratta soltanto di infortuni sul lavoro – che possono comportare anche la perdita dell'occupazione e, di conseguenza, della regolarità del soggiorno – ma degli effetti cumulativi di attività usuranti che, nel tempo, possono generare forme di disabilità.

Durante il Living Lab1 numerosi interventi hanno messo in evidenza la connessione ricorrente tra disabilità – in particolare di tipo psicosociale – e condizioni di marginalità, come l'assenza di documenti e la vita in strada. È stato ricordato il caso drammatico di un giovane che, nonostante i tentativi di sostegno da parte di reti solidali, non ha avuto alcuna possibilità di accedere ad un percorso di assistenza ed è deceduto in condizioni di grave abbandono. Tale vicenda richiama la riflessione di Puar (2017) sulle vite considerate “senza futuro” (cap. 2.5): esistenze che non rientrano nei parametri di produttività, cittadinanza o riconoscimento istituzionale e che, per questo, non vengono considerate come meritevoli di sostegno, protezione ed investimento. In questa prospettiva, la promessa di un futuro migliore, inscritta in una concezione lineare e progressiva del tempo, agisce come un dispositivo selettivo che valorizza e sostiene solo chi detiene risorse e capacità. Al contrario, alcuni corpi – razzializzati, disabili, impoveriti o precarizzati – vengono ritenuti “sacrificabili” e confinati in un presente permanente, senza prospettive di trasformazione e riscatto.

I/le partecipanti hanno infine constatato i limiti concreti delle reti informali e la loro impossibilità di compensare la mancanza di un supporto istituzionale adeguato, denunciando la scarsa – o talvolta nulla – presenza di risorse e strumenti per affrontare situazioni di tale complessità: “le persone irregolari o irregolarizzabili rappresentano un target impopolare ma urgente” (LL1). Chi vive una condizione di disabilità o di disagio psichico, soprattutto se privo di una fissa dimora, tende a rimanere escluso dai

sistemi di sostegno, poiché la presa in carico è vincolata alla residenza anagrafica. In assenza di residenza, i servizi territoriali non assumono la competenza e non attivano percorsi continuativi. “Si sta nel sistema del 112” (LL1): l’unico canale di accesso è spesso rappresentato dal pronto soccorso, che interviene con prescrizioni o terapie farmacologiche d’urgenza, ma senza continuità né monitoraggio.

Nel corso del confronto è stato sollevato l’interrogativo circa il riconoscimento del disagio psichico tra le cure essenziali garantite anche a chi non possiede documenti – come avviene per alcune patologie croniche. La percezione condivisa dai/dalle partecipanti è che, nella prassi, le fragilità psicosociali non vengano riconosciute come “urgenze vitali” e che, di conseguenza, spesso non si attivino percorsi di accompagnamento effettivi, ma solo interventi episodici o emergenziali che cronicizzano l’invisibilità di chi vive tali condizioni.

iii) Disabilità e invecchiamento

Un’ulteriore fascia rilevante nell’analisi del rapporto tra disabilità e migrazioni, è costituita dalla popolazione anziana. Come ha osservato la rappresentante di un’associazione di comunità migrante, infatti, oltre alle persone neoarrivate “ci sono anche le persone anziane che si trovano qui. Come comunità solidale cerchiamo di intercettarli” (GD1, 2024).

Durante il Gruppo di discussione *Comunità locali, vita quotidiana, centri di aggregazione, organizzazioni religiose, sport e tempo libero* (GD4, 2024), un’esponente di un’associazione di donne migranti ha richiamato l’attenzione sul medesimo tema: “mi vengono in mente le donne anziane straniere che magari sono sole, e la solitudine a volte diventa depressione” (GD4, 2024). Anche il referente dell’area immigrazione di Caritas, durante l’intervista, ha richiamato l’attenzione sui processi di invecchiamento della popolazione migrante:

Ci si è accorti – e parlo delle istituzioni, degli enti ospedalieri, del territorio – che anche le persone immigrate invecchiano. È una battuta, no? Ma chi ha in qualche misura vissuto i flussi migratori dei primi anni Duemila sa che quelli sono stati i più rilevanti. Ricordiamo la cosiddetta emersione del lavoro regolare con la legge Bossi-Fini del 2002. Quelle persone che allora avevano

30 anni, oggi ne hanno 55. Si invecchia, e chi invecchia porta con sé il peso dell'età, che può generare patologie.

(INT_AS_02).

È stato inoltre osservato come non tutte le esperienze migratorie si siano tradotte in percorsi di integrazione “riuscita”: molte persone hanno vissuto situazioni di precarietà e marginalità che, nel tempo, si sono intrecciate con l'insorgenza di patologie o con il deterioramento delle condizioni di salute. Come è stato sottolineato durante l'intervista: “negli ultimi anni diverse persone, per lo più over 60, ci hanno chiesto consulenza legale rispetto alla potenziale regolamentazione e non all'accoglienza.” (I INT_AS_02). Si tratta di persone migranti arrivate in Italia diversi decenni fa, in età lavorativa e che oggi sono divenuti anziani. Molti di loro hanno attraversato percorsi frammentati di regolarizzazione, alternando periodi di stabilità a fasi di irregolarità giuridica, con effetti diretti sulla possibilità di accedere a diritti sociali e previdenziali. Secondo operatori e operatrici, le richieste di sostegno da parte di over sessantenni con patologie risultano in costante aumento; tuttavia, anche in presenza di disabilità, “se sono diventato irregolare la situazione diventa ancora più complessa” (INT_AS_05).

Durante il Living Lab1 è stato inoltre rilevato come non esistano rilevazioni sistematiche sulla prevalenza della disabilità tra la popolazione anziana migrante, né dati affidabili sulla consistenza numerica delle persone “invisibili”, prive di residenza o di documenti⁶³. Questo vuoto statistico rende impossibile dimensionare con precisione il bisogno e pianificare politiche adeguate: “ciò che non viene contabilizzato difficilmente entra a far parte dell'agenda pubblica” (LL1, 2024).

La questione dell'invecchiamento, affrontata nel dibattito pubblico quasi esclusivamente nei termini di “costo” o di “peso” per il sistema di welfare – anziché come ambito di politiche sociali e di sostenibilità –, risulta del tutto marginale quando relativa alla popolazione migrante. A dominare è ancora una retorica dell'immigrazione come fenomeno temporaneo ed emergenziale, sostenuta da politiche orientate principalmente alla gestione immediata dei flussi, più che

⁶³ Sul ruolo della residenza come dispositivo selettivo e di regolazione dell'accesso ai diritti, si segnala Gargiulo (2022).

all'integrazione di lungo periodo e da un immaginario securitario che difficilmente si concilia con la figura della persona migrante in età avanzata.

iv) Configurazioni CMO

La sezione restituisce, in maniera preliminare, un quadro dei servizi contraddistinto da frammentazione organizzativa, sovraccarico strutturale, carenza di risorse e requisiti amministrativi selettivi. Tali elementi definiscono il contesto (C) in cui si attivano alcuni meccanismi ricorrenti (M): da un lato, la mancanza di fondi, strumenti e formazione conduce a una semplificazione delle procedure, evidente nel ricorso generalizzato alla categoria di trauma migratorio come chiave interpretativa univoca; dall'altro, si osserva una rilevazione selettiva della disabilità, basata sull'evidenza immediata dell'impairment e non su una valutazione complessiva della situazione dei soggetti coinvolti. Da queste dinamiche derivano esiti (O) come processi di medicalizzazione precoce o, al contrario, invisibilizzazione delle condizioni meno evidenti. Inoltre, la riduzione della disabilità alla sola dimensione clinica, impedisce da un lato di esaminare e intervenire sui fattori sociali, abitativi ed economici che ne determinano l'emersione e la cronicizzazione e, dall'altro lato, di programmare interventi strutturali, che vadano oltre l'assistenza medica individuale ed emergenziale.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la popolazione anziana, la cui presenza crescente resta poco riconosciuta a causa di meccanismi istituzionali, politiche e immaginari che tendono ad escluderla dai target di intervento. Un approccio intersezionale, al contrario, consente di considerare l'età – insieme a genere, status giuridico e condizione socioeconomica – come variabili determinanti per comprendere le disuguaglianze di accesso. Nel complesso, queste prime evidenze rafforzano le ipotesi iniziali, mostrando la persistente centralità del modello medico e l'adozione di un approccio mono-categoriale che fatica a cogliere l'intreccio tra disabilità, migrazione e condizioni materiali di vita.

4.1.3 Iter di Regolarizzazione

Per quanto riguarda gli iter di accesso alle procedure di regolarizzazione, la normativa non prevede corsie prioritarie per le persone con disabilità nella fase di registrazione della domanda di permesso di soggiorno.

Dai Gruppi di discussione emerge che, talvolta, l'intermediazione di enti e associazioni possa facilitare l'ottenimento di un appuntamento e ridurre i tempi di attesa, attraverso la segnalazione di specifiche condizioni di vulnerabilità. Tali iniziative, tuttavia, non risultano uniformi a livello nazionale e dipendono da decisioni e risorse disponibili sul territorio. Nei fatti, l'accessibilità non sempre è garantita, come dimostra il racconto di un'avvocata che segue il caso di un giovane con un disturbo psichiatrico:

Sono riuscita ad ottenere un permesso per non essere accolto in mezzo alla bolgia che tutti conosciamo degli uffici immigrazione. Quando era lì mi ha mandato un messaggio dicendo: “sono in mezzo a tutti, ho chiamato e nessuno mi ha risposto. Il centralino mi ha attaccato il telefono in faccia”.

(GD3, 2024).

Altri interventi hanno riportato che – nonostante la digitalizzazione del servizio di prenotazione⁶⁴ – a causa delle lunghe attese, capita che le persone stazionino davanti alla questura nell'attesa di ottenere un appuntamento, segnalare urgenze e chiedere informazioni. Secondo le testimonianze raccolte, a Milano il primo colloquio per il foto-segnalamento può avvenire anche dopo cinquanta giorni dalla richiesta; a questo seguono ulteriori settimane di attesa per la formalizzazione del C3, ovvero del verbale con cui viene registrata la domanda di protezione internazionale. In totale possono trascorrere mesi tra la manifestazione di volontà e il rilascio del permesso di soggiorno. Come ha osservato la referente di una organizzazione internazionale per i diritti delle persone rifugiate: “la fase in cui si entra in accoglienza è successiva e non coincide con il momento di inizio dell'iter” (GD1, 2024). In questo intervallo, nel concreto, le persone restano prive di molte tutele fondamentali: l'attesa burocratica si traduce di fatto in una sospensione temporanea dei diritti.

In presenza di disabilità o gravi condizioni di salute, uno dei possibili canali di protezione è rappresentato dal permesso di soggiorno per cure mediche (cap. 1.8.2). Tuttavia, le modifiche introdotte dal Decreto Cutro ne hanno notevolmente ristretto

⁶⁴ A Milano l'accesso alla procedura di regolarizzazione avviene tramite *PrenotaFacile*, la piattaforma online della Polizia di Stato per fissare gli appuntamenti in questura. Da luglio 2023 la registrazione autonoma è stata disattivata e l'accesso avviene tramite l'intermediazione di enti del Terzo Settore.

l'applicabilità. In particolare è richiesta una certificazione rilasciata da una struttura pubblica o medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, che attesti l'inefficacia o assenza delle cure nel Paese d'origine. Come osserva il referente dell'area immigrazione di Caritas, questa forma di tutela resta, nei fatti, quasi inaccessibile: “È una restrizione non da poco, la casistica ci porta a dire che difficilmente il medico può affermare, secondo la sua responsabilità, che nel Paese d'origine la patologia non può essere curata. La certificazione è difficile da ottenere” (INT_AS_02).

La relazione tra disabilità e titolo di soggiorno costituisce uno dei nodi centrali emersi nei gruppi di discussione e negli incontri dedicati all'accoglienza. La condizione giuridica determina l'accesso formale a diritti e prestazioni – come l'invalidità civile o le misure di sostegno economico – e, al contempo, contribuisce anche a definire i confini della visibilità e della legittimità sociale.

I/le partecipanti hanno riportato con frequenza esperienze che mettono in luce la stretta relazione tra riconoscimento amministrativo e possibilità effettiva di esercitare i propri diritti. Questo elemento emerge con chiarezza dalla testimonianza di un'operatrice sociale che ha spiegato come, alla scadenza del permesso di soggiorno, la prestazione di invalidità venga spesso sospesa in attesa del rinnovo. In molte province l'INPS procede infatti all'interruzione automatica dei pagamenti fino al rilascio del nuovo documento, determinando periodi di interruzione del reddito per persone che dipendono interamente da quel sostegno: “si tratta di un processo di discriminazione” (GD1, 2024). Una sindacalista ha raccontato che, in diversi casi, per impedire la sospensione dell'assegno di invalidità è stato necessario ricorrere a diffide formali. Solo a seguito di tali pressioni l'INPS ha accettato di mantenere l'erogazione, a condizione che fosse trasmessa tramite raccomandata la ricevuta della richiesta di rinnovo del titolo di soggiorno. La sospensione, infatti, non è ancorata ad alcun fondamento giuridico e diversi tribunali ne hanno già riconosciuto l'illegittimità, stabilendo che la ricevuta della richiesta costituisce titolo sufficiente a garantire la continuità della prestazione.

La rilevanza cruciale dello status di soggiorno è emersa con forza dalle testimonianze delle persone con esperienza diretta, che nel raccontare la propria storia hanno distinto chiaramente un *prima* e un *dopo* il rilascio del permesso: “Prima avevo

molti problemi, soffrivo molto. Non avevo niente, non avevo ancora fatto il colloquio in commissione quindi i servizi erano molto limitati. Mi è mancato tanto, come umano” (GD1, 2024). L’ottenimento del titolo, invece, apre uno spazio di riconoscimento formale e segna la possibilità di accedere ai diritti, ai servizi e, più in generale, a una condizione di maggiore stabilità, configurandosi come un vero e proprio dispositivo abilitante. Un operatore impegnato in un progetto rivolto a persone in emergenza abitativa ha sintetizzato in maniera efficace questa dinamica:

Il tema della legalità sul territorio è forse la prima cosa – e la più drammatica – che mi viene in mente rispetto all’accesso ai diritti. Se le persone formalmente non sono qui, non esistono. Quindi l’accesso alla salute, sia fisica che mentale, e a tutti gli altri diritti di cittadinanza viene meno.

(LL1, 2025)

4.1.4 Il sistema Accoglienza

Il sistema italiano di accoglienza si articola in un primo circuito – che comprende hotspot, CPA-Centri di Prima Accoglienza e CAS-Centri di Accoglienza Straordinaria – e nella rete di seconda accoglienza SAI-Sistema di Accoglienza e Integrazione, gestita dagli enti locali con il supporto di organizzazioni del terzo settore.

I CAS garantiscono oggi il nucleo essenziale di prestazioni: accoglienza materiale, assistenza sanitaria e sociale di base, e mediazione linguistico-culturale. Sono invece escluse dalle attività obbligatorie l’assistenza psicologica, i corsi di lingua italiana, l’orientamento legale e territoriale e i percorsi di integrazione più articolati, che restano propri del sistema SAI (cap. 1.8). Accanto al circuito istituzionale, opera una fitta rete territoriale promossa dal terzo settore e da realtà ecclesiali o comunitarie che, spesso in autonomia e attivando risorse proprie, offrono servizi anche a persone non intercettate dai canali istituzionali. A queste si affiancano reti informali di prossimità – forme di mutuo aiuto, associazionismo di base, comunità di connazionali – che svolgono funzioni cruciali di mediazione e sostegno nella vita quotidiana, pur restando in gran parte invisibili ai monitoraggi governativi sull’accoglienza. Nel complesso, l’accesso ai servizi non segue un unico percorso lineare, ma risulta dall’intreccio di canali istituzionali, associativi e informali che, insieme, definiscono le effettive condizioni di inclusione.

Dall'analisi del questionario (Q2)⁶⁵ emerge che, per quanto riguarda i processi di presa in carico delle persone migranti con disabilità, le organizzazioni coinvolte – appartenenti a realtà istituzionali, organizzazioni del terzo settore e reti associative – tendono a seguire un iter piuttosto standardizzato che si articola in una sequenza di fasi, sintetizzabili nei seguenti punti:

- “Ascolto, colloquio conoscitivo”, “analisi della documentazione” e “compilazione di una scheda di segnalazione”: dalle risposte analizzate in tali fasi si evidenzia frequentemente una limitata consapevolezza degli/delle utenti rispetto alla propria condizione. Questo aspetto può essere ricondotto, in primo luogo, a “barriere linguistiche”, “difficoltà comunicative”, “blocchi emotivi” ed “esperienze traumatiche pregresse” che ostacolano l'espressione dei bisogni individuali. Inoltre la descrizione della propria situazione può configurarsi come un processo particolarmente complesso: gli impairment, infatti, possono essere stati oggetto di stigmatizzazione e persecuzione nel Paese d'origine; altrimenti può esserci “paura e diffidenza” o mancanza di conoscenza di potenziali benefici e supporti cui si avrebbe diritto in seguito al riconoscimento formale della propria condizione (cap. 1.9.1). È necessario infine considerare, come suggeriscono alcune risposte, la possibilità di “incomprensioni culturali”: la rappresentazione della disabilità, infatti, è fortemente influenzata da orizzonti culturali, interpretativi e simbolici che determinano diversi approcci, livelli di legittimazione sociale e modalità di percezione del fenomeno stesso.
- “Valutazione multidimensionale”, “screening sanitario”, “analisi dei bisogni e delle risorse disponibili”, con particolare attenzione alla possibilità di richiedere eventuali ausili o sostegni necessari, tramite l'attivazione o il coinvolgimento dei servizi territoriali. Le organizzazioni del terzo settore ricoprono un ruolo decisivo nell'individuazione delle risorse attivabili per

⁶⁵ Le risposte raccolte contengono dati auto-dichiarati da operatori e operatrici e riflettono le percezioni soggettive, nonché l'eterogeneità delle esperienze personali e lavorative degli/delle intervistati/e. Tutte le citazioni presenti nel testo sono ricavate dai questionari.

gli/le utenti: dalle risposte esaminate emerge, ad esempio, che spesso “sono le associazioni di volontariato a reperire ausili nei casi in cui non è – o non è ancora – presente una certificazione” (Q2) e che gli/le utenti “finché sono nei progetti sono più tutelati” (Q1). Per molti/e, infatti, la fonte principale di sostentamento è costituita da *benefits* previsti all’interno dei percorsi di accoglienza – oltre ai contributi di invalidità e alle forme di supporto informale e comunitario. Tali risorse, tuttavia, sono comunque vincolate al possesso di uno specifico status giuridico o a certificazioni mediche formali, e risultano spesso insufficienti o erogate in modo discontinuo. Sul tema dell’identificazione della condizione di disabilità e dei bisogni individuali, nel corso dell’intervista con il referente di Caritas sono state evidenziate diverse criticità, riconducibili principalmente all’assenza di personale specificatamente formato. Come ha osservato l’intervistato:

Partiamo dal presupposto che il criterio di valutazione della disabilità, molto spesso, è visivo o comunque affidato al racconto della persona. Noi, ad esempio, non abbiamo personale medico o specificamente competente per effettuare valutazioni sulla disabilità all’interno del servizio.

(INT_AS_02)

In queste circostanze, l’individuazione di una condizione di disabilità tende ad avvenire soltanto nei casi in cui l’impairment è immediatamente visibile, con il risultato di non intercettare situazioni meno evidenti. Questo limite – come illustrato in precedenza – risulta particolarmente rilevante nei casi di disagio psicosociale (4.1.2. i). In alternativa, il riconoscimento della disabilità dipende dalla capacità individuale dell’utente di auto-rappresentarsi e descrivere la propria condizione secondo le categorie ufficialmente riconosciute; questa dinamica esclude chi non dispone degli strumenti linguistici o culturali necessari, o chi interpreta la disabilità attraverso codici differenti da quelli istituzionalmente legittimati. Come ha ulteriormente precisato l’intervistato:

Quando arriva una persona che presenta segni evidenti di disabilità – dal punto di vista motorio o psichiatrico – riusciamo a rilevarlo e ad attivare un ascolto

particolare, anche attraverso la mediazione linguistica. Il problema, dopo la valutazione e il riconoscimento della condizione, è quello dell'accoglienza.

(INT_AS_02)

Di fronte a tali carenze, operatrici e operatori mettono in campo strategie di adattamento – ad esempio ricorrono talvolta al supporto della mediazione linguistica – che, tuttavia, non modificano l'impianto strutturale del processo. La valutazione rimane infatti ancorata ad un approccio di tipo medico-individuale in cui impairment e disabilità coincidono, e su un'imposizione – spesso non riconosciuta – dei propri codici e modelli culturali di riferimento. Tale impostazione orienta anche le fasi successive dei percorsi di accoglienza, influenzando le modalità di presa in carico e l'accesso effettivo ai servizi.

- “Supporto pratico ed accompagnamento nell'interfacciarsi con enti istituzionali come ad esempio le questure e con le reti sanitarie del territorio”, al fine di ottenere il titolo di protezione, richiedere certificazioni di invalidità e poter attivare percorsi individualizzati in collaborazione con i servizi competenti. Anche durante i Gruppi di discussione, infatti, è stato osservato come l'effettivo accesso alle garanzie previste sia spesso condizionato non solo dal quadro normativo, ma anche dalla disponibilità ed intermediazione dei singoli enti gestori o associazioni, con il rischio di produrre ritardi o esiti diseguali nei percorsi di presa in carico.
- “Collaborazione con specialisti” (ad esempio, professionisti dell'ambito della salute mentale ed equipe mediche); “collaborazione con associazioni ed enti territoriali” (ad esempio, Istituto dei Sordi, organizzazioni a difesa dei diritti delle persone con disabilità ecc.).
- La maggior parte delle realtà intervistate (11 su 15) prevedono l'elaborazione di un “progetto individuale”. In altri enti, invece, tale prassi non è prevista per motivi legati all'età adulta del beneficiario,

all'assenza di informazioni e dei documenti necessari o perché si prediligono percorsi informali. Durante la progettazione individuale gli/le intervistati/e hanno rimarcato l'importanza di condividere la pianificazione con gli/le utenti, accompagnandoli/e nella comprensione delle procedure e nella conoscenza della rete territoriale e dei riferimenti sanitari, al fine di incoraggiarne l'autodeterminazione. Alcune associazioni prevedono dei momenti di aggiornamento periodici con i/le beneficiari/e al fine di monitorare l'andamento dei singoli percorsi e far emergere bisogni e criticità.

Le dinamiche riportate mostrano come i processi di accoglienza operino all'interno di un campo burocratico (C) in cui canali differenti (MC → *meccanismi di contesto*) e attori eterogenei (A → *agency*) concorrono a definire la stessa concezione di disabilità (O), attraverso dispositivi di valutazione e riconoscimento selettivi (M). Ciò risulta particolarmente evidente nelle pratiche di individuazione basate sulla visibilità dell'impairment, che tendono a trascurare condizioni meno evidenti e a riprodurre una definizione ristretta e medicalizzata della disabilità, escludendo situazioni che non rientrano nei parametri istituzionali (O).

Parallelamente, i processi di identificazione spesso si basano implicitamente sulla capacità dei/delle utenti di auto-narrare la propria condizione (A), utilizzando categorie amministrative predefinite (MC). In questo processo vengono raramente considerate le differenze culturali, le competenze linguistiche e le diverse modalità di rappresentare ed esperire la disabilità (M), con l'effetto (O) di escludere chi non dispone degli strumenti e dei capitali necessari per tradurre la propria esperienza in linguaggi considerati validi e legittimi.

Un ulteriore elemento rilevante riguarda la centralità dell'intermediazione: in un contesto (C) caratterizzato da frammentazione organizzativa e scarsità di risorse, l'accessibilità (O) non si configura come una garanzia strutturale, ma come esito contingente dell'azione (A) di supporto svolta da operatori e operatrici, associazioni e reti territoriali, in relazione alle possibilità materiali e alle competenze disponibili nei singoli contesti.

4.1.5 Le strutture

La situazione dei centri e dei percorsi di accoglienza risulta profondamente eterogenea e segnata da rilevanti criticità. Come ha osservato un sindacalista, la gestione dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) non è uniforme:

La situazione dei CAS è difficile. Alcuni hanno una storia rispetto a un’etica dell’accoglienza di un certo tipo, quindi garantiscono molti servizi anche con risorse proprie. Altri CAS si attengono strettamente al capitolato – e a volte nemmeno – senza curarsi delle tappe che devono seguire obbligatoriamente per far accedere ai diritti.

(GD1, 2024)

Un aspetto cruciale emerso durante i Gruppi di discussione, riguarda l’accessibilità delle strutture. Dalle testimonianze si rileva un problema diffuso e strutturale: molti centri non sono adeguatamente attrezzati per ospitare persone con disabilità che necessitano ausili o supporti specifici. Il rappresentante di un’associazione per i diritti delle persone con disabilità, a tal proposito, ha sottolineato come l’accessibilità non rientri tra i requisiti obbligatori per l’accreditamento delle strutture di accoglienza: “quindi per il Comune una persona o è straniera o è disabile, ma non entrambe le cose” (GD1, 2024). L’approccio istituzionale riflette una logica settoriale o “satellitare”, che considera separatamente la condizione migratoria e la disabilità. Tale impostazione produce letture riduttive delle esperienze sociali e non consente di rispondere in modo organico a bisogni che si collocano all’incrocio tra più dimensioni. Al contrario, un approccio realmente intersezionale, capace di coniugare disabilità e background migratorio insieme ad altri fattori – come le condizioni economiche, sociali e familiari – permetterebbe di superare le impasse amministrative e di costruire risposte più adeguate.

Le medesime criticità sono state ribadite dalla referente di un’organizzazione internazionale per i diritti delle persone rifugiate, che ha affermato:

Purtroppo è abbastanza vero: poche strutture sono organizzate per accogliere persone con disabilità. È un grosso problema dal primo inserimento – dalla

prima accoglienza – al sistema SAI. È un punto su cui lavorare e sensibilizzare, abbiamo iniziato a farlo ma siamo all’inizio.

(GD1, 2024)

La partecipante ha inoltre citato il *Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e accoglienza*, elaborato in collaborazione con il Ministero dell’Interno (2023) (cap. 1.8.1). Secondo quanto riferito, inoltre, la città di Milano risulta tra le aree selezionate per la sperimentazione delle linee guida.

Le tensioni che attraversano l’organizzazione dei servizi, il coordinamento tra i diversi livelli istituzionali e le varie figure competenti, emergono con particolare chiarezza nella testimonianza di una partecipante impegnata nella gestione di CAS in accoglienza diffusa. L’operatrice ha spiegato che le Prefetture richiedono frequentemente l’inserimento di persone con disabilità fisiche o psichiche, senza verificare che gli appartamenti disponibili siano effettivamente attrezzati e accessibili. In alcuni casi gli enti gestori provvedono a realizzare degli adattamenti minimi come l’assegnazione di alloggi al piano terra o l’installazione di rampe di accesso; tuttavia tali interventi non eliminano le difficoltà quotidiane legate alla mobilità e all’autonomia dei soggetti accolti. Questa situazione è stata confermata da diversi operatori e operatrici, che hanno segnalato, ad esempio, la presenza di plessi con bagni non conformi alle norme di accessibilità: “Non è previsto dalla normativa. Dipende dalla struttura. Alcuni CAS sono unità abitative. Nei centri i bagni non sono assolutamente differenziati” (GD1, 2024).

In seguito, la partecipante ha riportato la situazione critica vissuta dalle persone sorde, che spesso sperimentano condizioni di isolamento totale a causa dell’assenza di personale in grado di comunicare nella lingua dei segni, italiana o internazionale. Come ha spiegato: “quello che spesso facciamo come strategia è fare un appartamento unico di persone *sordomute che in qualche modo riescano fra di loro a instaurare una sorta di comunicazione” (GD, 2024). Parallelamente, è stato attivato un supporto periodico da parte di un’associazione esterna, che mette a disposizione un interprete LIS per riunioni e colloqui individuali.

Queste dichiarazioni mettono in luce la distribuzione differenziale delle responsabilità e delle competenze tra i diversi attori coinvolti e le contraddizioni che attraversano il campo burocratico. Da un lato, le Prefetture e i capitolati di appalto applicano criteri uniformi, disponendo l'inserimento nei CAS delle persone richiedenti asilo, anche disabili, senza considerare le condizioni materiali e i servizi effettivamente disponibili. Dall'altro, gli operatori e le operatrici, chiamati a gestire tali situazioni con risorse limitate, ricorrono a forme di organizzazione discrezionale (Lipsky, 2010). Questi meccanismi producono esiti diretti sui destinatari dell'accoglienza, incidendo sulla qualità delle risposte e sull'effettivo esercizio dei diritti.

La situazione descritta dall'operatrice appare particolarmente problematica: la normativa italiana – in particolare il D.Lgs. 142/2015 – prevede l'individuazione tempestiva delle esigenze particolari e l'attivazione di misure assistenziali adeguate in tutte le fasi dell'accoglienza. Nel concreto, tali interventi dovrebbero tradursi in adattamenti operativi come la garanzia di accesso all'informazione e alla comunicazione, la disponibilità continuativa di interpreti, la formazione specifica del personale. L'assenza di operatori e operatrici in grado di comunicare con LIS costituisce una barriera significativa che incide sulla vita quotidiana delle persone accolte: una copertura solo periodica produce un'accessibilità intermittente e dunque insufficiente. Inoltre, la separazione e la collocazione delle persone con disabilità in base alla tipologia di impairment – in assenza di sostegni personalizzati e di una scelta libera e informata, al fine di “compensare” le carenze del servizio – configura un serio rischio di segregazione, in aperta contraddizione con i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) e con le linee guida internazionali sulla de-istituzionalizzazione. Il General Comment n. 5 chiarisce, infatti, che pratiche segreganti possono riprodursi anche in piccoli contesti abitativi quando gli ambienti sono organizzati per categorie diagnostiche o impairment e i supporti disponibili sono standardizzati anziché individualizzati.

Nel corso della discussione l'operatrice ha specificato che, quando le Prefetture richiedono l'inserimento di persone con *impairment* di tipo motorio, l'accoglienza viene valutata caso per caso e accettata solo se la persona è in grado di mantenere un certo livello di autonomia:

Noi accettiamo solo se la persona riesce minimamente a gestire da sola la quotidianità perché nei centri non c'è l'obbligo per avere il bagno disabili, negli appartamenti ancora meno perché sono ad uso abitativo, però dobbiamo poi poter permettere alla persona di vivere dignitosamente.

(GD1, 2024)

La partecipante ha spiegato che aspetti come la possibilità di uscire autonomamente, fare la spesa o trasportare una cassa d'acqua diventano criteri determinanti di valutazione nell'accettazione delle richieste di accoglienza. La carenza di risorse, strutture accessibili e personale adeguatamente formato si traduce in una logica selettiva che ammette soltanto coloro che risultano sufficientemente autonomi, escludendo – paradossalmente – proprio chi necessita maggiormente di sostegni.

L'esclusione implicita dei casi più complessi, dunque, diviene una forma di adattamento organizzativo. In questa dinamica non è il sistema di accoglienza a farsi carico degli adeguamenti necessari, ma è il singolo a essere valutato come non idoneo.

Un altro operatore ha spiegato che nei CAS solitamente non è prevista alcuna selezione preliminare: “Noi accogliamo tutti, non c'è nessun filtro. Le necessità personali vengono individuate successivamente” (GD1, 2024). Eventuali trasferimenti vengono disposti solo in un secondo momento, sulla base di esigenze specifiche. Nel SAI, invece, esistono moduli dedicati alle persone “vulnerabili” (DMDS - disagio mentale e sanitario), nei quali operano figure professionali specifiche, come infermieri e operatori socio-sanitari. Alcuni di questi centri, secondo la definizione di un partecipante, sono “quasi strutture sanitarie” (GD1, 2024). Le Linee guida SAI (D.M. 10 agosto 2016) richiedono équipe multidisciplinari, mediazione linguistico-culturale e una presa in carico mirata delle persone con disabilità o altre vulnerabilità, in raccordo con i servizi territoriali pubblici (sanitari, sociali, educativi, lavorativi). Nella prassi, tuttavia, dalle testimonianze emerge che – soprattutto nei progetti DMDS – il collegamento prevalente resta quello con i servizi sanitari, mentre la collaborazione con l'area sociale si rivela più discontinua e fortemente variabile a seconda del contesto territoriale.

Gli operatori hanno inoltre osservato – in linea con i dati disponibili – che i posti riservati alle persone considerate vulnerabili risultano estremamente limitati a livello nazionale. Un referente del servizio immigrazione ha sottolineato come, sebbene l'accoglienza costituisca formalmente un diritto, tali percorsi presentino gravi criticità: nella Città metropolitana di Milano, ad esempio, i posti SAI disponibili sono insufficienti rispetto alle richieste; diversi bandi per l'attivazione di nuovi progetti CAS/SAI sono andati deserti e molti posti non vengono effettivamente attivati. Questa situazione mantiene i richiedenti in una condizione di sospensione e precarietà: “mancando l'accoglienza la persona fa richiesta di asilo ma è in balia” (GD1, 2024).

Nel corso del dibattito un partecipante con background migratorio e con un impairment visivo, ha riportato la propria esperienza. Dopo le difficoltà iniziali legate ai tempi di attesa e all'iter di regolarizzazione, l'ufficio immigrazione ha disposto il suo inserimento in una struttura di accoglienza. Nel centro, “i lavoratori e il capo sono stati molto gentili, volevano aiutarmi” (GD1, 2024). Tuttavia, nonostante l'atteggiamento disponibile del personale:

In questo centro non ci sono persone che seguono persone con disabilità, non c'erano punti di riferimento. In questo centro i primi giorni non posso muovermi, per esempio andare a mensa, uscire dalla camera, prendere il sole, non potevo. Non c'era nessuno che poteva accompagnarmi. Mi lasciavano lì da solo.

(GD1, 2024)

La mancanza di una valutazione individuale e di supporti personalizzati, ha prodotto una condizione di isolamento forzato, negando l'accesso a spazi e servizi e generando, di fatto, uno stato di segregazione. Nella prosecuzione del racconto, il partecipante ha riferito di aver conosciuto alcune persone provenienti dallo stesso Paese d'origine, con le quali ha stretto rapporti di amicizia e da cui ha ricevuto sostegno: ciò ribadisce l'importanza delle reti informali come risorsa di supporto quotidiano; tuttavia, tali aiuti non possono sostituire le carenze del sistema istituzionale, come sottolineato: “Tutti i miei amici andavano a scuola a imparare l'italiano e io no, perché non avevo l'accompagnamento” (GD1, 2024).

Gli interventi dei/delle partecipanti restituiscono un quadro attraversato da profonde criticità. Anche in questa fase dell'accoglienza emerge un'impostazione “satellitare” (C): una netta separazione tra gli ambiti dell'accoglienza e della disabilità, che operano come compartimenti stagni (M) e impediscono di cogliere in modo complessivo le esperienze sociali dei soggetti e le loro esigenze (O). Questa frammentazione mette in evidenza la necessità di adottare cornici interpretative più articolate e letture multilivello, capaci di inquadrare gli esiti generati dall'intreccio di molteplici fattori sociali. Il D.Lgs. 142/2015 e il *Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e accoglienza* (Ministero dell'Interno, 2023), si inseriscono nel tentativo di ampliare la lettura delle condizioni sociali e riconoscere la pluralità dei bisogni. Tuttavia, nella pratica, pur prevedendo adattamenti e misure specifiche, la loro applicazione (M) resta spesso limitata a causa della scarsità di risorse, dell'assenza di personale formato e della frammentazione dei livelli di intervento (C). Tali carenze possono avere conseguenze rilevanti (O): dall'esclusione dai servizi, fino a vere e proprie condizioni isolamento forzato.

Quando il riconoscimento della “vulnerabilità” o delle “esigenze particolari” avviene, esso tende comunque ad essere ricondotto a un modello medico-assistenziale (MC): le persone vengono inserite nei moduli DM/DS, caratterizzati da un collegamento prevalente con l'ambito sanitario e da una collaborazione discontinua con le aree sociali. In tal modo, le condizioni di vulnerabilità vengono interpretate in chiave clinico-diagnostica, rafforzando un paradigma medicalizzato della disabilità (O). Dalle diverse voci raccolte emerge, inoltre, una concezione ampia e relazionale di accessibilità, che non si esaurisce nel superamento delle barriere architettoniche, ma comprende dimensioni organizzative e relazionali, come la presenza di servizi di accompagnamento, l'assistenza personale e l'attivazione di sostegni individualizzati. Questa prospettiva impone un ripensamento complessivo dei modelli organizzativi e la revisione di standard normativi che, ad oggi, risultano ancora centrati su logiche di tipo settoriale e prestazionale.

4.2 Certificazione della disabilità

Una questione centrale emersa durante gli incontri riguarda le difficoltà di accesso ai percorsi di riconoscimento ufficiale della condizione di disabilità, sia in termini di accertamento ai sensi della L. 104/1992, sia di invalidità civile. Entrambe le certificazioni costituiscono soglie di accesso a diritti e benefici, ma seguono iter differenti: la prima riguarda il riconoscimento di bisogni di sostegno e inclusione, la seconda dà accesso a prestazioni economiche.

Durante il Gruppo di discussione dedicato al tema dell'accoglienza, un partecipante impegnato in progetti di *housing* rivolti a persone in emergenza abitativa, ha evidenziato come nel loro servizio siano presenti “tantissime persone con disabilità non certificate” (GD1, 2024). Si tratta, a suo avviso, di una problematica significativa poiché “se non si ha una certificazione, l'accesso a tantissimi servizi e a molte misure di sostegno economico è negato” (GD1, 2024). Lo stesso operatore ha aggiunto che molte persone “non hanno gli strumenti per comprendere che essere agganciati a un servizio per la salute mentale o fisica potrebbe essere molto utile per il loro benessere” (GD1, 2024), sottolineando l'importanza della mediazione e dell'accompagnamento verso i servizi competenti.

Questo scenario trova conferma nelle parole di un'operatrice, che ha osservato come il profilo della popolazione senza fissa dimora stia cambiando: “Fino ad adesso la persona senza dimora cronica media era un uomo cis bianco sui 50 anni. È una popolazione che sta cambiando a causa di fattori istituzionali” (GD1, 2024). Secondo la sua esperienza, oggi la composizione è più giovane e comprende molte persone, anche provenienti dai CPR, luoghi “che non hanno niente di umano e che non aiutano la salute fisica e mentale delle persone” (1.8.4). Una volta usciti da tali contesti, molti si trovano in condizioni gravissime, privi di cure adeguate e costretti a vivere in strada, con un aggravamento ulteriore della propria situazione personale e sociale; tuttavia, come evidenziato: “non avendo una certificazione di una patologia o di una disabilità non si può rientrare in nessun circuito di aiuto” (GD1, 2024), restando di fatto esclusi dai principali canali strutturati di sostegno.

Un partecipante con esperienza diretta di disabilità e di migrazione ha messo in luce un nodo critico: “se non hai il permesso di soggiorno non puoi assolutamente avere il certificato di invalidità” (GD, 2024). Questa osservazione mostra come

l'accesso alle prestazioni di invalidità sia a sua volta vincolato dallo status giuridico, poiché la normativa riconosce tali prestazioni solo alle persone in possesso di un permesso di soggiorno di durata almeno annuale. Secondo il referente dell'area migrazione di Caritas, è particolarmente complesso coordinare i diversi piani istituzionali coinvolti: il quadro normativo e legislativo, le strutture ospedaliere, i servizi di inclusione sociale e quelli dell'amministrazione locale. Si tratta di livelli concatenati che, tuttavia, richiedono una conoscenza approfondita delle procedure e una forte capacità di orientamento. A tal proposito, anche durante il Living Lab dedicato ai Diritti esigibili, è stata ribadita l'utilità di creare una mappatura degli iter e dei servizi da coinvolgere (LL1, 2025).

Nel corso della discussione sul rapporto tra certificazione e titoli di soggiorno, un partecipante ha specificato che sul piano giuridico la normativa italiana riconosce il diritto alla salute anche alle persone prive di permesso di soggiorno, tramite il codice STP (cap. 19.1.1). Tuttavia, per ottenere la certificazione di disabilità e per presentare la domanda di invalidità civile è necessario avere un permesso di durata almeno annuale, la residenza anagrafica in Italia⁶⁶ e un certificato redatto da un medico abilitato. Il solo STP non consente di avviare l'iter di invalidità, né di accedere ai correlati benefici economici e sociali. Un richiedente asilo, anche se presente in Italia da anni, può di fatto essere escluso dalla certificazione di invalidità civile rilasciata da INPS e dai relativi benefici, pur avendo diritto all'assistenza sanitaria tramite SSN. In molti casi, infatti, le persone restano a lungo nello status di richiedenti – in attesa di essere convocate dalla Commissione territoriale – con permessi semestrali rinnovati,

⁶⁶ Durante la discussione è stata messa in evidenza la possibilità di presentare la domanda di invalidità civile anche tramite *residenza fittizia*, istituto giuridico che consente alle persone prive di dimora stabile o in condizioni abitative irregolari di ottenere l'iscrizione anagrafica, pur in assenza di un indirizzo "reale". Tale iscrizione costituisce un requisito essenziale per accedere a numerosi diritti – dal rilascio della carta d'identità all'iscrizione al SSN, fino alle certificazioni e prestazioni assistenziali e alla partecipazione alle graduatorie per servizi e alloggi pubblici. Tuttavia, la sua applicazione presenta alcune criticità: a Milano i tempi di rilascio risultano particolarmente lunghi; nei comuni più piccoli spesso mancano indirizzi convenzionali o personale formato per gestire tali richieste, con il risultato che "la persona viene rimbalzata tra gli uffici" (GD1, 2024). Come ha evidenziato una partecipante, queste disomogeneità territoriali ricadono soprattutto chi "non sa la lingua o non conosce le strade per orientarsi" (GD1, 2024).

che non soddisfano i requisiti minimi previsti dalla normativa. È quanto riferito da un'operatrice di un CAS, che ha raccontato la situazione di un ospite sordo presente in Italia da almeno tre anni, non ancora convocato per l'audizione: privo di certificazione, “non ha accesso ad alcuna prestazione e si è dovuto attivare da solo” (GD1, 2024).

L'impossibilità di ottenere la certificazione di invalidità civile e i relativi sostegni economici fa sì che molte persone con disabilità e con status di richiedente asilo restino di fatto vincolate ai centri di accoglienza, i quali finiscono per sostituire – pur senza disporre delle risorse necessarie – funzioni proprie del welfare ordinario. Come esplicitato dalla partecipante: “Ho gente da 8 anni in CAS, forse anche in questo senso ci si ammala qua” (GD 2024). I CAS concepiti come strutture temporanee ed emergenziali in attesa dell'inserimento nel circuito ordinario del SAI, si sono progressivamente trasformati in spazi di permanenza di lungo periodo. In particolare, dopo i Decreti Sicurezza e il Decreto Cutro, i CAS rappresentano oggi la forma prevalente del sistema accoglienza, dove molte persone rimangono per anni in attesa della definizione della domanda d'asilo o dell'esito dei ricorsi giudiziari.

La cronicizzazione dell'attesa, combinata con la precarietà esistenziale e con l'impossibilità di accedere a sostegni economici o a percorsi di cura adeguati, divengono meccanismi di debilitazione (Puar, 2017): uno stato di vulnerabilità prolungata che logora il benessere di specifici gruppi sociali.

Dai questionari analizzati (Q1, Q2) risulta che le principali criticità nell'iter di certificazione derivino da fattori strutturali e organizzativi. In particolare da:

- complessità delle procedure burocratiche, che implicano il coinvolgimento di diverse figure professionali e attori istituzionali (servizi sanitari, commissioni, questure) e che presuppongono la disponibilità di capitali personali, culturali, linguistici e sociali, indispensabili per orientarsi e per intercettare reti di sostegno;
- lunghi tempi di attesa, resi ulteriormente gravosi nei casi di status giuridico precario e dalla mancanza di documentazione sanitaria pregressa o ritenuta idonea all'avvio della pratica.

La certificazione (MC), e dunque la possibilità stessa di tutela, risulta vincolata al soddisfacimento di specifiche soglie amministrative (C) – come il possesso della

residenza o di un titolo di soggiorno valido. L'accesso ai diritti dipende così dall'interazione tra le capacità individuali e relazionali di orientarsi nei meccanismi istituzionali (A) e le opportunità strutturali di riconoscimento e legittimazione formale (MC). Questo assetto produce (O) situazioni di sospensione prolungata, in cui le persone restano prive di tutele in attesa della definizione del proprio status, o, in altri casi, vere e proprie dinamiche di esclusione, che si traducono in invisibilità sociale e marginalizzazione di chi non rientra nei parametri burocratici.

In sintesi, per le persone con disabilità la certificazione si configura come la chiave d'accesso al sistema dei diritti e delle tutele. Come ha osservato il rappresentante di un'associazione per i diritti delle persone con disabilità: “Affinché non esista più nessuna etichetta e per una piena inclusione è prima necessario essere *etichettati* e riconosciuti. Piuttosto è importante considerare i criteri di valutazione” (GD3, 2024). In quest'ottica, il riconoscimento amministrativo assume un valore imprescindibile e si configura come una sorta di “essenzialismo strategico” (Spivak, 1984): far leva sulla differenza diviene un passaggio necessario per divenire visibili e poter accedere a risorse e misure concrete. Questa dinamica rinvia alla relazione strutturale tra riconoscimento e redistribuzione (Fraser & Honneth, 2020): seguendo Fraser, il riconoscimento amministrativo e i processi di definizione istituzionale delle identità sociali – andando oltre il piano meramente simbolico e le derive culturaliste – dovrebbero essere orientati a garantire le condizioni di partecipazione e ad attivare i meccanismi redistributivi, traducendosi così in un effettivo accesso a risorse e diritti. Inoltre, dalla discussione emerge la necessità di forzare i confini definitivi e ampliare i margini del riconoscimento, facendo spazio alle dimensioni sociali, relazionali e culturali della disabilità, così da oltrepassare l'ancoraggio esclusivo alla logica clinico-diagnostica.

4.2.1 La tenacia del modello medico-individuale

Dal quadro delineato emerge con evidenza come la certificazione della disabilità - sia in termini di accertamento ai sensi della L. 104/1992, sia di invalidità civile ai fini economici - assuma un ruolo centrale, configurandosi di fatto come una di chiave d'accesso ai diritti e alle opportunità. Come ha sintetizzato una rappresentante di un'associazione nazionale per i diritti delle persone con disabilità: “I benefici passano

tutti dalla certificazione. Il problema è risolvere l'accesso alla certificazione" (GD 2024).

In Italia l'accesso a misure e prestazioni resta fortemente mediato da certificazioni medico-legali che fondano l'esigibilità dei diritti su una diagnosi clinica e sulla valutazione della "compromissione" funzionale. Sul piano normativo, per l'invalidità civile si quantifica la riduzione della capacità lavorativa o dell'autonomia personale (DM 5/2/1992); secondo la legge 104/1992, invece, alla luce delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 62/2024, la condizione di disabilità è definita nell'interazione con barriere di diversa natura – ambientali, sociali e istituzionali – in coerenza con l'approccio promosso dalla CRPD; l'accertamento avviene tramite una valutazione di base o – quando necessario – tramite una valutazione multidimensionale finalizzata all'elaborazione e all'attuazione del Progetto di Vita individuale. Nella pratica, tuttavia – come emerso trasversalmente durante gli incontri – la concezione prevalente della disabilità resta ancorata a un modello medico-individuale: procedure amministrative e attori coinvolti nel campo burocratico, continuano a reiterare principalmente un approccio basato sul modello medico. Come osserva Marchisio (2024) tale modello si è rivelato nel tempo "straordinariamente tenace" e ad oggi resta il framework entro cui si costruisce e si sviluppa la quasi totalità di politiche e interventi nell'ambito della disabilità.

Durante i Living Labs, nel corso di una discussione dedicata al tema del *passaggio alla maggiore età*, una partecipante ha osservato: "Un tema forte, secondo me, è il fatto che la disabilità venga intesa solo dal punto di vista sanitario e non ci sia un lato anche sociale" (LL, 20245). Un altro operatore ha aggiunto: "Ci siamo resi conto che spesso la disabilità viene intesa solo come condizione medica. Anche come tipo di intervento. Invece, bisognerebbe rafforzare un po' l'ambito sociale, quindi tenere in considerazione questo aspetto in tutti i livelli" (LL, 2025).

Queste osservazioni riflettono una percezione condivisa da molti/e partecipanti e mettono in luce una tensione strutturale che attraversa l'intero sistema di welfare: la mancanza di una prospettiva sociale e di un conseguente investimento nelle dimensioni relazionali, educative e comunitarie. Anche durante l'intervista svolta con la responsabile dell'area di mediazione linguistico-culturale della Cooperativa Crinali è stato sottolineato come l'approccio medico continui a plasmare la definizione e la

percezione della disabilità: l'attenzione rimane centrata sull'*impairment* – inteso come deficit – e quindi “su ciò che la persona *non* può fare, mentre la dimensione sociale potrebbe offrire strumenti più ampi di comprensione e inclusione” (INT_AS_03); nel caso delle famiglie, ad esempio, “sapere che tuo figlio ha una condizione che socialmente può essere gestita in un modo piuttosto che in un altro è fondamentale” (INT_AS_03), poiché la rappresentazione della disabilità incide profondamente sull'esperienza quotidiana e sulla possibilità di costruire narrazioni diverse (cap. 2.3).

L'intervistata ha rimarcato anche la necessità di un cambiamento culturale più ampio, in linea con le istanze del movimento delle persone con disabilità, che parta dal linguaggio e dalle pratiche dei/delle professionisti/e stessi/e. Se il linguaggio rimane ancorato a una logica puramente medicalizzante, esso può generare una sensazione di sicurezza negli operatori: “dà l'idea che puoi continuare a gestire quella cosa in un certo modo” (INT_AS_03), ma al tempo stesso configura “un rapporto di forza” che rischia di consolidare asimmetrie e rappresentazioni riduttive della persona. Al contrario, una prospettiva in grado di riconoscere la dimensione sociale e culturale della disabilità favorisce “processi di accettazione e condivisione, con effetti positivi per l'intera comunità” (INT_AS_03). L'intervistata ha inoltre evidenziato come questo tema assuma maggiore complessità nel caso di famiglie migranti, “perché si parte da rappresentazioni culturali diverse e, non da sottovalutare, da livelli culturali diversi. Bisogna tener conto anche di questo, di quanto ci sia la possibilità di comprendere certe informazioni” (INT_AS_03).

Un aspetto chiave del lavoro di mediazione è quindi costituito dalla capacità di rendere fruibili le informazioni mediche e tecniche: in tal senso l'accessibilità si configura come un processo di trasmissione dei significati, che permette di costruire comprensione reciproca e validazione.

Nel complesso, dalle testimonianze dei/delle partecipanti emerge come l'approccio medico continui a rappresentare un modello egemone e, per molti/e operatori e operatrici, una cornice “rassicurante”. Come sottolinea Marchisio:

il modello medico non ha mai smesso di offrire, nel lavoro quotidiano, semplici direttrici sulla base delle quali costruire e orientare gli interventi: diagnosi e gravità sono concretamente utilizzabili ed è sempre possibile scomporle in

item, *checklist* e categorie interpretative che consentono di passare, senza troppe complicazioni, dall'*assessment*, all'indicazione di "cosa bisogna fare". (Marchisio, 2024)

Questo chiarisce, almeno in parte, la sua persistenza come framework implicito di riferimento. Per scardinare questo paradigma, durante gli incontri è stata più volte sottolineata l'importanza di un investimento formativo mirato, volto a promuovere una riflessione critica sulle routine operative. Infatti – come si cerca di evidenziare in questo lavoro di ricerca – la riproduzione di tale modello avviene attraverso meccanismi impliciti e multilivello, spesso non riconosciuti, che operano nella microfisica delle relazioni quotidiane e nei processi burocratici. Questo aspetto emerge in modo emblematico, ad esempio, in un episodio raccontato da una partecipante durante il *LivingLab2*. Nel corso di un incontro con i docenti, alla domanda su come intendessero spiegare ai compagni di classe la condizione del figlio autistico, le venne risposto: "A dei bambini delle elementari diremo che suo figlio è malato, perché è l'unica cosa che possono capire" (LL, 2025). L'episodio conferma, da un lato, quanto il modello medico-individuale resti profondamente radicato nelle prassi quotidiane e continui a orientare rappresentazioni ed interventi; dall'altro, evidenzia l'urgenza di percorsi formativi capaci di fornire a operatori e operatrici strumenti di comunicazione e di interpretazione non medicalizzanti né stigmatizzanti, in grado di riconoscere la disabilità come condizione sociale.

In sintesi, il contesto istituzionale (C) rimane ancorato a un paradigma medico-individuale, che orienta procedure e pratiche fondate su criteri clinico-diagnostici (MC). Il personale coinvolto a vari livelli nelle politiche e nei servizi – formato e socializzato entro tale cornice – tende, anche inconsapevolmente (A), a replicare e consolidare tale paradigma (M). Ne derivano esiti stigmatizzanti e rappresentazioni parziali, che riducono la disabilità a condizione patologica e ne oscurano le dimensioni sociali, relazionali e culturali (O). Al contrario, dalle voci dei/delle partecipanti emerge come un maggiore investimento economico e formativo sulle dimensioni sociali della disabilità (MP→ *meccanismo di programma*) possa attivare meccanismi trasformativi, capaci di ampliare gli strumenti di lettura e di intervento e di generare innovazione professionale e pratiche di supporto realmente inclusive (O). Tali processi

favorirebbero non solo il benessere individuale, ma anche un riconoscimento collettivo della disabilità come una delle molteplici forme dell'esperienza umana, contribuendo così a una più ampia legittimazione sociale della differenza.

4.3 Architettura satellitare dei servizi

Durante il Living Lab1, un argomento ricorrente riguardava la mancanza di coordinamento tra i servizi, spesso organizzati in modo “satellitare”, ciascuno centrato su una categoria specifica: minori, persone migranti, persone con disabilità. Come sintetizzato da un partecipante: “Non ci sono gli strumenti, ci si passa la palla tra associazioni ed enti” (LL, 2025).

Questo tema è emerso anche durante l'intervista con la referente del Progetto Prisma, secondo la quale, il sistema di welfare italiano si è storicamente strutturato secondo un modello specialistico a compartimenti separati; oggi, invece, la crescente diversificazione e complessità dell'utenza mettono in crisi gli schemi professionali costruiti su classificazioni rigide:

Noi arriviamo da un sistema di welfare, parlo di Torino ma penso che sia così ovunque, in cui gli operatori si formavano molto bene su una cosa: l'educatore specializzato sulle tossicodipendenze, l'educatore specializzato sulle marginalità sociali. È mancato lo step successivo. Le persone sono diventate portatrici di istanze più complesse, non è solo la disabilità. Negli anni '80 immagino non ci fosse una persona disabile somala a Torino, lo escluderei. La formazione degli operatori non ha seguito il passo dei cambiamenti sociali.

(INT_AS_04).

Tale disallineamento ha rafforzato una frammentazione istituzionale che si traduce in ritardi, interruzioni e sovrapposizioni nei percorsi di presa in carico, con effetti particolarmente penalizzanti per chi si colloca all'intersezione di più dimensioni sociali e deve attraversare compartimenti amministrativi distinti. Questo modello settoriale caratterizza un campo burocratico in cui ciascun attore istituzionale tende a ribadire e difendere il proprio punto di vista (cap.2.7). Come è stato osservato durante

la discussione: “Ognuno racconta quello che fa, ma spesso non è utile. Le competenze non vengono inter-scambiate” (LL, 2025).

Questa dinamica si iscrive in un sistema multi-livello in cui normative, decisioni istituzionali e pratiche operative si influenzano reciprocamente e in cui ciascun piano contribuisce a determinare l’esito complessivo delle politiche. Tale intreccio è emerso con particolare evidenza durante una fase dei Living Labs in cui si discuteva circa l’individuazione dei destinatari di ipotetici interventi progettuali. I/le partecipanti hanno riconosciuto la presenza di diversi piani decisionali, ai cui estremi si collocano due poli strategici, analogamente rilevanti: da un lato, la Regione Lombardia, considerata interlocutore politico chiave nella definizione delle linee di indirizzo, dei quadri regolativi e dei criteri di accesso alle risorse; dall’altro, i servizi pubblici locali, in quanto spazi di attuazione quotidiana delle politiche, chiamati a tradurre le direttive in pratiche concrete attraverso margini di discrezionalità. Come riconosciuto dai/dalle partecipanti, è proprio nelle interazioni – *street-level* (Lipsky, 2010) – tra operatori/operatrici e utenti che le politiche “prendono forma” e finiscono per stabilizzarsi, producendo effetti tangibili sulla vita delle persone.

Le tensioni che attraversano questi livelli – normative, decisioni istituzionali e prassi operative – e la loro impostazione settoriale, trovano conferma anche nei risultati del questionario: la maggioranza degli/delle operatori e operatrici intervistati/e dichiara di conoscere i diritti relativi a sanità, educazione, casa, lavoro e protezione, sia per le persone con disabilità sia per le persone migranti presenti in Italia. Tuttavia, quando l’indagine si concentra sulla conoscenza dei diritti delle persone che si collocano all’intersezione tra disabilità e background migratorio, la maggior parte dei/delle rispondenti ammette di possedere solo una conoscenza “parziale” (Q2).

La tendenza a operare in modo settoriale, secondo logiche di separazione non solo tra ambiti amministrativi ma anche tra categorie sociali e interpretative, è emersa in modo significativo durante il Living Lab2. Alcuni/e partecipanti hanno sostenuto la necessità di affermare con chiarezza un principio di riconoscimento: le persone migranti con disabilità non dovrebbero essere considerate in primo luogo come “straniere”, ma come “disabili” e dunque titolari dei diritti previsti dalla normativa italiana. In altri termini, la disabilità dovrebbe prevalere come criterio di accesso ai

diritti e ai servizi, evitando che lo status giuridico o la mancanza di documenti diventino ostacoli all'attivazione delle tutele.

Questo passaggio sollecita almeno due riflessioni. In primo luogo, ripropone una logica “satellitare” che tende a separare le categorie: *o* si è migranti *o* si è persone con disabilità. Tra operatori e operatrici emerge infatti la difficoltà ad adottare uno sguardo realmente intersezionale, capace di tenere insieme simultaneamente le diverse condizioni sociali. Rivendicare diritti in quanto persone *sia* migranti *sia* con disabilità, invece, significa riconoscere che è proprio l'intersezione a generare bisogni peculiari e a richiedere misure mirate e integrate. In secondo luogo, va ricordato che la condizione di “vulnerabilità” è già formalmente riconosciuta dal quadro normativo italiano ed europeo, che include esplicitamente le persone con disabilità tra i soggetti “vulnerabili” destinatari di tutela ai fini della presa in carico e dell'accoglienza (cap. 1.8). Tuttavia tale riconoscimento rimane spesso sul piano formale: manca un raccordo operativo capace di tradursi in procedure concrete e tempestive. In assenza di un coordinamento strutturato, gli iter medico-legali e amministrativi si rivelano lunghi e frammentati, rallentando l'accesso effettivo alle opportunità.

Come osservato da una partecipante, sarebbe necessaria “una cartina che ci permetta di fare un percorso dal mondo della disabilità al mondo della migrazione e viceversa. Come mi devo muovere se mi trovo in una data situazione? Qual è il percorso?” (LL, 2025)⁶⁷.

Gli/le stessi/e partecipanti hanno evidenziato che, per superare tale impasse, sarebbe opportuno promuovere la costituzione di vere e proprie “comunità di pratiche”, in grado di offrire spazi di apprendimento reciproco e riflessivo. Queste comunità dovrebbero fondarsi su alcuni elementi chiave: il lavoro su casi reali e irrisolti, la costruzione di procedure condivise che riducano la dipendenza

⁶⁷ Si segnala il recente progetto NABILA, un help desk nazionale gratuito rivolto a persone migranti con disabilità o altre condizioni di vulnerabilità. Attraverso il numero verde 800 999 977, il servizio offre ascolto e supporto da remoto, orientamento ai servizi territoriali (anche tramite la piattaforma JUMA MAP), mediazione linguistica e, quando necessario, appuntamenti in presenza presso l'Ufficio Immigrazione di ARCI Nazionale. L'iniziativa si fonda sull'idea di vulnerabilità come processo dinamico, e punta a ridurla attraverso l'accesso a risorse adeguate, il supporto sociale e il rafforzamento delle competenze individuali. Cfr. <https://www.arci.it/campagna/nabila/>.

dall'interpretazione individuale, l'utilizzo di strumenti operativi (come canali diretti di comunicazione o linee guida) e la condivisione dei fallimenti, intesi come occasioni di revisione critica e riprogettazione dei percorsi. Un simile approccio richiama l'idea di un apprendimento riflessivo collettivo, in cui è proprio il caso “complesso” a mettere in discussione le rivalità professionali e ad aprire lo spazio a soluzioni nuove, più integrate e cooperative. In quest'ottica, un modo per limitare la discrezionalità individuale (O) derivante dalla mancanza di strumenti, formazione o risorse (C), sarebbe l'adozione di procedure condivise, costruite attraverso gruppi di confronto su pratiche e casi reali (MP).

Dall'intervista con la referente del Progetto Prisma (Torino) è emerso un esempio concreto di coordinamento intersettoriale. A differenza delle aree disabili dei singoli distretti sociali, legate a un territorio specifico ed erogatrici dirette di prestazioni, Prisma si configura come servizio “sovra-zonale”, con competenza sull'intera città e una funzione prevalentemente di supporto, progettazione e coordinamento. Il servizio si interfaccia sia con le aree disabili dei distretti sociali, sia con altri servizi centrali, come il Servizio Stranieri, i Servizi per adulti in difficoltà e il Centro anti-violenza. “Questa impostazione favorisce il coordinamento tra i diversi ambiti, permettendo di integrare competenze e risorse. Siamo riconosciuti dal Comune come punto di competenza su questi temi, e per questo veniamo regolarmente coinvolti e consultati da colleghi e colleghe” (INT_AS_04).

4.3.1 “Dover richiedere”: asimmetrie informative e accesso ai servizi

Durante gli incontri, diversi/e partecipanti con esperienza diretta di disabilità e con un background migratorio hanno riconosciuto che in Italia “ci sono molte buone cose per le persone con disabilità” (GD5, 2024), ma – al contempo – hanno espresso la loro difficoltà di orientamento nel mondo dei servizi. Un partecipante ha raccontato, ad esempio, che un'associazione lo ha supportato nel percorso di ricongiungimento familiare, permettendo alla moglie di arrivare in Italia, tuttavia “nessuno ci ha indicato cosa fare dopo” (GD5, 2024). La stessa sensazione di spaesamento è stata espressa da un altro partecipante:

Alcuni disabili si sentono davvero in difficoltà ma non sanno dove andare, oppure se vanno da una parte magari gli dicono che non si occupano di quel tipo di disabilità. Come si può avere qualcosa di più facile per i disabili? (GD5, 2024).

Queste testimonianze evidenziano come l'accesso ai servizi sia spesso compromesso da una mancanza di informazioni chiare e fruibili. In molti casi non conoscere l'esistenza di determinate misure o prestazioni equivale di fatto ad esserne esclusi.

Un giovane intervistato ha riportato l'esempio di un amico, in Italia da diversi anni, i cui genitori – con scarse competenze linguistiche e digitali – non erano a conoscenza di alcune misure disponibili: il ragazzo aveva infatti iniziato da poco a utilizzare la ventilazione notturna e in Lombardia avrebbe potuto accedere a un contributo economico. Come ha osservato l'intervistato: “Si tratta di una cifra importante, perché ti aiuta a essere indipendente nella vita, ad esempio a prendere un assistente”; tuttavia, né il ragazzo né i genitori erano informati di questa opportunità.

Gliel'ho detto io. Secondo me questa è una grave mancanza, perché gli stavano precludendo l'accesso a una misura di cui aveva bisogno. È come se gli dicessero: “Tu te la cavi, arrangiati!” Ma se sei un po' indietro, ti lasciano allo sbaraglio. E questo è un peccato, un grande peccato.

(INT_EXP_03)

L'assenza di canali informativi accessibili compromette non solo la possibilità di usufruire delle risorse disponibili, ma anche l'esercizio stesso dei diritti, traducendosi in disuguaglianze strutturali nell'effettiva fruizione del welfare. Come ha sintetizzato il rappresentante di un'associazione per i diritti delle persone con disabilità:

Il nostro sistema di welfare per le persone con disabilità, per quanto sia tra quelli considerati avanzati, è comunque sotto-finanziato, frammentato e burocratico. È un sistema che si basa sul fatto che uno chieda, non ti viene incontro. È un sistema che prevede il fatto che le persone con disabilità abbiano una famiglia che ti porti da qualche parte, ti sostenga e porti avanti le tue cose.

Basta che uno di questi pezzi non c'è o non funziona e uno rimane completamente tagliato fuori.

(GD4, 2024).

Questo sistema basato sulla “richiesta” (cap. 2.7) è stato descritto in modo analogo nel corso di un'intervista svolta con una persona con background migratorio e con esperienza diretta di disabilità. Appena arrivata in Italia, la sua famiglia ha dovuto insistere con determinazione per ottenere ascolto e riconoscimento da parte delle istituzioni:

Mia madre è una donna con un carattere forte, che ha sempre “rotto i coglioni” a tutti, e questo l'ha aiutata: perché se tu non sei una persona insistente, “fastidiosa” nel senso buono – una che chiama, che sta dietro – ti lasciano allo sbaraglio, specialmente se non sai la lingua. Se tu sai come importi, ti fai rispettare. Ma se non sai difenderti, vieni lasciato un po' alla deriva. E questo non riguarda solo gli stranieri, ma anche la disabilità in generale.

(INT_EXP_03)

La testimonianza evidenzia come l'accesso ai servizi richieda l'attivazione di diverse risorse personali: perseveranza, familiarità con le procedure e competenze comunicative efficaci. In altri termini, l'esigibilità dei diritti dipende – oltre che dalle normative – dalla capacità di mobilitare capitali individuali e relazionali all'interno del campo burocratico. Inoltre, una lavoratrice di un CAS ha osservato che accedere ai servizi “con l'etichetta di persona non italiana o richiedente asilo non è lo stesso che per una persona italiana” (GD1, 2024), evidenziando come fattori giuridici, linguistici e simbolici concorrano a determinare forme di svantaggio sociale. A tal proposito, un giovane intervistato ha sottolineato come le persone che non conoscono la lingua vengano spesso trattate con diffidenza o in maniera svalutante. A suo avviso:

l'Italia non è un Paese razzista, però molte volte gli enti pubblici lo sono. Lo sono in maniera velata, ma lo sono. Si percepisce quel fastidio nell'aria, lo noti se ci fai caso. Non è un razzismo violento. Io lo definisco un razzismo velato.

(INT_EXP_03).

Pur non avendo sperimentato personalmente episodi di discriminazione – “sembro italiano, parlo bene l’italiano, la mia famiglia lo parla perfettamente e ci confondono per italiani” (INT_EXP_03) – ha descritto con chiarezza il peso che il linguaggio esercita nelle interazioni istituzionali, dove la padronanza del registro ufficiale diventa un codice culturale e linguistico fondamentale per essere riconosciuti come interlocutori legittimi:

Quando ti parlano, spesso usano un italiano di livello alto, con parole ricercate che magari molte persone straniere non conoscono. La parte burocratica è difficile anche per chi conosce l’italiano, quindi una persona che non conosce la lingua immagino che faccia veramente difficoltà.

(INT_EXP_03)

In altre parole, il rapporto con i servizi è spesso condizionato dalla capacità dell’utenza di tradurre le proprie esigenze in categorie burocratiche o in un linguaggio istituzionale riconosciuto come legittimo. Tale requisito si rivela particolarmente oneroso per chi non dispone delle risorse linguistiche, culturali o relazionali richieste, con il rischio di essere escluso o marginalizzato nei percorsi di accesso.

Come ha osservato la referente di un’organizzazione internazionale per i diritti delle persone rifugiate: “una persona che non è accompagnata, senza mediazione rischia di perdersi in tutte le pratiche” (GD1, 2024). A tal proposito, i/le partecipanti dei Gruppi di discussione hanno più volte sottolineato l’importanza della mediazione linguistico-culturale, come pratica strutturata e stabile all’interno dei servizi. Nei fatti, tuttavia, la presenza di tale servizio non è sempre garantita e viene spesso supplita dalle associazioni e dalle reti informali. Come ha specificato il referente di un’associazione di persone con disabilità: “Spesso siamo noi a interfacciarci con i centri, ma il tema dell’integrazione linguistica, a volte anche per noi è complesso” (GD1, 2024).

L’assenza di un adeguato supporto linguistico-culturale può avere conseguenze rilevanti: oltre ad impedire l’accesso a prestazioni e diritti formalmente garantiti, può

incidere sulla comprensione delle proprie condizioni di salute e dei percorsi di cura da intraprendere. Durante il Gruppo di discussione svolto con le persone con esperienze dirette, un partecipante ha raccontato di aver lavorato come mediatore e di aver osservato che, in mancanza di questo servizio, molte persone “rimangono completamente al buio rispetto alla propria malattia” (GD5, 2024), non comprendendo le spiegazioni dei medici o le istruzioni relative alle terapie, ai farmaci e ai controlli successivi, con il rischio di peggiorare la propria condizione. Queste riflessioni sono state condivise anche da un’operatrice che ha svolto la funzione di facilitazione comunicativa per alcuni partecipanti:

Le persone che sono con me in questo momento hanno visto cosa significa andare in ospedale e non avere la mediazione di qualcuno che ti spiega che cosa è successo dal punto di vista sanitario e quali saranno le conseguenze. È una parte importantissima.

(GD5, 2024)

L’impatto delle barriere linguistiche è stato in seguito sottolineato da un altro partecipante, che ha affermato:

Secondo me una persona migrante che non capisce l’italiano è in una situazione di disabilità linguistica – di comunicazione – temporanea, ma che può diventare permanente se non impara mai l’italiano. Io credo che anche quello è un problema. È aggiungere una disabilità. Per esempio nel mio caso io sono portatore di una disabilità permanente che non cambierà mai, se io non avessi imparato l’italiano sicuramente avrei avuto il doppio o il triplo dei problemi.

(GD5, 2024)

Secondo la presidente e responsabile dell’area di mediazione linguistica della Cooperativa Crinali, la lingua non è soltanto il mezzo attraverso cui ci si esprime, ma anche il codice culturale attraverso cui si rappresenta il mondo. “Poter parlare nella propria lingua di ciò che accade, all’interno delle rappresentazioni che essa veicola, è qualcosa di profondamente diverso rispetto all’utilizzare codici linguistici e simbolici

che non rispecchiano il proprio sistema di significati” (INT_AS_03). L'intervistata ha sottolineato come, nel lavoro quotidiano, la traduzione letterale non sia sufficiente: “Posso tradurre la parola autismo, ma qual è la rappresentazione che tu hai di quella condizione? Nel tuo Paese come viene percepita?” (INT_AS_03). Anche le scelte terminologiche non sono neutre:

Parlare di “disturbo” oppure dire a un genitore: “tuo figlio vive una condizione che si chiama autismo e rientra nella neurodivergenza, cioè nel funzionamento di un cervello che opera in un modo piuttosto che in un altro”, produce un effetto completamente diverso.

(INT_AS_03)

La mediatrice ha inoltre messo in rilievo una dimensione dell'accessibilità comunicativa spesso invisibile: il riconoscimento dei tempi soggettivi di elaborazione come parte integrante dei processi di cura e di presa in carico. Non è sufficiente che la traduzione sia corretta o che il messaggio sia compreso sul piano razionale, poiché “il tempo necessario per elaborare è diverso dalla comprensione cognitiva del momento” (INT_AS_03). In questo senso, la mediatrice ha evidenziato l'importanza di rispettare i tempi di accettazione e rielaborazione di una diagnosi, o delle indicazioni fornite dai servizi.

In definitiva, il quadro delineato – come evidenziato anche nei paragrafi precedenti – mostra come la possibilità di esercitare i propri diritti (O) rappresenti l'esito dell'interazione tra meccanismi di contesto (MC), quali le normative e le procedure burocratiche, e la capacità di attivare e mettere in relazione risorse individuali e sociali (A). In tale prospettiva, la presenza strutturale di servizi di mediazione linguistica e culturale (MP) può favorire una maggiore accessibilità, una comprensione più profonda dei significati e, in alcuni casi, contribuire a una migliore consapevolezza della propria condizione di salute e dei percorsi di cura disponibili (O).

4.3.2 Bias istituzionali e forme intersezionali di discriminazione

Dalle testimonianze raccolte è emerso che, in alcuni casi, operatori e operatrici manifestano atteggiamenti di chiusura e ostilità. Tali dinamiche sembrano legate sia al

“taglio” istituzionale del servizio, ovvero alla visione promossa da figure apicali come il primario, la direzione o il coordinatore, sia al livello di formazione transculturale del personale. Per questo motivo, la sola mediazione culturale non è sufficiente: occorre un cambiamento sistemico, sostenuto da percorsi di formazione strutturale e continuativa che coinvolgano anche i livelli più alti del sistema dei servizi: “puoi essere la mediatrice più brava, ma se il contesto non cambia, non si fa niente” (INT_AS_03).

In relazione agli atteggiamenti di diffidenza del personale, un episodio significativo riportato dalla rappresentante della Cooperativa Crinali durante l'intervista, riguarda una madre peruviana che aveva legato al polso della neonata un piccolo braccialetto con un semino, considerato un amuleto protettivo contro il malocchio. La pediatra insisteva affinché lo togliesse, temendo che potesse rappresentare un rischio per la sicurezza della bambina. Tuttavia, per la madre quel gesto significava privare la figlia di una protezione simbolica fondamentale. La mediatrice racconta di aver proposto una soluzione intermedia: “Le ho detto: mettiamoglielo al piede, non togliamoglielo” (INT_AS_03). Un adattamento apparentemente banale, ma sufficiente ad evitare una frattura culturale e a preservare la fiducia nella relazione di cura. Come ha osservato l'intervistata: “anche in Italia, in diverse regioni, si usano le medagliette d'oro: non è diverso. Si parte invece da una svalutazione, anche implicita, di queste pratiche” (INT_AS_03).

La vicenda mostra come la mediazione culturale non si limiti alla traduzione linguistica, ma implichi la capacità di riconoscere il valore simbolico delle pratiche culturali e di negoziare significati, evitando che le differenze interpretative si trasformino in barriere relazionali. Episodi analoghi si riscontrano anche in altri contesti. L'intervistata ha raccontato di alcune educatrici di un nido che si domandavano perché “le bambine africane devono avere gli orecchini”, ritenendoli pericolosi per motivi di sicurezza. Come spiegato: “Sai, questa forma protettiva esagerata. Io la chiamo una protezione difensiva: non lo fai per proteggere il bambino, ma per proteggerti tu” (INT_AS_03).

Talvolta, dietro la retorica della sicurezza si celano atteggiamenti volti a tutelare più il/la professionista che la persona assistita, o vere e proprie posture paternalistiche ed etnocentriche. In questi casi, secondo la mediatrice si manifesta una

sorta di colonialismo del pensiero: “credere che tu hai ragione perché sei medico, perché sei bianco. Ma non ne sei nemmeno consapevole, ed è questo l’aspetto più allucinante” (INT_AS_03).

Tali riflessioni mostrano come talvolta la conoscenza medica occidentale e la bianchezza vengano assunte – anche in modo implicito – come parametri di verità e di superiorità epistemica, oscurando altri modi di esperire e di rappresentare l’individuo, la salute, la malattia e la disabilità.

L’atteggiamento di chiusura di operatori e operatrici si manifesta anche nella tendenza, rilevata durante gli incontri, a confondere i vuoti istituzionali con responsabilità individuali, attribuendo alle persone con background migratorio giudizi di “scarsa collaborazione” o di “immeritevolezza”. Durante il Living Lab dedicato al passaggio alla maggiore età, ad esempio, diverse partecipanti hanno segnalato la difficoltà di garantire continuità ai percorsi riabilitativi dei/delle minori con background migratorio presi/e in carico. Questa criticità viene spesso attribuita alle famiglie, accusate, più o meno implicitamente, di “non comprendere” l’importanza della regolarità terapeutica o di abbandonare precocemente i servizi. Alcuni interventi hanno tuttavia ribaltato questa prospettiva, spostando il focus dalla presunta “inadeguatezza” delle famiglie, alla struttura organizzativa dei servizi stessi. Molti/e utenti, infatti, provengono da contesti in cui l’accesso ai percorsi educativi o di cura avviene secondo logiche e in forme del tutto diverse da quelle italiane. Come osservato durante la discussione: “non impieghiamo abbastanza energie per spiegare e accompagnare, siamo rigidi, diamo troppe cose per scontate” (LL, 2025).

In altri casi le persone migranti vengono percepite come “approfittatrici”, ritenendo che vi sia un certo “sfruttamento” del sistema. Uno sguardo di questo tipo rischia di rafforzare una distinzione simbolica tra “noi-loro” (LL1, 2025), anziché riconoscere che molte difficoltà derivano da gap culturali, scarsa conoscenza del funzionamento del welfare e barriere di accesso ai servizi.

A tal proposito, durante l’intervista la referente della Cooperativa Crinali ha introdotto il tema del *controtransfert culturale*: “le reazioni degli operatori di fronte all’alterità, possono trasformarsi in irritazione o rifiuto se non vengono elaborate con formazione e strumenti adeguati” (INT_AS_03); tuttavia, la carenza di risorse economiche e di personale (C) induce alcuni servizi a ridurre le ore dedicate alla

formazione e alla mediazione (M), con un impatto significativo sulla qualità complessiva degli interventi (O).

Un intervistato con background migratorio ed esperienza diretta di disabilità, ha osservato che, a suo avviso, le persone tendono ad avere una reazione di timore di fronte alla diversità e che “le persone sono razziste verso i disabili”. (INT_EXP_06). Questa riflessione evidenzia come i processi di razzismo e di abilismo seguano logiche comuni di produzione della differenza e, in molti casi, si intreccino. Entrambi operano attraverso meccanismi di alterizzazione e classificazione che contribuiscono a riprodurre e legittimare un paradigma di normalità.

In linea con questa prospettiva, durante l’intervista, la responsabile del progetto Prisma ha sottolineato come i fenomeni di discriminazione non si presentino mai in forma isolata: “tante persone quando si scontrano con il razzismo si scontrano anche con l’abilismo. Le due dimensioni si intrecciano e si rafforzano a vicenda” (INT_AS_04). Numerosi contributi critici all’interno dei Disability Studies e dei Critical Race Studies (Erevelles, 2011; Puar, 2017) hanno messo in luce come abilismo e razzismo siano sistemi interdipendenti che operano a livello strutturale – attraverso norme, pratiche e classificazioni istituzionali – e attraverso bias culturali interiorizzati che riproducono e naturalizzano le gerarchie sociali (cap. 2.4). Si tratta, nei termini di Bourdieu (2016) di categorie di percezione e classificazione, che esistono “nella realtà e nei cervelli” e che con il tempo si impongono come senso comune (cap 2.7).

Le testimonianze raccolte evidenziano come la discrezionalità insita nelle posture, nelle sensibilità e nelle rappresentazioni di operatori e operatrici (A) possa incidere in modo significativo sui percorsi di presa in carico e sulla qualità della relazione con gli/le utenti, generando esiti profondamente diseguali (O). In diversi casi – come mostrato in precedenza – è proprio la disponibilità personale e relazionale delle reti o di singoli/e professionisti/e a rendere possibile l’attivazione di percorsi di sostegno; al contrario, pregiudizi e bias impliciti possono riprodurre relazioni paternalistiche e assistenziali, collocando gli/le utenti in una posizione oggettivata e limitandone le possibilità di autodeterminazione, fino a rinforzare meccanismi di dipendenza. Da ciò emerge la necessità di promuovere percorsi di auto-riflessività critica e formazione integrata – tanto sulla prospettiva sociale della disabilità quanto

sulle dimensioni transculturali (MP) – al fine di prevenire il consolidarsi di meccanismi che, anziché promuovere l’inclusione, perpetuano processi di stigmatizzazione ed esclusione (O).

4.3.3 Accessibilità: le esperienze dirette

Durante il Gruppo di discussione dedicato alle persone con esperienza diretta, sono emerse diverse indicazioni per migliorare l’accessibilità dei servizi. Tra queste, un aspetto centrale riguarda i processi di digitalizzazione della pubblica amministrazione.

Un partecipante ha osservato che i servizi digitali, soprattutto a partire dalla pandemia di Covid-19, hanno agevolato la gestione delle pratiche burocratiche, facilitando procedure che in precedenza risultavano complesse o poco accessibili. A suo avviso, il digitale rappresenta una risorsa importante e uno strumento di autonomia e autodeterminazione da valorizzare. Lo stesso partecipante ha raccontato di aver svolto attività di volontariato insegnando nozioni di informatica di base ad altre persone con disabilità, con l’obiettivo di supportarle nell’uso degli strumenti digitali. Questa esperienza gli ha permesso di riflettere sul valore che il digitale può assumere nel ridurre gli ostacoli materiali legati alla burocrazia. Ha ricordato, a questo proposito, le difficoltà vissute personalmente dopo l’incidente che lo ha reso disabile: “la prima difficoltà per un disabile è spostarsi” (GD5, 2024). Costretto ad uscire con le stampelle, tra barriere architettoniche, mezzi pubblici inaccessibili e scarsa attenzione delle persone, ha maturato la convinzione che poter gestire le pratiche da casa rappresenti una condizione fondamentale di accessibilità, soprattutto per chi vive limitazioni motorie, sensoriali o di altro tipo.

Un altro partecipante ha evidenziato le difficoltà nel reperire informazioni sui sostegni e i servizi disponibili, dovute a siti istituzionali spesso poco chiari, frammentati o complessi da consultare. Da qui la proposta di creare una piattaforma unificata “dove possiamo andare e vedere tutto quello che è disponibile. Perché davvero si fa fatica a trovare le cose autonomamente, se non hai qualcuno che te lo dice” (GD5, 2024). Una simile soluzione consentirebbe di avere una panoramica immediata e aggiornata delle risorse esistenti e risulterebbe particolarmente preziosa per chi non dispone di reti di supporto.

Un’ulteriore proposta riguarda l’utilizzo del digitale come supporto comunicativo nei contesti sanitari, soprattutto nelle situazioni di emergenza in cui non

è disponibile un servizio di mediazione linguistica. I/le partecipanti hanno segnalato l'esistenza di applicazioni di traduzione sempre più accurate, che potrebbero essere impiegate dagli ospedali per facilitare la comunicazione di base tra medico e paziente. In alcuni casi, infatti, i professionisti sanitari fanno già ricorso a strumenti digitali informali, come le comuni app di traduzione.

Nel corso della discussione è stato inoltre sottolineato come investire nelle competenze digitali delle persone disabili significhi non solo facilitare l'accesso ai servizi, ma anche ampliare le possibilità di relazione e di costruzione di reti di mutuo aiuto. Una partecipante ha osservato: “Se, ad esempio, cerco un'associazione che aiuta le donne, scrivo ‘aiuto donne Milano’, e subito mi appare una realtà da contattare: diventa molto più semplice” (GD5, 2024).

Queste testimonianze offrono spunti di riflessione significativi. In primo luogo, mostrano come una crisi globale, quale la pandemia di Covid-19, abbia imposto un ripensamento dei criteri di accessibilità, rivelando che modalità alternative – a lungo marginalizzate da prospettive abiliste ancorate a specifici standard di normalità – siano in realtà possibili ed efficaci. Al tempo stesso, le riflessioni emerse sottolineano il valore insostituibile dell'esperienza diretta: politiche istituzionali e interventi sociali non possono prescindere dal coinvolgimento attivo delle persone direttamente interessate, che dovrebbero essere riconosciute come portatrici di saperi e poste al centro dei processi decisionali.

4.4 Barriere e Accessibilità

*Essere nel margine significa appartenere,
pur essendo esterni al corpo principale.
Per noi, americani neri, abitanti di una
piccola città del Kentucky, i binari della
ferrovia sono stati il segno tangibile e
quotidiano della nostra marginalità. Al di
là di quei binari c'erano strade asfaltate,
negozi in cui non potevamo entrare,
ristoranti in cui non potevamo mangiare e
persone che non potevamo guardare
direttamente in faccia. Al di là di quei
binari c'era un mondo in cui potevamo
lavorare come domestiche, custodi,
prostitute, fintanto che eravamo in grado di
servire. Ci era concesso di accedere a quel*

*mondo, ma non di viverci. Ogni sera
dovevamo fare ritorno al margine,
attraversare la ferrovia per raggiungere
baracche e case abbandonate al limite
estremo della città. [...] Vivendo in questo
modo – all'estremità –, abbiamo sviluppato
uno sguardo particolare sul mondo.
Guardando dall'esterno verso l'interno e
viceversa, abbiamo concentrato la nostra
attenzione tanto sul centro quanto sul
margine. Li capivamo entrambi. [...] Questo senso di appartenenza, impresso
nelle nostre coscienze dalla struttura della
vita quotidiana, ci ha dato una visione
oppositiva del mondo – un modo di vedere
sconosciuto a gran parte dei nostri
oppressori.
Elogio del margine -bell hooks*

Io lotto con tutte le mie forze e cerco di vivere una vita normale, tranquilla. Però a molti disabili non viene data la possibilità di farlo, perché ci sono queste barriere. È normale, allora, che le persone disabili non si vedano in giro, non si trovino negli uffici pubblici: gli viene impedito.

(INT_EXP_05).

Le barriere esperite quotidianamente dalle persone con disabilità – come emerso da diverse testimonianze raccolte – riguardano anzitutto l'accessibilità fisica e la libertà di movimento nello spazio urbano.

Durante un'intervista, un partecipante ha raccontato come, in più di un'occasione, abbia dovuto attendere per lungo tempo l'autobus perché il mezzo non poteva accogliere più di una persona in carrozzina: “Sai quante volte mi è capitato di aspettare il bus perché c'era già un disabile dentro? Si può stare solo uno alla volta. Te lo giuro” (INT_EXP_03).

I/le partecipanti hanno espresso, in maniera pressoché unanime, seppur con riferimento a ostacoli di diversa natura, la difficoltà di attraversare il contesto urbano in condizioni di sicurezza: “gli spazi e le strade spesso non sono accessibili per una

persona non vedente. Vorrei camminare da solo per strada ma ho paura” (GD5, 2024). Allo stesso modo, è stato segnalato che “a volte devi fare anche cinquecento metri per trovare uno scivolo; poi capita che ci sia una macchina parcheggiata proprio sopra, o che gli ascensori della metropolitana non funzionino. Spesso non riesco a salire sugli autobus, perché la pedana elettrica era guasta” (INT_EXP_05). Un'altra partecipante ha condiviso la propria esperienza quotidiana nell'uscire con il figlio, che utilizza una sedia a rotelle:

Nella metropolitana non c'è ascensore, noi non abbiamo la macchina. Lui ha dieci anni, io sono diabetica e devo fare l'insulina quattro volte al giorno; a volte non mi sento tanto bene e lo devo portare avanti indietro nella metropolitana. Lo prendo in braccio, gli dico: ‘tieniti qua’ poi devo andare a prendere la sedia a rotelle.

(GD5, 2024)

Secondo uno degli intervistati, la questione degli spostamenti è spesso sottovalutata:

La gente – parlo delle persone non disabili – dà un po' per scontato che sia normale così. Ma non potersi muovere, non poter arrivare in un posto, è una questione seria, è un diritto fondamentale. È la base della vita. Invece la gente sembra non rendersene conto.

(INT_EXP_06)

L'inaccessibilità riguarda non solo la mobilità urbana, ma anche numerosi edifici e spazi della vita quotidiana, dalle sedi dei servizi pubblici, fino ai luoghi ricreativi e di socialità. Per alcuni intervistati è importante rimarcare questa dimensione: le persone con disabilità non rivendicano soltanto assistenza o sostegno, ma il diritto a condurre una vita piena, libera e autodeterminata, al pari di chiunque altro.

Durante un'intervista, un ragazzo ha raccontato come le barriere plasmino in modo costante l'esperienza sociale delle persone disabili, incidendo anche sui momenti di svago e tempo libero:

Sono andato in discoteca con i miei amici, e già trovare un locale accessibile, un casino. Alle 3:00 del mattino, siamo dovuti tornare a casa a piedi perché i taxi non ci sono per disabili. Io non posso prendere un taxi... cioè, nel XXI secolo, non posso prendere un taxi!

(INT_EXP_03)

Per quanto riguarda gli edifici pubblici, è stato osservato come la presenza di barriere architettoniche costringa spesso le persone con disabilità a percorsi alternativi e stigmatizzanti, come l'ingresso da accessi secondari. Un partecipante ha raccontato:

Anche lì: io devo entrare in tribunale, e devo passare dal retro. Scusa il paragone, ma paragono i disabili a come venivano trattati i neri in America negli anni Sessanta. È la stessa cosa: io devo stare in un punto preciso dell'autobus, devo entrare dal retro. Ma perché? Quindi noi dobbiamo lottare per rendere accessibili le piccole cose e renderle normali.

(INT_EXP_03)

La testimonianza esprime con forza la percezione di una cittadinanza parziale, confinata a spazi e percorsi separati. Si potrebbe parlare, a tal proposito, di *segregazione*, se con tale termine si intende – come osserva Tarantino (2018) – il modo in cui un gruppo nomina e riconosce una determinata esperienza della separazione (p.65). Le parole dell'intervistato appaiono particolarmente significative, considerando che la categoria di *segregazione*, quando applicata alla disabilità, è stata *mutuata* dagli studi sociali sulle forme razziali di distribuzione spaziale ed esclusione (p.68) (cap. 2.7). L'obbligo di “passare dal retro” o di dover occupare dei posti predefiniti, assegna alle persone disabili una posizione visibilmente distinta all'interno dello spazio pubblico. L'attesa di un autobus accessibile, l'impossibilità di tornare a casa in autonomia e la dilatazione dei tempi dovuta agli ostacoli quotidiani e alla necessità di elaborare modalità organizzative alternative⁶⁸ scandiscono una

⁶⁸ Crippi (2024) utilizza l'espressione “lavoro invisibile della disabilità” per designare quell'insieme di attività – materiali, cognitive ed emotive – che le persone con disabilità sono costrette a svolgere per

temporalità differenziale e produce una forma di subordinazione profondamente radicata nelle infrastrutture materiali e culturali della città. Il fatto che queste asimmetrie vengano percepite come “normali” da gran parte della popolazione mostra in modo emblematico il funzionamento dell’abilismo:

Il sistema abilista in cui siamo cresciute ci ha trasmesso una serie di credenze su come sono fatti gli esseri umani, su come dovrebbero muoversi nel mondo e su come noi dovremmo reagire di fronte a corpi-menti devianti dalla norma. [...] Molte di queste credenze rimangono implicite, costituendo il sostrato silenzioso della discriminazione: una convinzione non esplicitata, ma data per scontata, non può mai essere messa in discussione, dato che nemmeno si percepisce la sua esistenza. È ovunque intorno a noi, ci siamo nate dentro. È la vecchia storia del chiedere a un pesce cosa ne pensa dell’acqua.

(Crippi, 2024)

L’accessibilità si configura come un dispositivo che seleziona e definisce quali corpi sono riconosciuti e legittimati ad attraversare e ad abitare lo spazio urbano. I criteri che la determinano non si limitano alla dimensione fisica o architettonica, ma includono anche fattori economici, sociali e culturali (cap. 2.7). Questo emerge, ad esempio, nel racconto di una partecipante che descrive la difficoltà di iscrivere il figlio con una disabilità ad un centro estivo: quello più vicino è economicamente inaccessibile, mentre l’unica struttura a costi sostenibili è molto distante e non raggiungibile con i mezzi pubblici, spesso inadeguati o guasti: “Deve rimanere con noi tutta l’estate. Lui avrebbe bisogno di stare anche con altri bambini, non solo con i genitori” (GD5, 2024). La combinazione di barriere economiche e mancanza di trasporti accessibili ha un impatto diretto sulle opportunità relazionali e di socializzazione del figlio. Durante uno dei gruppi di discussione, un’operatrice ha raccontato l’incontro con la madre di un bambino con disabilità che, un giorno, le ha

compensare l’inefficienza o l’inadeguatezza dei contesti istituzionali e sociali. Si tratta di un lavoro non riconosciuto che include la continua pianificazione delle proprie azioni, la mediazione con i servizi, la gestione delle barriere e la negoziazione di accomodamenti ragionevoli, spesso in assenza di strumenti o interlocutori adeguati (Crippi, 2024, p.55/56).

chiesto come poter accedere più rapidamente alle terapie, poiché le liste d’attesa erano molto lunghe: “Le suggerii che a volte può essere utile iniziare privatamente, utilizzando magari i soldi del sussidio. Lei, però, mi rispose con semplicità: ‘Non posso, quei soldi li uso per pagare l’affitto.’”. (GD2, 2024).

La centralità della dimensione economica emerge con chiarezza anche da un’intervista in cui, alla domanda su cosa possa effettivamente contribuire a migliorare la situazione delle persone con disabilità e background migratorio, l’intervistato risponde:

Per migliorare le condizioni spero non si taglino ulteriormente i fondi destinati alle persone disabili. Con quei fondi molti di noi possono sostenersi, pagare un’assistente o pagare l’affitto. Per come la vedo io – e conosco anche altre famiglie con esperienze migratorie – arrivare a fine mese è spesso difficile, e questo ci costringe a fare delle rinunce.

(INT_EXP_06).

Questi estratti mostrano come la dimensione redistributiva sia decisiva: il riconoscimento formale dei diritti rimane insufficiente se non accompagnato da risorse concrete, che permettano di accedere alle opportunità e di sostenersi nella vita quotidiana.

Nel complesso, le parole dei/delle partecipanti mettono in evidenza la necessità di considerare in modo integrato le diverse dimensioni sociali – economiche, istituzionali, relazionali e simboliche – che plasmano l’esperienza della disabilità. Esse richiamano, con straordinaria attualità, il primo principio del manifesto fondativo dell’UPIAS (1976), secondo cui la disabilità è una condizione prodotta da fattori sociali e strutturali e la sua eliminazione richiede che nessun ambito – come reddito, mobilità o istituzioni – venga affrontato isolatamente. In questa prospettiva, politiche e interventi mono-categoriali, centrati su un solo asse di disuguaglianza, risultano inevitabilmente parziali e inefficaci. È necessario, invece, riconoscere e affrontare l’intreccio tra condizioni materiali, dispositivi istituzionali e rappresentazioni culturali che generano processi di disabilitazione ed esclusione (cap. 2.3).

Le evidenze raccolte mostrano come l'accessibilità si configuri come un nodo strutturale della cittadinanza, più che come una questione puramente tecnica. In un contesto urbano e istituzionale largamente inaccessibile, segnato da barriere fisiche, economiche e simboliche (C), la mobilità e la partecipazione diventano diritti condizionati. Le infrastrutture e le pratiche organizzative – dai trasporti agli edifici pubblici – attivano meccanismi di segregazione ordinaria (M), che assegnano alle persone con disabilità posizioni marginali nello spazio sociale, normalizzando la loro esclusione. In questo scenario, la capacità individuale di orientarsi, adattarsi e compensare le carenze del sistema (A) si traduce in un “lavoro invisibile della disabilità” (Crippi, 2024), fatto di mediazioni, negoziazioni e strategie di sopravvivenza quotidiana. Tale dinamica produce esiti (O) di cittadinanza parziale e invisibilità, in cui la possibilità di condurre una vita piena e autodeterminata resta subordinata alla disponibilità di risorse e alla sensibilità dei singoli contesti. In questa prospettiva, politiche e pratiche di accessibilità dovrebbero essere intese come meccanismi di programma strutturali (MP) capaci di rimuovere le barriere strutturali e culturali

4.5 Abitare

La questione abitativa è emersa in modo ricorrente nel corso della ricerca: la casa rappresenta una preconditione per l'esercizio di molti altri diritti (cap. 4.8.3).

Dalle testimonianze raccolte emerge come il sistema di assegnazione delle case popolari sia caratterizzato da scarsa trasparenza, complessità procedurale e frammentazione istituzionale. Come osservato da un rappresentante di un'associazione di persone con disabilità, “uno dei problemi più forti è stato l'accesso alle case popolari. È stato molto complesso l'aspetto delle procedure. Non c'è chiarezza” (GD1, 2024).

Per molte persone, le lunghe attese e la complessità delle pratiche si traducono in condizioni di precarietà abitativa prolungata. Un partecipante con esperienza diretta ha raccontato di aver presentato più volte domanda per un alloggio senza ricevere risposta: “Trovare casa non è facile. Ho fatto tante volte le domande per la casa popolare, ma per ora nulla. Questo magari è un problema per tante persone. Ma per le persone con disabilità è molto grave” (GD1, 2024).

Un'altra testimonianza descrive emblematicamente la dimensione materiale e simbolica di tale esclusione; dopo l'arrivo in Italia, un ragazzo con disabilità e sua madre hanno vissuto per mesi in condizioni precarie, ospitati da connazionali, perché nessuno era disposto ad affittare loro un appartamento: "A mia mamma dicevano che, dato che ero in carrozzina, potevo dare fastidio ai vicini dei piani di sotto. Nessuno voleva affittare". L'unica soluzione temporanea disponibile è stato un monolocale al secondo piano senza ascensore: "Mi sono fatto per un anno e mezzo le scale, 46 gradini con il sedere, 4 volte al giorno, tutti i giorni per due anni" (GD1, 2024), fino all'intervento di associazioni e media che hanno contribuito ad accelerare l'assegnazione di un alloggio popolare.

Anche sul versante istituzionale, diverse operatrici hanno sottolineato la mancanza di dialogo tra gli enti competenti. Una di loro ha osservato: "Da tanto tempo siamo in dialogo con Aler, dialogo che non c'è. Secondo me è molto importante che ci sia l'apertura di un reale dialogo con Aler, servizi sociali e Ats" (GD4, 2024). Tale chiusura impedisce di costruire percorsi di assegnazione coerenti con i bisogni espressi dall'utenza: "Aler ha una quantità stratosferica di appartamenti che non assegna. Mi chiedo come si può incentivare l'assegnazione di questi appartamenti. Se non li mettono a posto, almeno li mettessero a bando per le associazioni" (GD4, 2024). Come evidenziato dai/dalle partecipanti, tali carenze generano esclusione e costi sociali evitabili: "l'assegnazione delle case abbatte una serie di costi sanitari e sociali: una famiglia che non è in strada accede meno al pronto soccorso, compie meno atti *illeciti*" (GD4, 2024). Questa prospettiva invita a rileggere il diritto all'abitare spostando lo sguardo dalle logiche di gestione o contenimento della marginalità – spesso improntate a forme di controllo più che di tutela (Wacquant, 2006) – verso la rimozione delle sue cause strutturali. In tal senso, diventa necessario promuovere politiche che non criminalizzino la povertà, ma che investano nei diritti sociali e riconoscano la casa come un presupposto essenziale della cittadinanza.

Le politiche dell'abitare si presentano come un campo frammentato (C), caratterizzato da procedure complesse, mancanza di trasparenza e scarsa coordinazione tra enti (MC). Questa configurazione istituzionale attiva meccanismi di esclusione (M) che si traducono in lunghi tempi di attesa, precarietà abitativa e accessi diseguali, contribuendo a riprodurre condizioni di vulnerabilità già esistenti e a

generarne di nuove (O). La casa, anziché configurarsi come un diritto garantito, diviene un esito condizionato dalla capacità di orientarsi nel sistema e di mobilitare risorse relazionali e associative (A) – come nel caso riportato, in cui l'intervento delle associazioni e dei media ha reso possibile l'assegnazione di un alloggio.

In termini di meccanismo di programma (MP), i/le partecipanti richiamano l'urgenza di un reale coordinamento tra Aler, servizi sociali, ATS e terzo settore, volto a promuovere politiche integrate di giustizia abitativa e ad intervenire sulle cause strutturali della marginalità sociale.

4.6 Scuola

Durante il Gruppo di Discussione *Minori, scuola, pratiche educative e questioni diagnostiche e terapeutiche* (GD2, 2024), è emerso che la scuola costituisce uno dei pochi contesti in cui è possibile intercettare in modo sistematico bambini/e e giovani con disabilità e background migratorio, rilevandone i bisogni educativi, sociali e sanitari. I/le partecipanti hanno segnalato un aumento del numero di studenti e studentesse con background migratorio – con e senza disabilità – all'interno delle scuole italiane, evidenziando una composizione sempre più eterogenea. Tale dinamica trova riscontro nei dati nazionali, secondo cui gli alunni/e con disabilità provenienti da famiglie con un vissuto migratorio, rappresentano una componente significativa della popolazione studentesca.

In Italia, il diritto all'istruzione è garantito a tutti i minori presenti sul territorio, indipendentemente dalla cittadinanza o dalla regolarità del soggiorno (cap. 1.11). Ciò rende il sistema educativo uno dei principali – e più accessibili – punti di riferimento per molti/e giovani con disabilità e background migratorio, e per le loro famiglie. In apertura, questo aspetto viene sottolineato da un partecipante:

Noi che lavoriamo all'ufficio scolastico chiaramente abbiamo contatti con gli insegnanti, con le famiglie, con le neuropsichiatrie, con la parte medica, con i comuni. Con tutto ciò che ruota intorno agli studenti con disabilità o background migratorio.

(GD2, 2, 2024)

La scuola svolge una funzione di “ponte” tra le persone direttamente coinvolte e le famiglie, i servizi sociali e sanitari, le istituzioni locali e la società civile. È inoltre l’ambito che risulta maggiormente indagato dalla ricerca; tuttavia, la letteratura esistente, così come molte progettualità e pratiche scolastiche, tendono ancora a mantenere un approccio settoriale, analizzando disabilità, background migratorio e condizioni socio-economiche come dimensioni separate. Questa impostazione emerge in modo evidente dalle parole di un rappresentante di un Ufficio Scolastico Territoriale:

Mi verrebbe da dire che paradossalmente l’alunno con disabilità certificata è talvolta più tutelato – lo dico in modo provocatorio – rispetto a un alunno neoarrivato che presenta comunque fragilità di tipo emotivo o psicologico. Mi piacerebbe che, in questo tavolo, si tenesse conto di questo aspetto, perché se ci focalizziamo troppo solo sulla disabilità rischiamo di perdere di vista la fragilità principale.

(GD2, 2024)

Considerare la disabilità e il background migratorio come fattori sociali distinti, come in questo caso, pone diversi interrogativi su quale aspetto debba essere privilegiato nelle analisi o negli interventi. Nel corso della discussione, tuttavia, un’insegnante ha osservato: “Ci sono anche studenti neoarrivati con disabilità” (GD2, 2024), richiamando l’attenzione sulle situazioni in cui queste condizioni si intrecciano. In seguito, un’educatrice ha aggiunto: “Spesso il rischio di discriminazione è multiplo, non solo due intersezioni. Ci sono svantaggi linguistici, sociali ed economici” (GD2, 2024). Gli approcci monodimensionali, infatti, rischiano di produrre letture semplificate ed ostacolano una comprensione complessiva del vissuto di chi si situa all’incrocio di diverse condizioni sociali, contribuendo a invisibilizzarne i bisogni e generando forme specifiche di esclusione.

Nonostante la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (CRPD, 2006) e la Dichiarazione di Salamanca (UNESCO, 1994) abbiano segnato il passaggio da una visione strettamente medica della disabilità a una prospettiva fondata sui diritti umani e sull’inclusione sociale, la letteratura internazionale continua, in larga

parte, a riflettere un orientamento medico o settoriale. In particolare, nel campo educativo, diversi/e studiosi/e hanno osservato che il mutamento terminologico non è stato accompagnato ad un corrispondente cambiamento di paradigma: la nozione di inclusione viene spesso adottata in modo formale, senza un'esplicita ridefinizione dei presupposti teorici e delle pratiche istituzionali che dovrebbero sostenerla (Vislie, 2003; Migliarini & Elder, 2024).

Sebbene nel corso della discussione la disabilità sia stata spesso associata o sovrapposta a condizioni patologiche, alcuni/e partecipanti hanno evidenziato come essa dipenda in larga misura – e talvolta sia interamente determinata – dai contesti sociali in cui viene definita:

Ci sono moltissime questioni sul tavolo e queste si moltiplicano quando si parla di studenti stranieri, perché l'aspetto emotivo è centrale. Molti ragazzi vengono sradicati dal loro paese a 14 anni e inseriti nel sistema scolastico italiano. Non capiscono perché sono qui, hanno amici e parenti altrove. Prima che imparino, a volte, ci vuole molto tempo, e non si tratta di un problema di disabilità. A volte, invece, ci sono problemi oggettivi. Poi ci sono anche questioni economiche da non sottovalutare.

(GD3, 2024)

Questo intervento mette in evidenza come ciò che viene interpretato come disabilità non possa essere ridotto unicamente alle caratteristiche personali, ma sia piuttosto il risultato di barriere incontrate in un contesto nuovo e percepito come estraneo. Tale prospettiva si colloca in continuità con il modello sociale della disabilità e la definizione proposta dalla CRPD, che pongono l'accento sul ruolo degli ostacoli ambientali e sociali. Emblematica, in tal senso, è la testimonianza di una giovane donna che ha ricordato la propria esperienza nelle scuole italiane. L'intervistata racconta di essere stata una bambina minuta, riservata e taciturna, e di essersi spesso sentita “sbagliata” in un contesto scolastico in cui la presenza di persone africane era ancora eccezionale. Una sua insegnante – priva di strumenti interpretativi adeguati – arrivò a comunicare ai genitori il sospetto che la bambina fosse sorda o presentasse un

disturbo del linguaggio. L'episodio mostra come, in assenza di competenze adeguate, differenze culturali o comunicative possano essere facilmente medicalizzate.

La difficoltà nel tracciare una linea di confine netta tra caratteristiche individuali e difficoltà derivanti dall'interazione con un nuovo ambiente sociale, sono state segnalate anche da alcune professioniste sanitarie:

Molto spesso veniamo chiamate per questi casi di bambini con gravi fragilità che hanno bisogno di costruire un progetto che è anche sociale; casi in cui la componente sociale e le barriere sociali, culturali ed economiche sono molto alte. [...] Rischiamo di certificare ragazzini che in altri contesti non sarebbero stati certificati, quindi abbiamo una responsabilità anche rispetto a questo e al valore che questi ragazzi danno a sé stessi.

(GD2, 2024)

Come evidenzia l'estratto, il contesto risulta determinante non solo per una piena comprensione della condizione dei/delle minori, influenzata da una pluralità di fattori, ma anche per la definizione degli interventi e dei progetti di sostegno, che – secondo quanto emerso – dovrebbero essere anche di carattere sociale.

4.6.1 “Il nostro compito è non creare nuove disabilità”⁶⁹

La questione della (sovra)certificazione è stata sollevata in modo ricorrente durante gli incontri dei Living Lab dedicati al *Passaggio alla maggiore età*. Come evidenziato nel corso del dibattito, nella pratica: “la certificazione è l'unico canale che attiva risorse concrete, mentre senza di essa spesso non è previsto alcun supporto” (LL2, 2025). Operatori, operatrici e professionisti/e sanitari descrivono una tendenza consolidata:

A scuola un bambino appena arrivato non ha ovviamente competenze linguistiche. Ma la cosa automatica è: “C'è un problema? Vai alla UONPIA [Unità Operativa Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza]”. Ma è in

⁶⁹ La citazione è tratta dall'intervento di una partecipante impegnata in progettazioni scolastiche inclusive, durante il Gruppo di discussione *Minori, scuola, pratiche educative e questioni diagnostiche e terapeutiche* (GD2, 2024).

Italia da sei mesi, che non abbia ancora competenze linguistiche è del tutto normale e soprattutto non ha bisogno di una certificazione o di un insegnante di sostegno. Ha bisogno di tempo, di uno spazio comodo per sviluppare quelle competenze che lo mettano al pari degli altri.

(LL2, 2025)

Il rischio di un simile approccio è quello di patologizzare differenze culturali, comportamentali o situazioni percepite come difficili da gestire. Secondo le testimonianze raccolte, talvolta gli/le insegnanti non riescono a distinguere ciò che configura una condizione patologica da ciò che non lo è, e tendono a indirizzare gli/le studenti verso i servizi di neuropsichiatria infantile, anche quando si tratta di difficoltà che potrebbero essere affrontate attraverso strategie educative o relazionali diverse, senza ricorrere alla dimensione clinico-diagnostica. Quest' impostazione fa sì che “le liste d'attesa si triplicano perché arrivano anche quei bambini che in realtà non avrebbero la necessità di stare in quella lista” (LL2, 2025).

I/le partecipanti hanno inoltre descritto la coesistenza di due dinamiche opposte: da un lato, un eccesso di segnalazioni ai servizi specialistici di alunni/e con comportamenti esternalizzanti – “quelli che disturbano, più casinisti” (LL2, 2025) – e, dall'altro, una sistematica sotto-diagnosi dei “bambini silenziosi, più tranquilli, ma in realtà isolati, fragili o in sofferenza” (LL2, 2025), che restano senza risposte, o “arrivano tardi alla certificazione, con la conseguenza che, quando il percorso diagnostico viene finalmente avviato, alcune porte risultano già chiuse e opportunità importanti sono perse” (LL2, 2025). Quest'ultimo scenario – come emerso in precedenza (4.1; 4.2) - riflette un modello più ampio, osservabile in diversi ambiti sociali, caratterizzato da una scarsa attenzione e da un mancato riconoscimento delle forme di impairment meno evidenti, che produce esiti di ulteriore invisibilizzazione.

In entrambi i meccanismi descritti la pratica educativa tende a ridursi ad un insieme di strategie di contenimento e gestione della classe. Un metodo educativo prevalentemente orientato in questa direzione – piuttosto che alla comprensione delle dinamiche relazionali e comunicative degli/delle alunni/e – può produrre effetti stigmatizzanti e penalizzanti nei confronti di chi adotta comportamenti considerati “non conformi”. È significativo, in tal senso, il caso – riportato da una partecipante –

riguardante il figlio autistico: “In un momento di crisi di mio figlio, il personale scolastico non ha saputo gestire la situazione, ricorrendo addirittura all’intervento dei carabinieri” (LL2, 2025). Una scelta che, come sottolineato dalla madre, non solo si è rivelata non necessaria, ma ha finito per esasperare ulteriormente il disagio del ragazzo, alimentando una percezione di distanza, separazione ed estraneità rispetto al contesto classe.

Gli episodi riportati delineano un modello educativo centrato sull’adeguamento dell’individuo, più che sulla trasformazione dei contesti e delle pratiche che definiscono i confini di “normalità”. Come sintetizzato da un educatore quest’impianto produce processi di discriminazione: “questo è un diritto negato: c’è diversità ma si considera che tutti siano uguali. Questo è un elemento importante: il diritto di vedersi riconosciuti una differenza” (GD2, 2024). A tal fine, secondo i/le partecipanti, sono indispensabili percorsi formativi specifici rivolti a insegnanti, pediatri e operatori/operatorici sociali, affinché acquisiscano strumenti per riconoscere la disabilità come esperienza sociale e sviluppino competenze nel distinguere i casi in cui è opportuno un invio ai servizi specialistici da quelli in cui è invece necessario intervenire modificando le pratiche educative o il contesto di apprendimento.

Dal quadro presentato, gli approcci settoriali o rigidamente categoriali – come quelli che inquadrano le difficoltà unicamente in termini diagnostici – possono agire come meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze. Inoltre, in assenza del riconoscimento dei background familiari, delle traiettorie migratorie e delle condizioni socio-economiche che influenzano la partecipazione scolastica, la scuola rischia di ridurre la complessità delle esperienze a etichette amministrative o deficit individuali. A tal proposito, durante i Gruppi di discussione e i Living Labs è emerso con chiarezza che le barriere linguistiche e culturali, la frammentazione delle informazioni, la complessità delle procedure burocratiche e l’uso di linguaggi specialistici spesso inaccessibili, contribuiscono ad ostacolare la comunicazione e la partecipazione:

Spesso i genitori non riescono a portare a termine correttamente le pratiche, con il risultato che i servizi si trovano a intervenire ex post per rimediare a iter fallimentari, appesantendo ulteriormente un sistema già sovraccarico.

(LL2, 2025)

L'assenza di mediazione interculturale e di strumenti realmente inclusivi trasforma così l'accesso ai servizi in un processo di selezione implicita, che tende a favorire chi possiede competenze linguistiche, risorse sociali o familiarità con il sistema istituzionale.

Meccanismi analoghi emergono anche nel percorso scolastico, in cui le condizioni socio-economiche e culturali continuano a influenzare in modo determinante le traiettorie educative:

Ci sono studenti con notevoli potenzialità che molto spesso vengono sottovalutati, e c'è una tendenza precoce ad indirizzarli, anche con il consiglio orientativo che si dà alle medie, verso livelli di istruzione più bassi. La loro provenienza sociale e familiare diventa quasi indicatore del loro destino. Invece, potrebbero esserci risorse che potrebbero emergere.

(GD2, 2024)

Un approccio intersezionale, in tal senso, capace di tenere insieme i diversi fattori sociali in gioco, risulta particolarmente utile per riconoscere i meccanismi impliciti di *disabilitazione* e garantire che gli elementi identitari e sociali non siano più trattati come *indicatori* del destino individuale.

In definitiva, all'interno del contesto scolastico (C) permangono letture settoriali (MC), caratterizzate dalla tendenza a isolare singoli fattori – disabilità, background migratorio – anziché considerarne l'interazione. Ciò ostacola una comprensione complessiva delle esperienze e delle condizioni in cui più dimensioni sociali si intrecciano, producendo esiti di esclusione e svantaggi educativi (O). Parallelamente, come in altri ambiti analizzati, anche nel sistema scolastico continua a prevalere il paradigma medico-individuale (MC), che orienta le pratiche del personale e le strategie di intervento secondo logiche di “semplificazione”, gestione e adattamento (A). Tale configurazione genera un duplice meccanismo (M) – emblematicamente analogo a quanto emerso nei contesti di accoglienza (cap. 4.1): da un lato, la sovra-medicalizzazione dei comportamenti più esternalizzanti, che alimenta processi di patologizzazione e il sovraccarico dei servizi (O); dall'altro, la sistematica

disattenzione verso le forme di disagio o gli impairment non visibili, che restano esclusi da percorsi di riconoscimento e di sostegno adeguato (O).

Inoltre, la carenza di investimenti nelle dimensioni sociali e transculturali dell'educazione (MC) genera esiti di canalizzazione precoce di studenti e studentesse con background migratorio e/o disabilità verso percorsi formativi inferiori (O), contribuendo a consolidare e riprodurre disuguaglianze educative e occupazionali già strutturalmente radicate (Bourdieu, 1970).

Infine, un ulteriore aspetto emerso durante gli incontri del Living Lab2, dedicato al Passaggio alla maggiore età, riguarda le criticità che si manifestano nel momento in cui i/le giovani presi in carico dai servizi compiono diciotto anni. Come è stato osservato, “è un po’ come se dovessero ripartire dall’inizio” (LL2, 2025): con la maggiore età vengono meno una serie di tutele – in primis quelle garantite dal sistema scolastico e dai servizi per minori – senza che siano previste misure equivalenti. Come ha osservato un referente di un’associazione per i diritti delle persone con disabilità, questo momento segna il passaggio “dal mondo dei diritti al mondo delle opportunità” (Living Lab 2, 2025), un terreno molto più incerto e frammentato. L’uscita dalla scuola – che contesto relativamente protetto grazie alla presenza di insegnanti di sostegno e figure di supporto – coincide con l’ingresso in un sistema del lavoro che – come si approfondirà nel paragrafo successivo (4.7) – si rivela spesso discriminatorio e scarsamente inclusivo, soprattutto per chi viene considerato al di fuori dei parametri di *normalità* e produttività.

4.7 Università

In diverse università italiane le persone richiedenti asilo non possono accedere direttamente ai corsi di laurea fino al riconoscimento dello status di protezione, ma possono frequentare corsi singoli, i cui crediti (CFU) potranno essere successivamente convalidati in caso di iscrizione a un corso di laurea. I/le titolari di protezione internazionale, invece, possono iscriversi ai corsi di laurea e accedere alle procedure semplificate di riconoscimento dei titoli⁷⁰. La presenza di una disabilità non modifica

⁷⁰ L’iscrizione universitaria richiede normalmente la Dichiarazione di valore rilasciata dal consolato del Paese di provenienza - documento spesso impossibile da ottenere per chi non può rivolgersi alle autorità nazionali di riferimento. Per tale motivo, il MUR, in collaborazione con il CIMEA (Centro di

direttamente le regole di accesso all'università, che restano legate allo status giuridico, ma introduce un ulteriore livello di complessità amministrativa. I benefici previsti per studenti e studentesse con disabilità – come agevolazioni, esoneri o riduzioni delle tasse universitarie, tutorato, servizi di accessibilità – sono infatti subordinati al possesso di una certificazione – di invalidità civile o ai sensi della L. 104/1992 – riconosciuta in Italia, a sua volta condizionata dal possesso di un titolo di soggiorno stabile e della residenza anagrafica.

Durante il Gruppo di Discussione *Accesso all'università e al mondo del lavoro*, la referente del Servizio Inclusione di un'università – responsabile del supporto agli studenti con disabilità e delle attività di orientamento post-laurea per le categorie protette – ha osservato come l'ateneo accolga prevalentemente studenti con background familiare migratorio cresciuti in Italia e in possesso di documenti italiani. Riguardo alle politiche di inclusione, la partecipante ha dichiarato: “All'interno dei nostri corsi cerchiamo sempre di includere. Da parte dei nostri studenti non abbiamo mai ricevuto segnalazioni. La persona ‘in difficoltà’, molto spesso, suscita simpatia: sono persone circondate da affetto e amicizia” (GD3, 2024). E, a proposito del percorso accademico degli/delle iscritti/e con disabilità, ha aggiunto:

Ci rendiamo conto di come alcune disabilità portino a dei risultati splendidi, perché capiamo che la fatica è triplicata; dipende dal tipo e dal grado di disabilità, e a volte ci scappano le lacrime, perché la loro difficoltà rappresenta il massimo del raggiungimento.

(GD3, 2024)

Il discorso della referente mette in luce una visione ancora largamente ancorata alla rappresentazione della persona con disabilità come “in difficoltà”, descritta attraverso registri emotivi – *simpatia, affetto, amicizia, commozione*. L'inclusione viene così rappresentata come un clima relazionale di accoglienza e benevolenza, piuttosto che come esito di politiche strutturali e pratiche organizzative.

Informazione sulla Mobilità e le Equivalenze Accademiche), ha introdotto procedure alternative, come l'Attestato di comparabilità basato sulla documentazione disponibile, autocertificazioni o procedure semplificate attivate da alcuni atenei.

Questa visione mobilita un immaginario paternalista e infantilizzante, in cui la relazione di cura e la vicinanza affettiva sostituiscono la dimensione dei diritti e dell'accessibilità. Descrivere i successi accademici come “splendidi” perché frutto di una “fatica triplicata” sposta l’attenzione sul merito individuale e sulle capacità di adattamento, invece che sulle barriere materiali, burocratiche e simboliche che rendono il percorso universitario così impegnativo. In tal modo, il contesto tende a scomparire dalla narrazione e la disabilità viene interpretata come una condizione eccezionale. Un simile approccio rischia di alimentare una retorica dell’eroismo che trasforma la vita delle persone con disabilità in “lezioni di coraggio” o “storie di ispirazione” per un pubblico non disabile, contribuendo così a invisibilizzare le disuguaglianze strutturali e a riprodurre una distanza simbolica tra normalità e diversità.

Nel corso della discussione, la referente ha inoltre osservato che l’ateneo riscontra “diverse difficoltà per quanto riguarda l’inserimento degli studenti con disabilità nel mondo del lavoro” (GD3, 2024). Ha descritto quindi la prassi adottata dal servizio: l’università richiede alle aziende un quadro molto dettagliato della posizione lavorativa, al fine di evitare di segnalare offerte a candidati che *a priori* potrebbero incontrare difficoltà nel ricoprire quel ruolo. Come ha spiegato: “Se mi dicono che non hanno l’ascensore o hanno i gradini, io cerco di segnalare l’inserzione a chi non ha una difficoltà motoria” (GD3, 2024). Il racconto rivela una pratica di selezione preventiva che, pur motivata dal desiderio di evitare esperienze frustranti o fallimentari, finisce per produrre una forma di esclusione a monte, basata sulla presunta inadeguatezza dei contesti lavorativi. In questo modo, la responsabilità dell’inaccessibilità viene implicitamente trasferita dal datore di lavoro al candidato, naturalizzando l’idea che spetti alla persona con disabilità “adeguarsi” ai limiti dell’ambiente e non viceversa. La partecipante ha inoltre precisato:

Ovviamente se a noi chiedono una receptionist, noi cerchiamo di indirizzare [l’inserzione] a chi non ha quel tipo di difficoltà. Non per discriminare, ma sappiamo che ci sono aziende che pur avendo l’obbligo di assunzione a volte pagano la multa per non assumere.

(GD3, 2024)

Questa osservazione mette in luce la resistenza strutturale di molte imprese a realizzare accomodamenti ragionevoli o adeguare gli spazi di lavoro, nonostante l'obbligo di legge sancito dalla normativa sul collocamento mirato (L. 68/1999). Nel complesso, emerge un quadro in cui l'inclusione viene negoziata principalmente sul piano dell'adattamento individuale, mentre restano in secondo piano le responsabilità organizzative e istituzionali nella rimozione delle barriere.

La rappresentante di un centro antidiscriminazione, attivo nella tutela dei diritti delle persone con disabilità, ha contestato la prassi descritta dalla referente universitaria, ricordando che le barriere architettoniche non dovrebbero costituire motivo di esclusione, poiché la loro rimozione è prevista e finanziata dalla normativa vigente: “Ci sono dei soldi per eliminare le barriere. Se a monte c'è un discriminare come quello che ci descrive lei, è un'informazione mancata” (GD3, 2024). Anche un esponente di un'associazione per i diritti delle persone con disabilità ha espresso una posizione critica, richiamando la necessità di una maggiore responsabilizzazione delle aziende e degli atenei nell'attivare processi di mediazione:

È giusto non mandare allo sbaraglio le persone, per carità, ma prendere le richieste delle aziende come dati immutabili può essere controproducente, perché a volte con una relazione si possono cambiare le cose. Le aziende, spesso vittime dei loro stessi pregiudizi, ignorano tantissime opportunità che gli permetterebbero di inserire le persone con disabilità (GD3, 2024).

Nel campo burocratico, il rapporto tra norma, funzionari e utenza si articola come un processo complesso e non lineare. La regola astratta (MC) – come l'obbligo di rimozione delle barriere architettoniche previsto dalla normativa – non si traduce automaticamente in diritti effettivamente esigibili. La/Il responsabile del servizio, chiamata/o a svolgere un ruolo di mediazione tra il sistema istituzionale e i bisogni delle persone, dispone di un ampio margine di discrezionalità e filtra la norma secondo la propria formazione, sensibilità e rappresentazione della disabilità (A).

Le esigenze espresse dell'utenza vengono così tradotte all'interno del linguaggio, delle procedure e delle categorie burocratiche: è l'operatrice a decidere se

e come riconoscerle, a valutarne la legittimità, a stabilire quale cornice normativa attivare, quali prove richiedere e quali risposte offrire. Nel caso analizzato, l'atteggiamento "protettivo" – che induce a non proporre a priori offerte di lavoro in contesti ritenuti non accessibili, per evitare esperienze potenzialmente negative – produce effetti materiali rilevanti sulle traiettorie di vita individuali: restringe il ventaglio delle opportunità e trasferisce sull'utenza il costo di una discriminazione di sistema (O). In questo modo, il dispositivo burocratico rischia di consolidare una logica abilista, piuttosto che sollecitare imprese e istituzioni a farsi carico della rimozione degli ostacoli materiali, organizzativi e culturali che ancora limitano l'accesso al lavoro.

4.8 Lavoro

La Legge 68/1999 rappresenta in Italia il principale riferimento normativo in materia di inclusione lavorativa delle persone con disabilità. La legge introduce il principio del collocamento mirato attuato mediante progetti individualizzati e convenzioni che possono comprendere anche percorsi di formazione e tirocini finalizzati all'inserimento.

Durante il Gruppo di discussione dedicato all'accesso al mondo del lavoro, un rappresentante sindacale ha osservato come, tra le persone con background migratorio, il diritto all'iscrizione nelle liste della legge 68/1999 sia scarsamente conosciuto e quindi poco utilizzato. Dai racconti dei/delle partecipanti, inoltre, risulta una distanza sostanziale tra le previsioni normative e la loro effettiva attuazione: "la legge 68 è una legge ma non una pratica" (GD3, 2024).

Anche durante il Gruppo di Discussione dedicato alle esperienze dirette, vari/e partecipanti hanno riferito di aver trovato un impiego principalmente attraverso reti informali, piuttosto che grazie alle tutele previste dalla normativa: "Ho una disabilità e per lo Stato italiano e posso trovare lavoro con il collocamento mirato, ma non ho mai trovato lavoro con questo canale" (GD5, 2024). Un'altra persona ha sottolineato l'importanza dei network formativi: "Ho trovato lavoro grazie alla rete costruita all'università. È stata più utile l'università che il collocamento mirato. Ho potuto partecipare ad alcuni bandi" (GD5, 2024). Un'ulteriore testimonianza conferma questa tendenza: "Anche nel mio caso la Legge 68 non mi ha aiutato per niente, ma è servito

molto di più il passaparola” (GD5, 2024). Nel corso della discussione è emersa inoltre la necessità di organizzarsi collettivamente per sviluppare strategie condivise:

Vedi persone laureate che hanno investito su loro stesse per formarsi e che, dopo anni, sono ancora in attesa nei centri per l’impiego, anche da più di dieci anni. È un fallimento del sistema. Un laboratorio del genere dovrebbe vedere collegate un centinaio di persone per poter tirare fuori una soluzione. Bisogna far nascere delle sinergie.

(GD5, 2024)

L’analisi dei questionari (Q1, Q2) evidenzia come l’accesso al lavoro rappresenti una delle principali criticità per le persone con disabilità e background migratorio. Sebbene la maggior parte degli/delle utenti siano ritenuti/e – da operatori e operatrici – idonei/e a svolgere una mansione lavorativa, soltanto un numero molto esiguo risulta occupato, spesso con basse retribuzioni, con forme contrattuali temporanee o attraverso tirocini.

Le possibilità di accesso e di permanenza nel mondo del lavoro – secondo le testimonianze raccolte – è condizionata da molteplici fattori. Tra questi dalle risposte risultano con maggiore frequenza la “mancanza di opportunità lavorative”, le “difficoltà legate alla propria disabilità”, la “discriminazione”, “limitata spendibilità delle competenze professionali” degli/delle utenti, la complessità nel “riconoscimento e validazione di titoli pregressi” acquisiti nei Paesi d’origine, e nell’“assenza di percorsi professionalizzanti” (Q1). Tale quadro restituisce un marcato disallineamento tra i bisogni delle persone con disabilità e l’effettiva disponibilità di luoghi lavorativi accessibili, inclusivi e dotati delle necessarie misure di accomodamento. Quest’aspetto risulta particolarmente critico alla luce dei principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (Articolo 27), che afferma il diritto al lavoro in condizioni di uguaglianza e sicurezza, senza discriminazioni, sottolineando l’importanza di rimuovere tutte le barriere che possano ostacolare una piena partecipazione alla vita sociale ed economica.

4.8.1 Formazione

Le persone con disabilità e background migratorio intervistate registrano una sostanziale frammentazione delle opportunità formative e una limitata conoscenza dei canali di accesso. Uno degli ostacoli ricorrenti riguarda inoltre il riconoscimento e la validazione dei titoli formativi o professionali pregressi, acquisiti nel paese d'origine. Una partecipante con background migratorio, madre di un bambino con disabilità, ha raccontato di aver dovuto accettare un impiego diverso dal proprio percorso formativo e al di sotto della sua qualificazione professionale, principalmente per esigenze economiche immediate e per la complessità delle pratiche burocratiche: “qui non si può fare carriera, sono molti documenti” (GD5, 2024).

Un altro intervento di un partecipante con esperienza diretta, ha raccontato le proprie difficoltà nel trovare un impiego nonostante il possesso di due lauree e un master che “non sono riconosciuti in Italia” (GD3, 2024).

Dalla discussione – coerentemente con i dati disponibili - emerge come sia molto comune che le persone con background migratorio sperimentino processi di dequalificazione (*deskilling*) lavorativa, dovuti a una molteplicità di fattori: iter burocratici lunghi e onerosi per il riconoscimento delle qualifiche pregresse, scarsa spendibilità dei titoli esteri nel mercato del lavoro italiano, pregiudizi delle aziende nei processi di selezione e ostacoli linguistici e culturali.

Rispetto ai percorsi di formazione finalizzati all'inserimento lavorativo più voci hanno osservato che l'offerta formativa disponibile è spesso generica, poco accessibile e di carattere “simbolico”:

La formazione non tiene conto del tipo di disabilità, sono sempre generiche. Se un disabile vuole fare una formazione, non ci sono i corsi giusti o sono a pagamento. [...] La formazione che hanno trovato per me era di lingua italiana A2 e io parlavo molto meglio di un A2. Io capisco che non avevano nulla da offrire, ma credo che questa non sia la strada giusta per entrare nel mercato del lavoro.

(GD5, 2024)

Anche le operatrici del settore formativo segnalano che, nonostante l'esistenza di numerosi corsi finanziati, le iscrizioni restano basse e le informazioni sull'offerta si perdono lungo i passaggi burocratici: “Non so come mai si bloccino queste informazioni e dove si bloccino” (GD3, 2024). La scarsa accessibilità dell'offerta, la complessità delle procedure e la mancanza di percorsi di accompagnamento personalizzato si intrecciano con bisogni economici impellenti che rendono difficile dedicare tempo alla formazione.

Inoltre, la referente di un'organizzazione internazionale per i diritti delle persone rifugiate, ha evidenziato come spesso i percorsi di inserimento per le persone disabili si riducano a soli tirocini formativi: “Si inizia con quello, ma spesso si finisce lì”, senza garantire un effettivo inserimento professionale stabile (GD3, 2024).

In molti casi, le persone migranti e le donne vengono indirizzate verso percorsi di bassa qualificazione – come corsi per OSS, cucina o lavori manuali – senza considerare le competenze pregresse o le aspirazioni individuali. Come osservato da una partecipante, invece, investire in ambiti più qualificati, come l'informatica, “potrebbe ridurre le barriere linguistiche e ampliare le opportunità di inserimento” (GD3, 2024).

Secondo i dati FISH (IREF/FISH, 2020), peraltro, anche le persone con disabilità restano sovra-rappresentate in mansioni a bassa qualifica e con scarsa mobilità professionale. Questo quadro descrive come la combinazione di più dimensioni sociali si traducano in fenomeni strutturali di segregazione occupazionale, esito di barriere amministrative, economiche e culturali. Nel complesso, ad oggi, i percorsi professionalizzanti sembrano configurarsi come un dispositivo, più che di emancipazione, di selezione e riproduzione della stratificazione sociale.

4.8.2 D&I

Oltre ai vincoli amministrativi e ai meccanismi burocratici che ostacolano l'inserimento professionale, – come evidenziato dalla referente del Progetto Prisma – anche “nell'eventualità in cui si riesca a fare tutto l'iter velocemente, perché trovano i canali giusti – cioè regolarizzazione, invalidità, 104 quando necessaria, legge 68 –, spesso le persone con disabilità o background migratorio non vengono assunte” (INT_AS_04), a causa di barriere culturali significative. Questo aspetto emerge in modo emblematico dalla testimonianza diretta condivisa da una persona che, dopo un

lungo percorso segnato da difficoltà economiche, precarietà abitativa e ostacoli amministrativi, lavora oggi in un'impresa di pulizie. Il partecipante ha messo in luce i pregiudizi e le barriere che accompagnano i percorsi di inserimento lavorativo delle persone con disabilità e background migratorio:

Come disabile è molto difficile inserirsi nel mondo del lavoro. All'inizio sei in imbarazzo, la gente ti guarda. Io queste cose le ho affrontate. Mi dicevano: "ma questo signore deve pulire casa mia?". E io dicevo: "Non preoccuparti, dopo giudichi il mio lavoro". E poi quando finivo il lavoro erano contenti. Io come persona disabile devo fare il doppio dello sforzo rispetto alle altre persone. Non è uno scherzo, dico sul serio. Devi mostrare agli altri che sei capace di fare quel lavoro lì. Anche adesso, quando vado a fare un preventivo mi chiedono: "Ma è lei che deve fare?" – "Sì certo sono io che devo fare il lavoro!".

(GD3, 2024).

Secondo diversi/e partecipanti con esperienze dirette, le aziende tendono a considerare le persone disabili "come persone che producono meno, che possono dare meno rispetto ad altri dipendenti" (GD3, 2024) e tendono ad ostacolare l'inserimento.

Un rappresentante sindacale, a tal proposito, ha evidenziato l'importanza di promuovere percorsi di sensibilizzazione e formazione nei contesti lavorativi, evidenziando che anche la disponibilità formale all'inserimento non implichi di per sé un ambiente realmente favorevole: "è fondamentale coinvolgere trasversalmente i reparti e i colleghi" (GD3, 2024).

Le aziende, inoltre, non sempre risultano competenti rispetto alle procedure burocratiche connesse allo status giuridico delle persone con background migratorio e alle relative possibilità di integrazione lavorativa. Come evidenzia la testimonianza di una partecipante impegnata nel settore della formazione professionale, questa carenza può riguardare anche realtà strutturate:

Un'azienda gigante, quindi non alle prime armi, doveva, dopo un tirocinio di un ragazzo indiano, capire cosa fare: "Se lo assumo adesso come faccio con il

permesso di soggiorno?” – “Appunto, tu lo assumi e lui rinnova il suo permesso di soggiorno!”. In realtà doveva fare la conversione da studio a lavoro e li abbiamo supportati anche per quello, però sembrava: “Aiuto! Cosa devo fare?” (GD3, 2024)

In alcuni casi, le imprese percepiscono l’assunzione di persone con background migratorio come un potenziale rischio amministrativo, soprattutto quando si tratta di richiedenti asilo: “uno dice: ci investo, ma poi magari tra un anno non lo posso tenere” (GD3, 2024). Le aziende temono che, in caso di rigetto della domanda di protezione, la persona perda il titolo di soggiorno e, di conseguenza, il diritto al lavoro. La precarietà del titolo di soggiorno si trasforma così in precarietà occupazionale e sociale, alimentando un meccanismo sistemico di esclusione.

Nel complesso, quanto emerso suggerisce che l’inclusione, così come viene oggi declinata nei contesti occupazionali e nei programmi di Diversity & Inclusion (D&I), rischia di restare ancorata a un paradigma individualizzante e performativo.

Le politiche D&I, sviluppate originariamente per rispondere ad esigenze economiche, piuttosto che a propositi etici o sociali, hanno agito come meccanismi di regolazione del mercato e di ampliamento temporaneo del bacino di forza lavoro. La loro origine e finalità rivela un carattere ambivalente che merita di essere attentamente considerato, poiché – come osserva Acanfora (2022) – esse tendono a configurarsi più come dispositivi di legittimazione simbolica, che come una reale trasformazione dei contesti e delle strutture. Le politiche orientate alla valorizzazione o riconoscimento delle *skills* individuali e del “potenziale” dei singoli, ad esempio, se non accompagnate da un ripensamento complessivo delle condizioni materiali e organizzative del lavoro, finiscono per tradursi in interventi meramente formali ed inefficaci. Esse contribuiscono a rafforzare la connessione tra specifici codici relazionali e performativi – come le *competenze interpersonali*, l’*empatia codificata*, la *capacità di presentarsi* e di *auto-narrarsi*, la *gestione dello stress*, la *flessibilità* e l’*adattamento* – e gli standard normativi di “idoneità al lavoro”, finendo per penalizzare coloro che esprimono modalità comunicative o disposizionali differenti.

Nel quadro presentato, il sistema di inclusione lavorativa delle persone con disabilità appare formalmente garantito, ma materialmente inefficace: molte aziende

preferiscono eludere gli obblighi normativi o includere solo soggetti con impairment meno visibili, maggiormente “spendibili” e più funzionali alla rappresentazione della diversità e alla reputazione aziendale. Parallelamente, anche le politiche di integrazione rivolte alle persone migranti, riflettono una storia di *governance* strettamente connessa ad un approccio economicista, che ancora oggi intreccia l'inclusione ad esigenze funzionali alla riproduzione sociale, alla gestione demografica o alla domanda di forza lavoro dei paesi “accoglienti”, più che ad un riconoscimento incondizionato delle differenze e delle possibilità di ciascuno.

Le politiche di inclusione, dunque, non sono mai neutre, ma si collocano all'interno di un più ampio campo di forze economiche e simboliche che definisce chi può essere incluso, e a quali condizioni. Ripensare la D&I significa, allora, contrastare le pratiche di compensazione o di *branding* inclusivo: spostare lo sguardo dal potenziamento individuale alla trasformazione dei contesti e delle relazioni di potere che li attraversano, orientando le politiche verso forme di sostenibilità sociale e redistribuzione effettiva delle opportunità.

4.8.3 Lavoro e debility (debilitazione)

Come evidenziato nell'intervista con il responsabile dell'area migrazione di Caritas, la ricerca di un'occupazione è spesso il primo bisogno espresso da chi si rivolge al servizio. Tuttavia, per poterlo perseguire è necessario disporre di alcune condizioni sociali minime, che non sempre risultano garantite: “Se non ho un luogo dove dormire, come posso cercare lavoro?” (INT_AS_02).

Lo status di regolarità rappresenta un requisito imprescindibile per l'accesso al mercato del lavoro formale. Nei contesti urbani complessi come Milano, i lunghi tempi di rilascio o rinnovo dei titoli di soggiorno finiscono per ostacolare o rallentare i percorsi di inserimento lavorativo. In mancanza di possibilità legali di impiego, molte persone sono spinte verso il lavoro irregolare, soprattutto nei settori meno qualificati. Come osservato da un intervistato, si tratta di un paradosso: anche chi vive una condizione di disabilità e non può formalmente lavorare – per via di una posizione giuridica non regolare o sospesa – riesce talvolta a trovare un'occupazione informale, pur in condizioni di forte precarietà e senza alcuna tutela. Si configura così una netta distinzione tra chi può intraprendere un percorso lavorativo “emerso”, cioè regolare, e chi resta confinato in forme di impiego “sotto traccia”. Al primo gruppo appartengono

le persone in regola con il soggiorno, iscritte ai Centri per l'Impiego e alle liste del collocamento mirato, per le quali è teoricamente possibile accedere a percorsi protetti come quelli previsti per le persone con disabilità. In altri casi inoltre può accadere che, pur essendo regolari, si viva comunque in strada e senza mezzi di sostentamento o in condizioni che impediscono, di fatto, di accedere sia al mercato del lavoro, sia ai centri di accoglienza: “in questi casi il bisogno abitativo diventa prioritario rispetto alla ricerca di lavoro, complicando ulteriormente il quadro complessivo” (INT_AS_02). Ancora diversa è invece la condizione di chi si trova in fase di richiesta o rinnovo del permesso di soggiorno, per i quali l'accesso al lavoro formale risulta sospeso o precluso.

Il referente di Caritas ha inoltre spiegato che dopo la presentazione della domanda di permesso di soggiorno viene rilasciata una ricevuta formalmente utilizzabile a fini lavorativi; tuttavia, nella pratica, questo documento non sempre viene riconosciuto come titolo valido da datori di lavoro o agenzie interinali. Questa difficoltà è stata confermata anche durante il Living Lab1 dalla referente di un Centro Antidiscriminazione: “Le agenzie del lavoro molto spesso non accettano la ricevuta del permesso di soggiorno per fare il contratto di lavoro” (LL1, 2025), testimoniando scarsa disponibilità o conoscenza delle procedure da parte delle aziende (cap. 4.8.2).

Dalle testimonianze emerge un nodo strutturale che lega lavoro, reddito, permesso di soggiorno e certificazioni: la possibilità di lavorare dipende non solo dalla regolarità giuridica, ma anche da una serie di requisiti burocratici che spesso risultano difficilmente soddisfabili per chi non dispone di una piena integrazione anagrafica. Come ha osservato un operatore:

Per lavorare occorre un IBAN, essendo necessaria la tracciabilità dello stipendio. Le Poste non concedono l'IBAN senza la residenza. Le banche, non se ne parla neanche. Parliamo di inclusione sociale ma, al contempo, la normativa collide con il welfare.

(GD3, 2024)

In linea con questa posizione, un altro intervento ha messo in luce come “senza lavoro non si può avere una casa. È un circolo vizioso che non finisce mai” (GD3, 2024).

Occorre inoltre considerare i vincoli legati alla condizione di disabilità: la possibilità di accesso a inserimenti lavorativi mirati o a percorsi di inclusione lavorativa è strettamente connessa al possesso di certificazioni sanitarie e amministrative. Secondo quanto riportato dai/dalle partecipanti, a Milano, i tirocini formativi promossi dal Comune o dai servizi territoriali sono generalmente riservati a persone con disabilità certificata (ai sensi della L. 68/1999 o della L. 104/1992) oppure a soggetti in condizione di grave marginalità, presi in carico dai servizi sociali. Per poter accedere concretamente a questi percorsi è necessaria la regolarità del soggiorno, il verbale di invalidità civile o altra attestazione specifica. Lo stesso principio vale per le cooperative sociali di tipo B, che per legge possono assumere lavoratori e lavoratrici con disabilità o in condizioni di svantaggio solo se la condizione è formalmente riconosciuta. Una persona con esperienza diretta ha confermato tali criticità:

C'è un lunghissimo periodo, che può durare mesi o anni, in cui una persona con una disabilità non ancora certificata non è in possesso del verbale di invalidità civile, né della relazione e quindi non può accedere al mercato del lavoro. Come fa una persona a mantenere sé e la sua famiglia? Nel mio caso dover aspettare un anno una tessera sanitaria, poi altri sei, sette mesi l'arrivo dell'invalidità civile: significa stare quasi due anni senza la possibilità di lavorare.

(GD5, 2024).

Un ulteriore nodo critico emerso durante gli incontri riguarda la perdita del lavoro: in molti casi – anche quando conseguente a una disabilità acquisita – la protezione giuridica della persona rischia di venir meno.

Durante il Gruppo di discussione (G3), un rappresentante di un'impresa sociale ha sottolineato come nella propria organizzazione siano impiegate numerose persone con disabilità e un numero consistente di lavoratori e lavoratrici con background

migratorio. L'interesse verso il progetto *Ci Siamo* – ha spiegato – è nato proprio dal desiderio di tenere insieme queste due dimensioni:

Se una persona perde la possibilità di lavorare per un evento sanitario, rischia di perdere tutta una serie di condizioni di cittadinanza e di precipitare nella povertà e nell'esclusione. Si tratta di ricostituire, prendere in carico in maniera virtuosa il doppio tema, quello della condizione migratoria e della disabilità.

(GD3, 2024).

Non tutti i titoli di soggiorno sono collegati alle condizioni economiche. I permessi rilasciati per motivi familiari, di protezione internazionale o di salute rispondono infatti a logiche differenti, basate sul mantenimento dei legami giuridici o personali che giustificano la presenza sul territorio – come l'unità familiare, la tutela della persona o la persistenza di situazioni di vulnerabilità. Al contrario, per i permessi connessi all'attività economica (lavoro o attesa occupazione) e per quelli che attestano una permanenza stabile, come il permesso UE per soggiornanti di lungo periodo, la normativa richiede la verifica della disponibilità di mezzi di sostentamento adeguati. Nella prassi amministrativa, tuttavia, questo requisito tende a essere interpretato in senso ampio, fino a diventare un criterio generale per valutare l'"autosufficienza" e, più in generale, il grado di integrazione del richiedente. Per chi è titolare di un permesso per lavoro subordinato o autonomo, la legge stabilisce che la perdita dell'impiego – anche in seguito a un infortunio – non comporti automaticamente la revoca del titolo di soggiorno. In questi casi, è possibile ottenere un permesso per attesa occupazione, a condizione che la persona si iscriva al Centro per l'Impiego. In assenza di prospettive occupazionali, o se la capacità lavorativa risulta compromessa in modo permanente, la tutela effettiva diventa incerta: la normativa non prevede un canale specifico di tutela per il mantenimento del titolo. In questi casi è, talvolta, possibile richiedere un permesso di soggiorno per cure mediche: nella pratica, però, il rilascio di tale permesso – come esaminato in precedenza (cap. 1.8.2.) – è molto complesso. A seguito delle modifiche introdotte dal Decreto Cutro, inoltre, questo titolo non è più convertibile in un permesso per motivi di lavoro, riducendo ulteriormente le possibilità di stabilizzazione.

La situazione è ancora più complicata per chi si trova in condizione di irregolarità. In caso di infortunio o di disabilità acquisita, sul piano formale il lavoratore – anche se privo di un titolo di soggiorno – ha diritto alle prestazioni dell'INAIL e all'accesso alle cure urgenti ed essenziali tramite il codice STP; tuttavia, in mancanza di un permesso valido, la permanenza sul territorio resta estremamente precaria.

Nel complesso, l'insieme delle norme e delle prassi amministrative mostra una stretta correlazione tra condizione lavorativa e possibilità di mantenere la regolarità del soggiorno: l'occupabilità e l'autosufficienza economica si configurano, nella prassi, come criteri di legittimità della presenza sul territorio. In questo quadro, un infortunio o una disabilità sopraggiunta possono innescare una progressiva erosione delle tutele. Come ha sottolineato una rappresentante sindacale nel corso del Gruppo di discussione (G3), per chi lavora in settori in cui la forza lavoro è in larga parte costituita da persone migranti – come la logistica o l'assistenza – l'emergere di una disabilità accentua la precarietà occupazionale: “raramente le imprese attivano misure di adattamento o ricollocazione, preferendo nella maggior parte dei casi dichiarare il lavoratore 'non idoneo' e interrompere il contratto” (GD3, 2024).

Durante il primo Living Lab dedicato ai *Diritti esigibili*, sono stati condivisi diversi casi di *vulnerabilizzazione istituzionale*, legati in particolare alla perdita o alla precarietà dell'occupazione. Tra questi, il caso di un lavoratore affetto da diabete, con certificazione di invalidità, impiegato in una piccola azienda metalmeccanica. L'aumento dei ritmi produttivi lo aveva portato a uno scompenso grave, aggravato dalla scarsa conoscenza della lingua e dall'isolamento sociale. L'azienda, inizialmente, lo aveva invitato a “stare a casa”, ma grazie alla rete di connazionali e all'intervento di una realtà associativa territoriale, il caso era stato segnalato a un servizio sindacale-legale che è riuscito ad attivare le tutele previste dalla Legge 68/1999, garantendo la conservazione del posto di lavoro e l'assegnazione di una mansione compatibile. “Di positivo – viene evidenziato dai/dalle partecipanti – c'è stata la capacità di costruire davvero quella parola abusata – *rete* – senza la quale saremmo mai arrivati alla soluzione” (LL1, 2025).

Altri interventi hanno riportato alcune storie che “avrebbero potuto rappresentare un esempio di successo migratorio, ma che si sono trasformate in

percorsi di esclusione” (LL1, 2025). Il primo caso riguarda un lavoratore edile con contratto a tempo determinato che, dopo un grave infortunio sul lavoro, non ottenne il rinnovo del contratto, ritrovandosi improvvisamente senza occupazione, senza reddito e senza un alloggio.

Un'altra testimonianza particolarmente emblematica, riguarda un giovane lavoratore impiegato in un ristorante, che durante il servizio subì un incidente gravissimo: il braccio sinistro finì in un'impastatrice, causandogli un *impairment* permanente. Il datore di lavoro, invece di denunciare l'accaduto e attivare le procedure assicurative, gli intimò di lasciare immediatamente il posto e lo accompagnò nei pressi di un ospedale. Pur trovandosi in fase di regolarizzazione del permesso per asilo, il giovane non presentò denuncia e perse ogni possibilità di tutela assicurativa e legale. L'incidente segnò profondamente la sua vita: la disabilità acquisita gli impedì di continuare a lavorare nel settore della ristorazione e le ripercussioni si estesero anche alla sfera familiare e relazionale, generando isolamento e una progressiva esclusione sociale.

Infine, è stato ricordato il caso di un operaio con molti anni di esperienza, che dopo anni di lavoro pesante aveva sviluppato gravi dolori lombari, evoluti in una zoppia permanente. Non potendosi permettere periodi di malattia, continuò a lavorare fino a compromettere in modo irreversibile la funzionalità motoria. Alla fine, l'azienda lo licenziò: ottenne la NASpI e successivamente una pensione di invalidità, ma a soli quarantacinque anni si ritrovò escluso dal mondo del lavoro e segnato da un *impairment* destinato ad accompagnarlo per il resto della vita.

Come ha ricostruito efficacemente il referente di Caritas durante l'intervista, molte situazioni di disabilità acquisita si intrecciano con percorsi lavorativi frammentati o irregolari. Nell'esperienza del servizio emergono, da un lato, le storie di persone giunte in Italia dopo esperienze di tortura o trauma, che vivono con *impairment* fisici o psichici e dispongono di scarse opportunità di inserimento professionale, in un contesto istituzionale che fatica a offrire percorsi di inclusione adeguati; dall'altro, quelle di lavoratori/lavoratrici che in seguito a incidenti o patologie croniche – talvolta di natura traumatica o degenerativa – perdono il lavoro e restano escluse dai circuiti occupazionali. Anche nei casi in cui è possibile attivare misure di sostegno come l'invalidità civile, tali strumenti garantiscono una tutela

economica minima, ma non favoriscono percorsi di reintegrazione: l'impossibilità di continuare l'attività lavorativa, spesso in combinazione con l'avanzare dell'età e la scarsa attivazione delle politiche di collocamento mirato, finisce per consolidare un'estromissione definitiva dal mercato del lavoro.

La discussione tra i/le partecipanti ha restituito con chiarezza uno scenario in cui meccanismi di contesto concatenati (MC) — condizioni abitative e di vita, possibilità di accesso al lavoro, titolarità del permesso di soggiorno, ottenimento delle certificazioni di disabilità, accesso alle misure di inserimento mirato e alle relative tutele — generano significativi processi di esclusione e marginalizzazione sociale (O), oppure — nei casi in cui si ricorra a strategie di sopravvivenza come le forme di lavoro informale o irregolare (A) — dinamiche di sfruttamento ed esposizione a gravi rischi (O). In questo quadro, la perdita dell'occupazione può comportare la privazione di ulteriori diritti, determinando il venir meno di molte garanzie e un deterioramento complessivo delle condizioni di vita. Le traiettorie biografiche condivise restituiscono la fatica di vite logorate da una precarietà protratta, in cui la compromissione della salute e la perdita dell'impiego rappresentano l'esito cumulativo di condizioni strutturali, che sedimentano una precarietà cronica. Si tratta di corpi esposti all'usura di un sistema che consuma la forza lavoro fino a renderla "eccedente", incapace di rigenerarsi e di accedere a spazi di protezione, tutela e riconoscimento.

4.8.4 Lavoro e cura

Il tema del lavoro è strettamente connesso alle condizioni materiali dell'abitare, alla possibilità di contare su reti di sostegno formali e informali e al difficile equilibrio tra casa, lavoro e cura.

Per chi non dispone di un supporto familiare o territoriale — come spesso accade alle persone con background migratorio, le cui reti sociali risultano frammentate — mantenere un'occupazione stabile diventa particolarmente complesso, soprattutto quando si vive la condizione di disabilità propria o di un familiare. L'assenza di politiche di conciliazione efficaci e di un riconoscimento concreto del lavoro di cura genera un sovraccarico quotidiano che limita la partecipazione sociale e lavorativa e produce forme di esclusione invisibilizzate. Diverse persone con esperienza diretta hanno sollevato questo tema, sottolineandone la rilevanza quotidiana:

Sia per le persone che hanno disabilità, sia per chi ha figli con disabilità è molto importante il tema della gestione della famiglia. Come si fa ad accompagnare i figli a scuola? Andare a prenderli? Portarli dal dottore? Se si ha una disabilità e l'altro coniuge è al lavoro? Con l'intreccio dell'essere persone rifugiate con tutte le difficoltà di cui abbiamo parlato fino ad adesso.

(GD5, 2024)

Dalle parole di una partecipante emerge in modo significativo come la questione del lavoro si intrecci con le difficoltà di conciliare i tempi di vita e con un carico di cura non riconosciuto, che può spingere verso il lavoro irregolare o l'accettazione di condizioni precarie:

Quando ho trovato un lavoro avevo paura che mi licenziassero, perché ho sempre lavorato in nero per poter seguire il piccolo. Mi dicevano che non potevo lavorare perché avevo un bambino disabile. Adesso ho trovato un lavoro e l'orario è buono, ma avevo paura che mi dicessero che non potevo continuare per via di mio figlio. Grazie a Dio lui è un po' autonomo, va a scuola e io posso lavorare, anche grazie all'associazione che mi segue. Prima lui non faceva il turno completo, quindi se trovavo un lavoro chi lo prendeva? Allora restavo a casa.

(GD5, 2024)

Durante i Gruppi di discussione e gli incontri del Living Lab 2 è stato messo in luce come il carico di cura sia fortemente *femminilizzato*, ricadendo in gran parte sulle madri. Tali barriere risultano amplificate nel caso di famiglie mono-genitoriali, spesso chiamate a gestire in sovraccarico la quotidianità: "un genitore solo come fa?" (GD5, 2024). Inoltre, nel corso delle discussioni è stata sottolineata la tendenza a concentrare gli interventi in percorsi terapeutici e socio-educativi per i minori, trascurando lo stato psichico ed emotivo dei genitori e la presenza di supporti strutturali adeguati. La carenza di pratiche rivolte al benessere psicosociale dei *caregiver* familiari mette in evidenza come la cura continui ad essere concepita in termini individuali e clinici, mentre rimane marginale una prospettiva organica e relazionale capace di considerare le condizioni sociali generali.

Nel complesso delle situazioni analizzate, l'intreccio tra barriere strutturali e meccanismi di esclusione limita fortemente la possibilità di costruire un progetto di vita realmente autodeterminato per il figlio o la figlia con disabilità, poiché le scelte familiari restano vincolate alle risorse materiali disponibili e alle condizioni di sopravvivenza. Un partecipante con esperienza diretta ha sottolineato il ruolo decisivo dei contesti e delle reti di sostegno:

Mi dicono di trovare un aiuto, ma in una città come Milano non è facile. Quando vivevamo in paese invece bastava dire due cose dentro il palazzo e le cose si facevano, l'aiuto si trova neanche in un giorno. La comunità è più veloce del comune, delle associazioni, di me. C'è bisogno di questo. A Milano non c'è tanto questa idea del quartiere. Prima c'era, ma adesso non c'è più.

(GD5, 2024)

La testimonianza mette in evidenza un marcato divario territoriale: in contesti urbani complessi come Milano, caratterizzati da modelli metropolitani fondati sull'individualizzazione e sull'isolamento sociale, la dimensione comunitaria e relazionale appare sempre più indebolita. Come sostenuto dal Care Collective (2021), nel corso degli ultimi decenni le nozioni di benessere sociale e di comunità (*welfare*) sono state accantonate e sostituite da quelle di resilienza, miglioramento e benessere individuale (*wellness*). Le grandi città, fortemente integrate nei flussi economici globali, mostrano una crescente divaricazione sociale e una progressiva erosione dei legami di prossimità, che spinge le persone a vivere le difficoltà come problemi individuali piuttosto che come questioni collettive. Il ricorso alle istituzioni diventa così l'unico canale di supporto, ma si traduce spesso in percorsi burocratizzati e impersonali, lunghi tempi di attesa e un diffuso senso di solitudine.

Dai materiali di ricerca emerge in modo trasversale come le reti dal basso – formali e informali, associative o spontanee – svolgano un ruolo fondamentale nel colmare le lacune lasciate dal welfare istituzionale. Questi spazi di mutualismo favoriscono l'accesso alle risorse, la circolazione di conoscenze e il riconoscimento reciproco tra persone e famiglie che condividono esperienze simili. Come ha ricordato un intervistato, “tramite le associazioni, conoscendo altre famiglie, ci si aiuta a vicenda

e si vengono a sapere molte più informazioni, dandosi una mano l'un l'altro” (INT_EXP_02).

Le funzioni delle reti formali e informali “dal basso” sono molteplici: dall’accompagnamento ai servizi essenziali alla diffusione di indicazioni su percorsi sanitari, mobilità, fino alla costruzione di legami relazionali che alimentano fiducia, ascolto e senso di comunità. Una persona con esperienza diretta, a tal proposito, ha raccontato:

L’associazione mi ha aiutato molto a capire che una persona disabile può valere. Questa cosa qua l’ho capita grazie all’associazione. Diciamo che siamo stati più aiutati da queste associazioni che dagli enti pubblici.

(INT_EXP_02).

In tutti gli interventi raccolti, la dimensione comunitaria si configura come una forma di cura collettiva capace di rompere l’isolamento, offrendo supporto materiale e simbolico e favorendo la costruzione di relazioni di fiducia e riconoscimento reciproco. In questa prospettiva, i sistemi di cura si delineano come una risorsa preziosa e si articolano – nel concreto – oltre la dimensione familiare, in servizi, spazi e infrastrutture pubbliche. Tali configurazioni aprono spazi di possibilità per ripensare l’organizzazione della vita collettiva e delle istituzioni di welfare. Ciò richiede di orientare l’investimento delle risorse verso le attività legate alla riproduzione sociale – piuttosto che alla mera sopravvivenza o al profitto – e l’assunzione consapevole dell’interdipendenza come principio costitutivo dei legami sociali.

4.9 Genere

Durante i gruppi di discussione, i Living Labs e le successive interviste di approfondimento, la dimensione di genere è emersa come uno degli assi fondamentali per comprendere le esperienze situate all’incrocio tra disabilità e migrazioni. Rivolgere l’attenzione a queste intersezioni ha permesso di mettere in luce come le diverse posizioni sociali incidano in modo significativo sulle possibilità di accesso a diritti, risorse e opportunità.

Le considerazioni delle/dei partecipanti si sono sviluppate attorno a tre principali aree di riflessione. La prima riguarda le difficoltà di accesso e di permanenza nel mercato del lavoro: molte donne risultano confinate in ruoli di cura non riconosciuti o escluse dai percorsi occupazionali (cap. reti informali); in questo quadro, le donne trans e le persone con identità di genere non conformi si trovano ad affrontare ulteriori barriere e pregiudizi.

Il secondo ambito di discussione mette in evidenza la relazione tra percorsi migratori, violenza di genere e condizioni di salute, mostrando come esperienze di abuso, sfruttamento o tratta possano generare impairment soprattutto di natura psicofisica e incidere profondamente sul benessere complessivo.

Infine, il tema della violenza di genere è stato oggetto di un approfondimento specifico grazie ai contributi della referente dell'area disabilità del centro Differenza Donna, della responsabile del Progetto Prisma, della rappresentante del Progetto Artemisia (LEDHA) e del Centro Antidiscriminazione Franco Bompreszi e della presidente della Cooperativa Crinali, che hanno offerto prospettive complementari sui meccanismi di tutela e sulle criticità dei percorsi di protezione.

Durante il Gruppo di discussione dedicato all'accesso al mondo del lavoro, un'avvocata esperta in diritto dell'immigrazione e percorsi di inserimento professionale, in linea con altri interventi, ha ribadito le difficoltà incontrate dalle donne migranti nell'ottenere i documenti di soggiorno a causa delle lunghe tempistiche amministrative, sottolineando come, nel frattempo, sia loro preclusa la possibilità di lavorare legalmente. In riferimento alla propria esperienza professionale, ha riportato numerosi casi di richieste di autorizzazione dell'art. 31 T.U sull'Immigrazione, che consente al Tribunale per i Minorenni di rilasciare un permesso di soggiorno temporaneo a genitori di minori presenti in Italia per gravi motivi legati alla cura e alla tutela del figlio.

Oltre agli ostacoli burocratici e amministrativi, da numerosi contributi è emerso come il lavoro di cura ricada in misura sproporzionata sulle donne, incidendo in modo significativo sulle possibilità di mantenere un'occupazione stabile. Tale asimmetria rimanda a una più ampia costruzione culturale che associa il femminile alla sfera della cura (C), riproducendo anche nel mercato del lavoro una segmentazione basata sul genere e sulla provenienza (O). Come osservato dalla partecipante:

“l’inserimento lavorativo che viene proposto è sempre quello di badante, baby sitter o addetta alle pulizie” (GD2, 2024), evidenziando la naturalizzazione delle gerarchie di genere e la tendenza a relegare le donne con background migratorio in mansioni di assistenza e servizio domestico (M), indipendentemente dal livello di istruzione o dalle competenze pregresse. Tale processo rientra in ciò che diversi studi hanno descritto come “catene transnazionali della cura” (*global care chains*; Hochschild, 2000;): le esigenze produttive dei paesi più ricchi richiedono uno spostamento del lavoro riproduttivo dalle regioni periferiche del sistema globale verso i centri economici del Nord. Questo movimento risponde inoltre al bisogno crescente di assistenza, determinato dall’invecchiamento demografico e dai mutamenti nelle strutture familiari e occupazionali dei Paesi di destinazione.

La partecipante ha inoltre segnalato che la maggior parte delle persone da lei assistite ha subito violenze durante il percorso migratorio, con conseguenze profonde sul piano psicologico e relazionale che incidono sulle possibilità di inserimento sociale e lavorativo: “molte donne e molti uomini hanno subito violenze di vario tipo: per le donne legate alla tratta, per gli uomini anche tutta la detenzione in Libia” (GD2, 2024); L’intervento evidenzia come il genere agisca da fattore strutturante nelle esperienze di violenza esperite lungo il percorso migratorio, determinando forme specifiche, contesti e implicazioni differenti (cap. 1.10).

In seguito, con riferimento alle persone vittime di tratta, la partecipante ha evidenziato la connessione tra ricerca del lavoro, sfruttamento e violenza di genere:

La migrazione è molto pratica. Il motivo per cui hanno migrato a parte eventuali persecuzioni, è proprio una questione economica. L’aggancio delle vittime di tratta è la ricerca del lavoro. Sanno che devono lavorare e spesso la risposta è: qualsiasi lavoro va bene. In realtà questo non è effettivamente così. L’immaginario si lega poi alla cura: sono donna e mi prendo cura di qualcosa, tendenzialmente desideri maschili.

(GD2, 2024).

L’intervento evidenzia come la vulnerabilità economica e la necessità di trovare un’occupazione (MC) rendano le donne migranti particolarmente esposte allo

sfruttamento (O): “curare desideri maschili” diviene una strategia di sopravvivenza (A), che riflette vincoli economici, norme di genere e rapporti di potere. Inoltre, è stato sottolineato come le persone transgender incontrino, nell’accesso al mondo del lavoro, ulteriori forme di esclusione legate alla propria identità di genere. Oltre ai pregiudizi sociali, incidono ostacoli burocratici connessi alla documentazione anagrafica e alla scarsa preparazione dei contesti lavorativi, che spesso ne determinano l’esclusione anche da percorsi precari o temporanei, come i tirocini.

4.9.1 Violenza di genere e disabilità

Nel corso della ricerca, altre testimonianze hanno messo in luce la connessione tra esperienze di tratta o di violenza di genere subite durante il percorso migratorio e l’insorgenza di condizioni di disabilità o di impairment fisici o psicologici. Come sottolineato dalla responsabile del Progetto Prisma: “moltissime delle donne che seguiamo hanno subito violenza. La tratta può causare disabilità” (INT_AS_04). Si tratta di un aspetto spesso trascurato – soprattutto in caso di impairment di natura psicologica o derivanti da traumi – che richiederebbe una maggiore attenzione da parte delle politiche pubbliche e degli interventi sociali.

In generale, il tema della violenza di genere, nell’intersezione con la disabilità, risulta sistematicamente sottorappresentato e invisibilizzato, tanto nel dibattito pubblico quanto nelle pratiche istituzionali. Questa mancanza di riconoscimento si traduce in una minore accessibilità ed efficacia dei servizi di supporto e protezione.

Come ricordato dalla referente del Progetto Artemisia, – iniziativa pensata proprio per favorire l’accesso delle donne con disabilità ai servizi antiviolenza – al momento della sua progettazione tali percorsi risultavano pressoché inesistenti, a testimonianza di un problema strutturale e in larga parte sommerso:

Questo dimostra che, se un fenomeno non è visibile, non viene riconosciuto come problema: non c’è attenzione, non c’è capacità di affrontarlo. Non per mancanza di volontà, ma perché, se qualcosa non la vedi, non la affronti con competenza.

(INT_AS_01)

La pandemia ha contribuito a rendere maggiormente visibili le forme di isolamento che caratterizzano le situazioni di violenza vissute da donne con disabilità. In questo contesto, il progetto si è proposto di scardinare i meccanismi di invisibilità e le barriere culturali, istituzionali e materiali che ostacolano l'accesso ai percorsi di protezione e di uscita dalla violenza, promuovendo un approccio intersezionale e inclusivo nei servizi territoriali:

All'inizio, quando è stato presentato il progetto l'intento era rendere i centri anti-violenza accessibili. Poi, però, abbiamo dovuto davvero mettere insieme i due mondi: quello della disabilità e quello dei centri antiviolenza.

(INT_AS_01).

Durante l'intervista, la referente ha riportato le difficoltà incontrate nel costruire un terreno comune di lavoro, sottolineando come all'interno del gruppo sia stato necessario un lungo processo di negoziazione e di costruzione di un linguaggio condiviso: “abbiamo faticato, soprattutto all'inizio, a mettere insieme concetti, eliminare pregiudizi reciproci, utilizzare un linguaggio comune e costruire un vero lavoro di rete” (INT_AS_01). Da un lato, è stato necessario chiarire il significato di disabilità e tradurlo in termini operativi alle operatrici dei centri antiviolenza; dall'altro, il mondo della disabilità ha dovuto confrontarsi con le categorie proprie della violenza di genere, comprendere la distinzione tra violenza e conflitto e riconoscere il valore delle case rifugio come spazi di protezione in cui la sicurezza della donna può richiedere temporaneamente, una separazione dal contesto di vita ordinario. Adottare tale approccio si è rivelato particolarmente complesso, soprattutto all'inizio, poiché il movimento delle persone con disabilità – al contrario – è stato storicamente orientato alla partecipazione, all'inclusione nella società e all'abbattimento delle barriere. Far dialogare concezioni tanto diverse ha richiesto tempo, confronto e un lavoro continuo di apprendimento reciproco.

Per comprendere le difficoltà di dialogo tra il mondo della disabilità e quello dei centri antiviolenza, la responsabile di Differenza Donna ha rimarcato l'importanza di collocare la questione in una prospettiva storica. Come ha spiegato, a lungo il movimento femminista ha cercato di sganciarsi dal paradigma della cura, percepito

come un vincolo imposto dalla divisione di genere del lavoro e dai ruoli tradizionali assegnati alle donne. Tale distanziamento, tuttavia, ha prodotto nel tempo una sorta di rimosso collettivo, di *fantasma*: “l’idea che, di fronte a una donna con disabilità – per esempio in carrozzina – si debba “curarla”, o che non si sappia come relazionarsi a lei, cosa dire, come agire” (INT_AS_05).

Nel corso dell’intervista, la responsabile ha inoltre evidenziato come l’associazione abbia progressivamente modificato il proprio approccio, adottando un’impostazione più intersezionale, in coerenza con l’evoluzione stessa del pensiero femminista e con i mutamenti storici e politici degli ultimi decenni:

La nostra è un’associazione che nasce nell’89, dopo il movimento femminista. Un po’ come negli Stati Uniti, inizialmente era un’associazione di donne che si rivolgeva soprattutto a donne bianche. Poi, con l’arrivo dei flussi migratori anche in Italia, per esempio delle donne dai paesi dell’Est – mi ricordo in particolare nel ’92, con la guerra della ex Jugoslavia, con l’Albania e altri paesi dell’Est – arrivavano molte donne trafficate. In quel periodo l’associazione si è aperta molto a un confronto con queste nuove emergenze di violenza di genere che riguardavano le donne migranti e le donne vittime di tratta.

(INT_AS_05).

Riguardo alle diverse modalità di intervento e agli orientamenti culturali presenti all’interno dei centri anti-violenza, la referente del Progetto Artemisia ha evidenziato come vi sia una significativa eterogeneità tra le diverse realtà territoriali: “alcuni centri sono più abituati di altri ad accogliere vari tipi di fragilità, come persone in condizione di povertà estrema, senzatetto o altre situazioni di vulnerabilità” (INT_AS_01). Secondo la sua esperienza, i centri più esposti alla complessità sociale, tendono anche a sviluppare maggiore flessibilità operativa e una più spiccata sensibilità verso le differenze: “magari non utilizzano esplicitamente il termine intersezionalità, ma sanno affrontare meglio le diverse sfaccettature delle situazioni” (INT_AS_01). Questa osservazione mette in luce come le esperienze di violenza non costituiscano fenomeni statici o universali, ma si articolino in modi differenti a seconda dei contesti sociali, culturali ed economici. L’intreccio di dimensioni come la classe sociale, il background

migratorio, la condizione di disabilità, il genere e l'età, produce configurazioni specifiche, e talvolta inattese, che mettono in discussione le letture univoche o lineari.

A questo proposito, la referente del Progetto Artemisia ha riportato l'esempio delle persone anziane, spesso escluse dall'immaginario dei servizi di protezione:

Le donne che vivono in RSA possono subire diverse forme di violenza: maltrattamenti, violenza economica e sessuale. Ma esistono anche situazioni inverse, come ad esempio, donne anziane con disabilità che, dopo una vita trascorsa sempre sottoposte al marito, una volta entrate in RSA "rifioriscono", perché per la prima volta sono protette dopo anni di violenze mai riconosciute. Da queste esperienze ho imparato che bisogna sempre guardare al singolo caso, senza preconcezioni, con apertura mentale e umiltà, sapendo chiedere aiuto a chi ha più competenze quando necessario.

(INT_AS_01).

È stata ribadita, inoltre, l'importanza di mettere in discussione gli approcci consolidati, favorire la contaminazione tra saperi e pratiche differenti e mantenere una riflessione critica continua sulle proprie modalità operative.

In continuità con questo approccio, la responsabile di Differenza Donna ha ribadito l'importanza del lavoro di rete: "Noi collaboriamo con tutti i servizi. Per noi la rete è importantissima, fondamentale, perché da sole non si può fare nulla. Quando ci troviamo davanti a situazioni con più intersezioni, le mettiamo tutte intorno a un tavolo" (INT_AS_05).

Un episodio emblematico, in tal senso, riguarda una giovane donna sorda che non conosceva la comunicazione LIS. Attraverso la collaborazione con un'associazione del territorio, si è scoperto che la ragazza aveva tentato di denunciare il compagno, redigendo autonomamente un testo e consegnandolo ai carabinieri. Tuttavia, non comprendendone il contenuto, gli agenti le avevano restituito il documento, riaccompagnandola a casa.

A quel punto abbiamo organizzato una task force per affrontare la questione: abbiamo detto ai carabinieri che era necessario un confronto su queste

situazioni particolari. Li abbiamo invitati al nostro tavolo, insieme ai servizi, a una mediatrice LIS e alla donna coinvolta.

(INT_AS_05).

L'intervistata ha evidenziato il valore formativo di questo confronto poiché ha permesso agli operatori di comprendere l'importanza di accogliere e validare le denunce scritte, evitando di esporre le donne ad ulteriori rischi. Il caso mette in luce come l'accessibilità non dipenda solo da aspetti fisici e materiali, ma anche – e soprattutto – da conoscenze, competenze e pratiche relazionali.

Quando facevamo formazione o ci interfacciavamo con altri centri antiviolenza e case rifugio in Italia, questo emergeva spesso come meccanismo di difesa: “No, ma noi non siamo accessibili, la struttura che ci dà il Comune non ha la rampa, non ha lo scivolo”. Si pensava comunque che la disabilità fosse soltanto motoria e che fosse impossibile superare quelle barriere

(INT_AS_05).

Come ha spiegato la referente, invece, la mancanza di accessibilità deriva spesso da inesperienza e non familiarità:

Quando facciamo i colloqui con le donne – e noi siamo un'associazione femminista, quindi la nostra metodologia è “da donna a donna” – non ci poniamo il problema: Oddio, la posso offendere? Quando, per esempio, dobbiamo chiedere: Dove ti facevano prostituire? È una domanda impattante, ma la poniamo in modo diretto. Invece, con le donne con disabilità, probabilmente perché manca l'abitudine nell'affrontare questi temi, emerge la paura a chiedere direttamente: Ma che tipo di disabilità hai? Hai bevuto ieri sera? Piuttosto che stai prendendo delle medicine? Emerge spesso l'incertezza: Come gestisco questa cosa? Questo aspetto va superato”.

(INT_AS_05).

Abilismo e scarsa consapevolezza agiscono come barriere culturali implicite, che impediscono di riconoscere la disabilità come parte delle possibili esperienze di vita delle donne. In linea con questa visione, la responsabile del Progetto Artemisia ha ricondotto l'inaccessibilità dei servizi a una combinazione di pregiudizi, paura e mancanza di conoscenza. Come ha osservato: "La disabilità viene percepita come qualcosa di ingestibile: non so gestirla, la delego ad altri" (INT_AS_01). Questo atteggiamento rinvia a un modello settorializzato di intervento, in cui la competenza viene delegata a servizi considerati "specializzati" e la capacità di risposta dei centri antiviolenza resta conseguentemente limitata. Le intervistate propongono, al contrario, un modello fondato sulla collaborazione inter-istituzionale, basato sullo scambio di competenze e su un confronto costante tra operatori/operatrici e reti territoriali, capace di garantire risposte integrate alle situazioni complesse.

Un ulteriore elemento emerso trasversalmente dalle interviste riguarda le forme di ingiustizia epistemica (Fricker, 2007), ovvero la svalutazione sistematica del sapere di alcune soggettività: da un lato considerate non credibili a causa di pregiudizi sociali legati alla loro identità (*testimonial injustice*); dall'altro, perché private delle risorse concettuali e interpretative necessarie per comprendere e comunicare la propria esperienza (*hermeneutical injustice*). Come ha osservato l'operatrice di Differenza Donna: "in generale, le donne non sono credute" (INT_AS_05). Ha ricordato, a questo proposito, il caso di una giovane donna nata in Italia da genitori con background migratorio, che aveva subito violenza da parte del proprio fisioterapista. Nonostante avesse un impairment fisico che non comprometteva le capacità cognitive o comunicative, ha dovuto affrontare un lungo percorso psicologico per dimostrare l'attendibilità della propria testimonianza: "Questo capita molto spesso: anche quando la disabilità è esclusivamente motoria. L'accesso alla giustizia per le donne disabili viene fortemente ostacolato" (INT_AS_05). Come spiegato: "Oltre all'essere donne, e quindi già meno credute, la disabilità costituisce un ulteriore fattore di sfiducia; e quando si intreccia anche la provenienza migratoria, il tutto si amplifica" (INT_AS_05).

Anche il background migratorio, infatti, incide in modo rilevante sulle rappresentazioni sociali e sull'accesso ai servizi, rendendo necessario considerare tale dimensione nei percorsi di presa in carico. Come ha evidenziato la mediatrice della

cooperativa Crinali, è essenziale integrare la prospettiva culturale nei processi di accompagnamento, evitando approcci standardizzati che rischiano di non tenere conto delle specificità dei contesti di provenienza e di sovradeterminare le esperienze individuali. In questa prospettiva, il servizio svolge anche attività di formazione e di collaborazione con i centri antiviolenza, con l'obiettivo di promuovere modalità di intervento più sensibili alle differenze culturali. Talvolta, secondo l'intervistata: “le modalità operative previste dai protocolli non sono compatibili con le modalità culturali delle comunità o delle famiglie” (INT_AS_03), evidenziando la necessità di sviluppare forme di interazione più contestualizzate e situate. La mediatrice ha inoltre osservato come molte donne provenienti da contesti “tradizionali” vengono inserite in percorsi fortemente orientati a promuovere l'autonomia personale, ma che tale impostazione può risultare inappropriata o controproducente per chi proviene da ambienti in cui il ruolo femminile è fortemente intrecciato alla dimensione familiare e comunitaria.

L'idea del “ce la devi fare da sola” può trasformarsi in un ulteriore fattore di isolamento e vulnerabilità; pensarsi da sole in un Paese che non è il proprio, anche in un ruolo femminile molto diverso, è un po' gettarle ancora di più nel vuoto.

(INT_AS_03).

Da qui emerge la necessità di costruire percorsi di protezione sensibili alle differenze culturali nei modelli di autonomia, sostegno e appartenenza, affinché l'intervento, pur animato da finalità emancipative, non si traduca in nuove forme di esclusione o isolamento.

Le intervistate hanno unanimemente sottolineato l'importanza della formazione e dell'aumento della consapevolezza sul tema della disabilità, individuando in questa carenza uno dei principali limiti dell'efficacia delle risposte istituzionali. È stata inoltre ribadita l'urgenza di adottare una prospettiva realmente intersezionale, capace di cogliere l'intreccio tra genere, disabilità, origine e status socio-economico che plasma le esperienze di violenza e i percorsi di accesso alla protezione. In questa prospettiva, le operatrici hanno anche richiamato la necessità di

rendere i servizi di protezione e fuoriuscita dalla violenza concretamente accessibili – non solo sul piano fisico, ma anche informativo e relazionale:

Sento fortemente che questo sia spesso un diritto negato: il diritto di sapere che c'è un posto a cui rivolgersi in caso di bisogno. Il diritto di sapere che quella violenza, quel danno emotivo, psicologico e fisico che si è subito, non resterà invisibile.

(INT_AS_05)

In conclusione, il quadro delineato evidenzia come considerare separatamente l'esperienza migratoria, la condizione di disabilità e la violenza di genere (M), impedisca di cogliere la complessità delle situazioni vissute da molte donne, producendo ulteriori forme di isolamento e invisibilità (O). Tale frammentazione si riflette sia nel riconoscimento e nella presa in carico delle situazioni di violenza che coinvolgono donne con disabilità, sia negli approcci che, trascurando le differenze culturali, applicano modelli di intervento impliciti e standardizzati, spesso inadeguati ai contesti di provenienza e ai significati attribuiti alle nozioni di cura e autonomia. Al contrario, i progetti che integrano queste diverse dimensioni attraverso la costruzione di linguaggi condivisi, la formazione reciproca e lo scambio di competenze tra servizi (MP) attivano meccanismi generativi di cooperazione e apprendimento, favorendo risposte più integrate e un accesso effettivo ai percorsi di tutela e protezione (O).

4.10 “Nulla su di noi senza di noi”: inclusione, agency e conoscenze situate

Una questione ricorrente emersa dai materiali raccolti riguarda la richiesta, esplicita e condivisa, di superare le pratiche di rappresentazione sostitutiva e la sovra-determinazione delle persone con disabilità o con background migratorio. In molti interventi è stata messa in luce la distanza tra chi parla *per* e chi dovrebbe poter parlare *da sé*. A lungo, le persone disabili o con background migratori sono stati oggetto – più che soggetti – di discorso e di intervento, subendo forme di ingiustizia epistemica e processi di separazione, esclusione o correzione. Come ha affermato un'attivista intervistata:

Mi trovo quasi sempre in questi salotti dove trovo persone a parlare per me. Quando vedo persone che parlano di me in terza persona facendo finta che non esisto, mi arrabbio da morire. Perché comunque sono in Italia da tanto e capisco benissimo. Non mi piace che le persone parlino per me. E lo dico non solo per me, ma anche per tutte le altre persone che hanno il mio stesso vissuto.

(INT_EXP_01)

Questa prospettiva interroga direttamente le pratiche istituzionali e accademiche che, pur animate da finalità inclusive, rischiano – in assenza di un lavoro di auto-riflessione – di reiterare e stabilizzare asimmetrie di potere e dispositivi paternalistici.

Nella stessa direzione, un lavoratore culturale ha rivendicato il valore della rappresentanza diretta come forma di *agency* collettiva:

Ci siamo accorti che siamo più forti insieme e non vogliamo che nessuno parli per noi. Vogliamo parlare noi della nostra esperienza e vogliamo parlare dell'abilismo che è una morale molto forte e molto diffusa nel pensiero comune, che tende a darci la colpa dell'essere disabile, a pensare che la disabilità è un attributo personale. La disabilità è sempre contestuale, può apparire in un momento della nostra vita, può scomparire, può ritornare, può essere permanente, dipende dove abitiamo, in che contesto siamo. Noi come persone disabili non dobbiamo aspettare sempre l'aiuto di qualcuno. Noi siamo portatori di competenze e di saperi.

(GD5, 2024)

Questa testimonianza invita a riconoscere le persone con esperienza diretta come soggetti competenti e produttori di conoscenza sociale. In tal senso, la valorizzazione dei vissuti individuali e dei diversi posizionamenti sociali può tradursi in forme di organizzazione e intervento più efficaci e più aderenti alle esperienze reali delle persone coinvolte.

Questo tema ha attraversato trasversalmente tutti i gruppi di lavoro e le interviste con persone con esperienze dirette: “È utile coinvolgere le persone con disabilità perché affrontiamo e conosciamo quel determinato tipo di problema. È

indispensabile conoscere il nostro punto di vista” (INT_EXP_01). O ancora, come ha affermato un altro partecipante:

L’esperienza che ho fatto l’ho fatta su me stesso: ero un neo-disabile con burocrazia, salute, famiglia, bambini e la direzione che prende il lavoro. Ho vissuto quest’esperienza in maniera molto dettagliata. Forse se condivido tutto quello che ho acquisito nel mio percorso sarebbe una cosa molto interessante per altri che hanno bisogno.

(GD5, 2024)

L’importanza di un coinvolgimento diretto viene ribadita in diversi interventi. La referente di Differenza Donna ha sintetizzato efficacemente il punto di vista dell’associazione: “Come il femminismo ci ha insegnato, non possiamo prendere parola per gli altri, ma sono gli altri che prendono parola per sé stessi. E questo per noi è chiarissimo” (INT_AS_05).

Durante i Living Labs, i/le partecipanti hanno sottolineato che la formazione del personale non dovrebbe limitarsi ad aggiornamenti tecnici o normativi, ma integrare il contributo diretto di persone con disabilità e/o con background migratorio. Gli “esperti per esperienza” – coloro che hanno vissuto in prima persona situazioni di disabilità o migrazione – possono infatti offrire uno sguardo concreto e insostituibile, capace di far emergere aspetti che sfuggono a chi non li vive quotidianamente: “Con tutta la formazione del mondo su questi temi, se non hai esperienza diretta di un fatto, di un servizio o dell’accessibilità, certe cose semplicemente non ti vengono in mente” (LL1, 2025). Da qui la proposta di superare la tradizionale centralità di famiglie e operatori e riconoscere alle persone spesso escluse dai processi decisionali il ruolo di soggetti competenti, capaci di incidere sul funzionamento dei servizi e di orientarne il cambiamento.

Un’altra operatrice, durante un Gruppo di discussione, ha sottolineato lo stesso principio, richiamando la necessità di spazi di partecipazione reale e di ascolto delle esperienze dirette:

Secondo me sarebbe interessante da proporre a livello pratico un coinvolgimento delle persone interessate nei tavoli di progettazione sociale, altrimenti caliamo delle soluzioni dal nostro punto di vista che non sempre funzionano. È importante andare dove fanno lezioni di italiano, nelle occupazioni delle case, dove ci sono persone senza documenti. Molto spesso la risposta che riceviamo è: “Siamo stanchi di venire dove voi ci dite”. Dobbiamo andare noi nei sistemi di comunità informale che continuiamo a ignorare.

(GD4, 2024)

Il punto sollevato richiama l'impostazione – già emersa in precedenza – del welfare e dei servizi, spesso organizzati sulla logica della richiesta (cap. 4.3.1): sono le comunità o singoli a doversi adattare ai luoghi e ai linguaggi istituzionali strutturati in base a standard che trascurano, di fatto, l'eterogeneità delle esperienze sociali.

Come è stato bene sintetizzato in una risposta aperta del Questionario (Q2), le procedure burocratiche fondamentali sono spesso “pensate per utenti italiani” – e non disabili. Tale impianto penalizza chi non dispone delle risorse necessarie per orientarsi. Le risposte raccolte evidenziano la necessità di “rendere le indicazioni disponibili in diverse lingue e in formati accessibili”; “favorire un maggiore coinvolgimento nei processi decisionali delle persone migranti e delle associazioni impegnate nella tutela dei diritti delle persone con disabilità”; “promuovere percorsi di auto-aiuto e supporto tra pari” (Q2).

Per incrementare i livelli di accessibilità, secondo la referente di Differenza Donna, è necessario partire dalle parole e dai significati utilizzati delle persone coinvolte. Nel caso dei servizi antiviolenza, ad esempio, l'intervistata ha sottolineato l'importanza di comprendere, attraverso i termini e le categorie interpretative delle donne stesse – o, quando necessario, mediante strumenti di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), linguaggio facile da leggere e da capire (easy to read) o altri dispositivi di facilitazione comunicativa e relazionale – il senso attribuito alle esperienze vissute: “Bisogna capire, con il loro linguaggio e con le loro parole, che cosa significa per loro un certo tipo di violenza; allora ci correggono, ci spiegano come la intendono, e noi usiamo quelle parole lì”(INT_AS_05).

Per costruire interventi realmente efficaci, occorre ascoltare direttamente le persone, riconoscendo i loro bisogni e le loro richieste, evitando di imporre dall'esterno categorie rigide e universalizzanti. Questo aspetto è emerso con particolare chiarezza nell'intervista con la referente del Progetto Prisma:

Io vado spesso in giro a fare formazione e mi ritrovo davanti operatori sociali che ancora pensano che l'autismo sia una disabilità intellettiva, che è un approccio vecchio. È sbagliato oggi che esistono varie riflessioni sull'autismo, perché quello che dico sempre è: Bisogna ascoltare le persone con disabilità. Le persone autistiche chiedono delle cose, ascoltiamo!

(INT_AS_04).

La carenza di formazione adeguata tra gli/le operatori/operatrici contribuisce così a riprodurre forme di abilismo istituzionale, ostacolando il riconoscimento delle persone come soggetti attivi e competenti nella definizione dei propri percorsi di vita.

Durante un Gruppo di discussione (G4), un'operatrice ha inoltre richiamato l'attenzione su una serie di barriere spesso non riconosciute e trascurate:

Rispetto ad un tavolo come questo, la prima cosa che vi ho chiesto è stata: è prevista la mediazione linguistica? Possono venire le persone con disabilità non certificata? Spessissimo ci troviamo in situazioni dove siamo italiani con alcuni diritti che altre persone non hanno. Ci sono alcune questioni da tenere presente: c'è il tema degli orari, il linguaggio deve essere semplice; diversificare i luoghi; poi c'è un tema molto banale che è la formazione. Noi dovremmo essere formati sulla *Diversity and Inclusion* e portare la formazione nelle istituzioni: formare tutte quelle istituzioni che si occupano di burocrazia ad accogliere un target diversificato.

(GD4, 2024)

Come evidenziato anche in questo estratto, molti interventi hanno richiamato la necessità di interrogarsi sul proprio posizionamento – come soggetti, professionisti/e e attori sociali – poiché questo aspetto incide notevolmente sui livelli di riconoscibilità

e di accesso alle opportunità: “Io, italiana bianca, non posso parlare al vostro posto della vostra esperienza” (GD4, 2024).

Il tema è stato ripreso anche durante l'intervista con il referente di Caritas, che ha sottolineato la persistenza di una forte asimmetria nella produzione di conoscenze e nella definizione delle politiche:

C'è un concetto che ribadisco spesso con forza: io e te siamo operatori con competenze, con età diverse, tu molto giovane e capace. Siamo italiani – io anche argentino, ma comunque italiano – e stiamo parlando di persone immigrate. In altre parole, sono sempre gli italiani che parlano degli immigrati, che sviluppano progetti, che attribuiscono competenze e stabiliscono le azioni del sistema. Purtroppo, da questo lavoro, da questo bacino, da questo contenitore di saperi che siamo tu ed io, restano escluse le associazioni rappresentative. Il discorso sembra banale, ma lo ripropongo ogni volta: qui ci sono operatori e istituzioni italiane che lavorano per gli immigrati, ma manca il *con*. Ora, il *con* da chi è rappresentato? Dagli utenti, certo, ma l'utente in situazione di disagio non può aiutarsi da solo. Ci sono però le reti etniche, le associazioni auto-rappresentative, Questa ricchezza associativa andrebbe valorizzata.

(INT_AS_02)

L'intervistato ha posto l'accento sull'importanza di dare visibilità e sostegno alle reti associative di base, evidenziando come “l'associazionismo migratorio rappresenti una risorsa potenzialmente enorme, ma spesso poco conosciuta” (INT_AS_02). Ha inoltre osservato che molte di queste realtà raramente vengano riconosciute e sostenute dalle istituzioni come luoghi di informazione e orientamento. Ne consegue che, ad oggi, le informazioni offerte non sempre risultano affidabili: in alcuni casi a causa di condizionamenti o logiche di interesse, in altri per la mancanza di strumenti adeguati o di risorse. Per queste ragioni, secondo l'intervistato, chi dispone di competenze e strumenti dovrebbe “investire di più nella valorizzazione di queste realtà associative”, rafforzandone il ruolo e le attività sociali.

Su questa linea, la referente della Cooperativa Crinali ha sottolineato l'importanza delle risorse e delle condizioni materiali: le possibilità di auto-rappresentazione e di partecipazione attiva dipendono infatti in modo significativo dalle risorse economiche, sociali e relazionali di cui le persone dispongono.

In Italia siamo ancora troppo giovani, sia come società di immigrazione sia come movimenti di auto-rappresentanza delle persone migranti o con disabilità. Nonostante le seconde generazioni abbiano creato movimenti di rivendicazione dei propri diritti, il percorso è faticoso. Nel campo della disabilità, coinvolgere persone migranti in processi di auto-rappresentanza è ancora più difficile, perché molte famiglie sono assorbite dalla gestione della vita quotidiana. La migrazione comporta spesso solitudine e mancanza di reti di sostegno, con ricadute economiche pesanti.

(INT_AS_03)

I processi di partecipazione, in quest'ottica, non possono prescindere dalle condizioni materiali di esistenza che ne determinano la possibilità stessa. Affinché l'inclusione non resti un esercizio formale o meramente consultivo (Ahmed, 2012) (cap. 2.4), è necessario che si fondi su presupposti concreti di accesso alle risorse, alle opportunità e agli spazi decisionali, attraverso una redistribuzione effettiva di potere e responsabilità.

In conclusione, nei contesti in cui la produzione di conoscenza e le pratiche di intervento rimangono concentrate nelle mani di professionisti ed "esperti" (C), si attivano meccanismi di sostituzione rappresentativa e di esclusione epistemica (M) che finiscono per riprodurre asimmetrie di potere ed oscurare le esperienze dirette (O). Al contrario, quando i vissuti collettivi vengono valorizzati come forme di sapere legittimo – anche attraverso processi di contaminazione, formazione reciproca e scambio di competenze – (M) si generano esiti più efficaci, concreti e situati, poiché costruiti a partire dalle condizioni reali di vita delle persone coinvolte (O).

Questa impostazione richiede di mettere in discussione in profondità le modalità organizzative e i contesti istituzionali: scardinare i criteri ufficiali di intelligibilità, riconoscere ciò che rimane ai margini delle categorie dominanti e

restituire valore e legittimità alle esperienze che non trovano spazio nei linguaggi del riconoscimento.

Capitolo 5 – Conclusione

Il seguente capitolo riassume gli esiti complessivi del percorso di ricerca, rileggendoli alla luce del quadro teorico e metodologico delineato nei capitoli precedenti.

Il paragrafo 5.1 presenta alcune considerazioni sulle evidenze empiriche, mostrando come la comprensione della relazione tra disabilità e migrazioni richieda di interrogare le categorie amministrative, le pratiche valutative e gli immaginari istituzionali che rendono alcune soggettività intellegibili, riconoscibili e governabili, mentre altre rimangono ai margini della rappresentazione e delle tutele.

Il paragrafo 5.2 espone una sintesi delle configurazioni CMO, offrendo una visione d'insieme delle principali criticità, dei meccanismi ricorrenti e degli esiti che attraversano i diversi campi della ricerca.

Il paragrafo 5.3 traduce queste evidenze in alcune prospettive operative, delineando possibili direzioni di intervento, tenendo conto dei vincoli istituzionali e delle risorse messe in campo dalle soggettività coinvolte.

Complessivamente, il capitolo propone una lettura integrata dei risultati empirici: le ipotesi iniziali vengono ampliate da nuovi elementi, restituendo un quadro più articolato delle dinamiche disabilitanti e, al contempo, vengono individuate alcune possibili traiettorie di trasformazione.

5.1 Ripensare la normalità

Alla luce delle evidenze emerse dal percorso empirico, disabilità e migrazioni appaiono categorie sociali considerate “eccezionali”, la cui collocazione ai margini degli apparati istituzionali permette di interrogare i meccanismi profondi che regolano le infrastrutture di welfare, l'accesso ai diritti e la distribuzione differenziale delle opportunità. Gli ambiti sociali analizzati – dalle procedure di accoglienza ai percorsi di riconoscimento della disabilità, fino all'interazione quotidiana con i principali servizi – rendono visibile la presenza di uno standard implicito di normalità articolato su più dimensioni. In primo luogo, l'appartenenza nazionale viene assunta come riferimento non esplicitato, introducendo rigide barriere linguistiche e simboliche nelle procedure amministrative. A ciò si affianca la reiterazione – talvolta inconsapevole –

nelle rappresentazioni e nelle pratiche istituzionali, dell'immaginario culturale occidentale, come evidente, ad esempio, nei significati attribuiti ai concetti di *individuo, salute e cura*. Infine, opera un'assunzione implicita dell'idea di abilità, rintracciabile nella scarsa attenzione al tema dell'accessibilità tanto a livello materiale quanto organizzativo, relazionale e procedurale. Questi elementi funzionano come parametri selettivi che definiscono norme di legittimità e producono aspettative in termini di autonomia, produttività e competenza amministrativa; allo stesso tempo, stabiliscono criteri di credibilità, delimitando la riconoscibilità delle esperienze delle soggettività che non rientrano in tale standard implicito.

Quando le politiche si rivolgono dichiaratamente alla differenza (*diversity*) – ad esempio nelle politiche di integrazione in ambito migratorio o di inclusione della disabilità – tendono tuttavia a riproporre dei modelli uniformi e settoriali, che mantengono una rigida separazione tra ambiti e attribuiscono prevalenza a un singolo fattore sociale a scapito di altri. Come emerso dalla ricerca, questa impostazione riflette l'eredità di un sistema di welfare sviluppato per compartimenti, non allineato alla crescente diversificazione sociale. Lo scenario attuale, tuttavia, richiede un ripensamento sostanziale, capace di rispondere a bisogni che si collocano sempre più spesso all'intersezione di più dimensioni sociali.

Il rischio concreto è quello di una lettura parziale delle situazioni sociali che produce, – anche quando le tutele normative sono previste – un rilevante scarto tra garanzie formali e possibilità effettive di accedere ai diritti. Questi assetti impliciti continuano informare i diversi livelli del campo burocratico: dalle normative, alla pianificazione di politiche e interventi sociali, fino agli immaginari professionali. Gli effetti sulle traiettorie di vita dei soggetti direttamente coinvolti sono di ampia portata: inaccessibilità, mancata presa in carico, forme di invisibilizzazione, oppure, all'estremo opposto, sovra-medicalizzazione di situazioni che richiederebbero letture multidimensionali e integrate.

5.2 Sintesi CMO

La seguente sezione presenta in forma sistematica le principali configurazioni CMO emerse dal lavoro empirico. Le ipotesi iniziali – relative alla persistenza dell'egemonia del modello medico-individuale, il campo burocratico come dispositivo di inclusione

ed esclusione e la frammentazione dei servizi (cap. 3.2) – trovano conferma, e vengono qui articolate alla luce di nuovi elementi raccolti durante la ricerca.

Context (C)	Mechanisms (M)	Outcome (O)
Frammentazione dei servizi; sovraccarico strutturale; risorse – economiche e formative – insufficienti; requisiti amministrativi selettivi + Egemonia del modello medico-individuale	Semplificazione operativa; ricorso a categorie generiche (es. trauma migratorio; BES in ambito scolastico) e procedure standardizzate; Rilevazione basata sulla visibilità dell’impairment <i>A: discrezionalità operatori/operatrici; riproduzione implicita di bias</i>	Riproduzione di una definizione ristretta di disabilità e del paradigma medico; processi di sovra-medicalizzazione; invisibilizzazione delle condizioni meno evidenti; svalutazione delle dimensioni sociali
Approccio mono-categoriale e inquadramento settoriale (es. persona migrante = no disabilità; disabilità = condizione fisica ed evidente; persona migrante = persona giovane; violenza di genere = non riguarda donne con disabilità)	Politiche, criteri e immaginari istituzionali non rivolte a determinate fasce sociali	Lecture parziali delle esperienze sociali; rimbalzi istituzionali; costruzione istituzionale dell’“eccezionalità” (casi complessi/speciali); esclusione strutturale delle persone situate all’intersezione di più dimensioni sociali (disabilità, migrazione, genere, età)
Campo burocratico basato sulla “richiesta” e su categorie e criteri amministrativi rigidi e standardizzati, che presuppongono la capacità degli/delle utenti di auto-narrare la propria	Procedure che non considerano differenze culturali, competenze linguistiche, diverse modalità di rappresentare ed esperire disabilità	Esclusione di chi non dispone degli strumenti o dei capitali necessari per tradurre la propria esperienza in linguaggi considerati validi e legittimi;

condizione nei linguaggi istituzionali	<i>A: azione di supporto di operatori/operatrici, associazioni e reti territoriali</i>	Accessibilità esito contingente, connesso alle risorse disponibili nei singoli contesti territoriali
Requisiti burocratici stringenti e interdipendenti (permesso di soggiorno, residenza, certificazione della disabilità, alloggio, lavoro)	Procedure complesse, scarsa coordinazione tra enti, lunghi tempi di attesa	Precarietà giuridica, abitativa, sociale e sanitaria; sospensione dei diritti; produzione di vulnerabilità socialmente indotte
Inaccessibilità dei contesti sociali nelle loro dimensioni materiali, economiche, organizzative e relazionali	Meccanismi di esclusione o “segregazione ordinaria” <i>A: lavoro invisibile della disabilità: mediazioni, negoziazioni e strategie di sopravvivenza</i>	Processi di invisibilizzazione; cittadinanza parziale
Politiche di intervento e produzione di conoscenza centralizzati nelle figure professionali ed esperti	Sostituzione rappresentativa, esclusione epistemica	Riproduzione asimmetrie di potere; cancellazione delle esperienze dirette; policy e interventi distanti dai vissuti concreti delle persone coinvolte

Le evidenze raccolte mostrano che la relazione tra disabilità e migrazioni è plasmata da una combinazione simultanea di vincoli strutturali, modelli culturali e dispositivi burocratici.

La frammentazione dei servizi, la scarsità di risorse e l’egemonia del modello medico-individuale favoriscono letture semplificate dei bisogni, basate sulla visibilità dell’impairment e su categorie standardizzate (come “trauma migratorio” o l’etichetta BES nei contesti educativi). In tale processo è rilevante l’azione discrezionale di operatori/operatrici che può contribuire alla riproduzione implicita di bias o, al

contrario, facilitare i processi di riconoscimento, mediazione e accesso ai servizi. Tali dinamiche, nell'insieme, contribuiscono a rafforzare una definizione ristretta e medica di disabilità, generando un'invisibilizzazione delle condizioni e degli impairment meno evidenti e una svalutazione sistematica delle dimensioni sociali.

A livello istituzionale, l'approccio mono-categoriale e settoriale produce letture parziali delle esperienze sociali. Come emerso dal lavoro empirico spesso le persone migranti vengono rappresentate come non disabili o non anziane; la disabilità viene intesa quasi esclusivamente come condizione fisica ed immediatamente evidente; alcuni fenomeni come la violenza di genere raramente vengono considerati rilevanti per le persone con disabilità. Queste visioni a compartimenti orientano l'organizzazione dei servizi, producendo rinvii di responsabilità tra enti, costruzioni di "casi speciali ed eccezionali" e, complessivamente, forme di esclusione sistemica di chi si situa all'intersezione di più dimensioni sociali.

In un campo burocratico fondato sul "dover richiedere" e su criteri amministrativi rigidi e standardizzati, l'accesso ai diritti dipende dalla capacità dei soggetti di tradurre la propria esperienza nei linguaggi istituzionali. Questo assetto preclude l'accesso a chi dispone di competenze linguistico-culturali limitate o utilizza altre modalità di rappresentare la propria condizione. Anche in questo quadro l'azione di operatori/operatrici e reti territoriali può determinare esiti differenti. L'accessibilità diviene così un esito contingente e fortemente connesso all'organizzazione e alle risorse disponibili nei singoli contesti territoriali.

L'interdipendenza dei requisiti amministrativi – permesso di soggiorno, residenza, certificazioni, lavoro, alloggio – e la complessità delle procedure possono generare precarietà giuridica, sanitaria e sociale, sospensione dei diritti e condizioni di vulnerabilità socialmente indotte. Questi processi andrebbero analizzati criticamente e non assunti come esiti "naturalisti" o effetti collaterali della condizione sociale delle persone coinvolte.

L'inaccessibilità dei contesti sociali nelle loro dimensioni materiali, economiche, organizzative e relazionali produce meccanismi di "segregazione ordinaria" che limitano la piena partecipazione e configurano forme di cittadinanza parziale. In questo quadro assume un valore decisivo – benché spesso non riconosciuto

– il “lavoro invisibile della disabilità”: continue mediazioni, negoziazioni e strategie di sopravvivenza messe in atto dai soggetti coinvolti.

Infine, il monopolio da parte delle figure professionali ed esperte nella produzione di conoscenza e nella definizione di policy, riproduce asimmetrie di potere, oscura le esperienze dirette e produce interventi sociali distanti dalle condizioni concrete delle persone coinvolte.

5.3 Prospettive trasformative

Dalle evidenze empiriche e dalle configurazioni CMO, emergono alcune direttrici operative in grado di orientare l'azione complessiva dei servizi. Tali proposte derivano dall'analisi dei meccanismi ricorrenti messi in luce nel corso della ricerca, con particolare attenzione ai “meccanismi di programma” (MP) (Porter, 2015), ovvero le risorse e le condizioni introdotte da un intervento che, nell'interazione con i contesti e con l'agency degli attori, possono innescare dinamiche trasformative. Particolare attenzione è stata inoltre posta all'agency dei soggetti coinvolti: come discusso nel Capitolo 3.1.1, i processi di cambiamento dipendono non soltanto dai dispositivi istituzionali, ma anche dalla capacità delle soggettività di reinterpretare, negoziare e modificare le condizioni entro cui agiscono. Le indicazioni che seguono integrano quindi gli elementi strutturali e le possibilità di trasformazione emerse dalle esperienze dirette delle persone coinvolte.

Queste proposte non vanno intese come linee guida prescrittive, ma come cornici orientative e flessibili, aperte a possibilità di revisione integrazione, da declinare in modo contestuale e situato, tenendo conto delle specificità dei vari contesti.

- *Modello sociale*

Adottare una visione sociale della disabilità, in linea con la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), significa considerare la disabilità come il risultato dell'interazione tra caratteristiche individuali e barriere sociali, culturali, economiche e organizzative. In questa prospettiva l'oggetto degli interventi e delle politiche di trasformazione non sono i singoli individui, ma i contesti e

i dispositivi istituzionali, organizzativi e materiali che producono disuguaglianze. Tale impostazione comporta effetti rilevanti: permette di individuare con maggiore precisione i fattori sociali che concorrono a modellare l'esperienza di disabilità; orientare gli interventi verso la dimensione sociale – e non solo sanitaria – ampliando le opportunità di partecipazione alla vita collettiva; infine, contribuisce a forzare i confini dell'idea di “normalità”, valorizzando la molteplicità delle esperienze e delle modalità relazionali esistenti.

- *Intersezionalità*

Contrapporre alle letture mono-categoriali un'impostazione intersezionale: riconoscere come età, genere, status giuridico, condizioni economiche e background socio-culturale modellino le opportunità di accesso, mettendo al centro la complessità delle esperienze sociali, senza ancorarle ad uno stato di eccezionalità. Questa impostazione permette di evitare la riproduzione di categorie rigide e di gerarchie di rilevanza e di avere una lettura più articolata delle condizioni sociali.

- *Approcci intersettoriali*

Superare i modelli “satellitari”: promuovere approcci integrati e una collaborazione permanente tra settori differenti. Tale impostazione richiede lo scambio delle competenze, una postura di ascolto e apprendimento reciproco e un atteggiamento riflessivo sul posizionamento professionale e sui rapporti di potere che attraversano le pratiche quotidiane. Un orientamento in tal senso potrebbe essere integrato a diversi livelli: attraverso un progressivo ripensamento delle norme, delle politiche e dei dispositivi istituzionali, fino all'organizzazione dei servizi, alle procedure, ai criteri amministrativi e alle interazioni “street-level” tra personale e utenti. Nel concreto, questo può tradursi nell'implementazione di tavoli di confronto

intersettoriali, protocolli condivisi e aperti a revisioni e aggiornamenti basati sull'esperienza.

- *Formazione*

Formazione trasversale orientata ad acquisire una comprensione della disabilità come esperienza sociale, relazionale e situata e conoscenze transculturali di base. L'obiettivo è sviluppare la capacità di collocare il proprio agire entro le relazioni sociali e i rapporti di potere, riconoscendo gli effetti istituzionali e rendendo visibili i bias che influenzano interpretazioni e decisioni in tutti i livelli organizzativi.

- *Accessibilità*

La formazione dovrebbe essere strettamente intrecciata al tema dell'accessibilità, intesa non come questione puramente tecnica, ma come condizione che abilita o impedisce la partecipazione sociale, agendo di fatto come un dispositivo di selezione. Per questo motivo, una valutazione delle condizioni di accessibilità andrebbe considerata come prerequisito di ogni politica, programma e iter, e non un adattamento marginale, eccezionale e discrezionale. In tal senso, sarebbe utile prevedere una semplificazione delle procedure e canali informativi diretti – anche attraverso l'uso di strumenti digitali – progettati per rispondere ad esigenze, modalità di interazione, background, vissuti e condizioni linguistiche e sociali differenti.

- *Tempi istituzionali e tempi di vita*

La facilitazione delle procedure è funzionale alla riduzione dei tempi di attesa e delle asimmetrie tra tempi istituzionali e tempi di vita. Le persone direttamente coinvolte sono infatti costrette a impiegare tempo, energie e risorse personali per orientarsi nei sistemi burocratici; spesso vivono una temporalità sospesa, segnata dalla precarietà giuridica, dalle revisioni documentali o dall'attesa di una certificazione. Intervenire sulla dimensione temporale differenziale che attraversa i vissuti dei

soggetti coinvolti significa quindi riconoscere il peso del tempo – e del lavoro invisibile – che esse devono sostenere per accedere ai diritti e alle opportunità.

- *“Andare verso le comunità”*⁷¹

Mettere in discussione un impianto basato sul “dover richiedere” e sulle aspettative di competenza poste sugli/le utenti significa interrogare criticamente l’idea che le persone debbano saper rappresentare sé stesse entro linguaggi amministrativi e categorie di riconoscibilità esistenti. Un approccio alternativo richiede di ampliare i confini di ciò che viene considerato intellegibile e legittimo, rivolgendosi alle reti di comunità e restituendo valore alle esperienze che oggi rimangono ai margini del linguaggio istituzionale.

- *Agency*

Un punto imprescindibile è il coinvolgimento diretto delle persone interessate: i vissuti individuali e collettivi devono essere riconosciuti come forme di sapere pienamente legittime, capaci di orientare politiche e interventi in modo più aderente alle reali condizioni di vita. Allo stesso tempo, occorre valorizzare le reti informali e le infrastrutture della cura – spesso decisive nella quotidianità, ma sistematicamente invisibilizzate. Per questa ragione interventi e politiche sociali dovrebbero prevedere in maniera strutturale processi di co-progettazione, restituzione dei risultati e un monitoraggio continuo fondato sul feedback delle persone e delle comunità direttamente coinvolte.

Le indicazioni emerse dai contributi e dai vissuti dei/delle partecipanti, ciascuno/a da un posizionamento diverso rispetto ai temi della ricerca, incoraggiano forme di intervento sociale realmente rispondenti alle esigenze delle soggettività coinvolte.

⁷¹ GD4, 2024

La realizzazione di tali iniziative oltrepassa le singole dinamiche di riconoscimento: richiede una redistribuzione materiale di risorse e opportunità, e un investimento sostanziale nelle infrastrutture sociali orientate al mantenimento e alla riproduzione della vita. Se, come sostiene The Care Collective (2021), “il neoliberismo rappresenta una seria minaccia per tutte le forme di cura che non producono profitto” (p.24), allora ripensare i criteri impliciti di “normalità”, produttività e individualizzazione significa riconfigurare la cura come pratica collettiva e abilitante.

Bibliografia

- Acanfora, F. (2022). *Di pari passo: Il lavoro oltre l'idea di inclusione*. Luiss University Press.
- Ahmed, S. (2007). A phenomenology of whiteness. *Feminist Theory*, 8(2), 149–168.
- Ahmed, S. (2012). *On being included: Racism and diversity in institutional life*. Duke University Press.
- Amnesty International. (2024, July 4). *Italy: Abuse of migration-related detention in punitive conditions deprives people of liberty and dignity*.
<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2024/07/italy-abuse-of-migration-related-detention-in-punitive-conditions-deprives-people-of-liberty-and-dignity/>
- Annamma, S. A., Connor, D., & Ferri, B. (2013). Dis/ability critical race studies (DisCrit): Theorizing at the intersections of race and dis/ability. *Race Ethnicity and Education*, 16(1), 1–31.
- Archer, M. (1995). *Realist social theory: The morphogenetic approach*. Cambridge University Press.
- Arconzo, G. (2022). La condizione giuridica delle persone straniere con disabilità: Percorsi di ricerca nella prospettiva delle discriminazioni multiple. *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 24(3), 149–177.
- Bell, C. (2006). Introducing White disability studies: A modest proposal. In L. J. Davis (Ed.), *The disability studies reader* (2nd ed., pp. 275–282). Routledge.
- Bell, S. L., Tabe, T., & Bell, S. (2020). Seeking a disability lens within climate change migration discourses, policies and practices. *Disability & Society*, 35(4), 682–687.

- Bernardini, M. G. (a cura di). (2019). *Migranti con disabilità e vulnerabilità: Rappresentazioni, politiche, diritti* (Collana “Università di Ferrara – Dipartimento di Giurisprudenza”, n. 18). Jovene.
- Bernardini, M. G. (2022). Imprevisti. La “lotta per i diritti” delle persone migranti con disabilità. *Mondi Migranti*, 3, 77–89.
- Bhaskar, R. (1975). *A realist theory of science*. Harvester.
- Bhaskar, R. (1989). *The possibility of naturalism: A philosophical critique of the contemporary human sciences* (2nd ed.). Harvester Wheatsheaf.
- Bilge, S. (2013). Intersectionality undone: Saving intersectionality from feminist intersectionality studies. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(2), 405–424.
- Blair, J., & Neale, D. (2021). *Bridging a protection gap: Disability and the Refugee Convention*. Helen Bamber Foundation.
<https://www.helenbamber.org/sites/default/files/2021-04/Bridging%20a%20Protection%20Gap%20-%20Disability%20and%20the%20Refugee%20Convention.pdf>
- Boiano, I. (2019). La disabilità nell’esperienza delle donne migranti, richiedenti asilo e rifugiate. In M. G. Bernardini (a cura di), *Migranti con disabilità e vulnerabilità: Rappresentazioni, politiche, diritti* (pp. 117–132). Jovene.
- Bolognesi, I., & Dainese, R. (2020). Minori con disabilità provenienti da percorsi migratori: Studi e ricerche in contesti educativi, scolastici e sociali = Minors with disabilities from migratory routes: Studies and researches in educational, scholastic and social contexts. *Educazione Interculturale – Teorie, Ricerche, Pratiche*, 18(2), 77–88.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2002). *Index for inclusion: Developing learning and participation in schools* (Edizione italiana tradotta da E. Valtellina, 2008). Edizioni Erickson. <https://www.eenet.org.uk/resources/docs/Index%20Italian.pdf>

- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Polity Press.
- Bourdieu, P. (2013). *Sullo Stato: Corso al Collège de France* (M. Guareschi, Trad.). Feltrinelli. (Opera originale pubblicata negli anni 1989–1992).
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (2006). *La riproduzione*. Guaraldi. (Opera originale pubblicata nel 1970).
- Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D., & Farage, S. (1994). Rethinking the state: Genesis and structure of the bureaucratic field. *Sociological Theory*, 12(1), 1–18.
- Burns, N. (2019). Boundary maintenance: Exploring the intersections of disability and migration. In N. Watson & S. Vehmas (Eds.), *Routledge handbook of disability studies* (2nd ed., pp. 16–27). Routledge.
- Butler, J. (2009). *Frames of war: When is life grievable?* Verso.
- Campbell, F. A. K. (2008). Exploring internalized ableism using critical race theory. *Disability & Society*, 23(2), 151–162.
- Centro RiEsco. (2011). *Disabili stranieri: Un doppio sguardo per l'inclusione sociale. Rileggere criticamente saperi, modelli e strumenti* (a cura di S. Mei). Centro Servizi Consulenza Risorse Educative e Scolastiche, Comune di Bologna.
- Chapman, C. (2025). *L'impero della normalità: Neurodiversità e capitalismo*. Mimesis.
- Chieppa, M. A. (2019). Migrazioni e disabilità: Un approccio intersezionale per una scuola plurale. *Educazione Interculturale. Culture, esperienze, progetti*, 17(1–2).
<https://rivistedigitali.erickson.it/educazione-interculturale/archivio/vol-17-n-1-2/migrazioni-e-disabilita-un-approccio-intersezionale-per-una-scuola-plurale/>
- Cocco, N., Di Luciano, C., Landri, C. L., & Papotti, G. (2024). La tutela della salute nei CPR: Un diritto trattenuto. *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 3.
- Collins, P. H. (2022). *Intersezionalità come teoria critica della società* (F. Corbisiero & M. Nocenzi, A cura di). UTET Università.

- Colombo, M., Tarantino, C., & Boccagni, P. (2022). Introduzione. Disabilità e migrazione. Gli studi in Italia. In M. Colombo, C. Tarantino, & P. Boccagni (a cura di), *Disabilità e migrazione. Gli studi in Italia* (pp. 9–25). *Mondi Migranti*, 3/2022.
- Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. (2014). *Commento generale n. 2 sull'accessibilità (articolo 9)* (CRPD/C/GC/2).
- Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. (2016). *Osservazioni conclusive al primo rapporto dell'Italia* (CRPD/C/ITA/CO/1). Presidenza del Consiglio dei Ministri – Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. <https://www.osservatoriodisabilita.gov.it/media/1355/osservazioni-conclusive-al-primo-rapporto-dell-italia.docx>
- Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. (2018). *Commento generale n. 6 sull'uguaglianza e la non discriminazione (articolo 5)* (CRPD/C/GC/6).
- Confederation of Indian Organisations (UK). (1986). *Double bind: To be disabled and Asian: A report and survey on employment in Greater London and how matters could be improved*. Confederation of Indian Organisations (UK). <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/confederation-of-indian-orgs-double-bind.pdf>
- Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2024). Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out from 2 to 12 April 2024. Council of Europe. <https://rm.coe.int/1680b2c7e7>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Crippi, I. (2024). *Lo spazio non è neutro: Accessibilità, disabilità, abilismo*. Tamu Edizioni.

- D'Alessio, S. (2015). Disability studies in education: Che cosa sono e perché sono importanti per lo sviluppo di una scuola e un'università inclusive. *L'integrazione scolastica e sociale*, 14(2), 31–39.
- De Silva, V. (2020). Antropologia medica e disabilità. *Minority Report. Cultural and Disability Studies*, 11. Mimesis.
- De Simoni, S., & Monchietto, A. (2025). Il modello sociale della disabilità: Genesi e sviluppi. In E. Valtellina (a cura di), *Sulla disabilitazione. Introduzione ai disability studies* (pp. 5–24). UTET Università.
- Descartes, R. (1930). *Meditazioni filosofiche ed estratti delle obiezioni e risposte* (G. De Giuli, Trad.). Paravia. (Opera originale pubblicata nel 1641).
- Di Sciullo, L., Griffo, G., & D'Errico, L. (2020, 8 dicembre). *Migranti con disabilità. La discriminazione invisibile*. Centro Studi e Ricerche IDOS; CeRC – Robert Castel Centre for Governmentality and Disability Studies. https://www.fishonlus.it/progetti-fish/multidiscriminazione/azioni/files/Report_migranti.pdf
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- European Agency for Development in Special Needs Education. (2009). *Multicultural diversity and special needs education* [Summary report]. European Agency for Development in Special Needs Education. https://www.european-agency.org/sites/default/files/multicultural-diversity-and-special-needs-education_Multicultural-Diversity-EN.pdf
- European Association of Service Providers for Persons with Disabilities. (2020). *Migrants with disabilities: Ensuring access to quality support* [Position paper]. EASPD. https://easpd.eu/fileadmin/user_upload/Publications/EASPD_-_Position_Paper_on_Migrants_with_Disabilities_DEC2020.pdf
- European Commission. (2021a). *Union of equality: Strategy for the rights of persons with disabilities 2021–2030* (Publication No. KE-02-21-257-EN-N). Publications Office

- of the European Union. https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/03/KE0221257ENN_002-proof-2.pdf
- European Commission. (2021b). *Union of equality: Strategy for the rights of persons with disabilities 2021–2030* (COM(2021) 171 final). Publications Office of the European Union.
- European Disability Forum. (2022, March). *Combating trafficking in persons with disabilities* [Position paper]. European Disability Forum. <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/03/EDF-position-on-combating-human-trafficking-%E2%80%93-review-of-EU-rules-1.pdf>
- European Union Agency for Asylum. (2024, May). *Guidance on vulnerability in asylum and reception: Operational standards and indicators*. EUAA. <https://euaa.europa.eu/publications/guidance-vulnerability-operational-standards-and-indicators>
- European Union Agency for Asylum. (2024a, November). *Practical guide on applicants with diverse sexual orientations, gender identities, gender expressions and sex characteristics: Reception*. Publications Office of the European Union. <https://euaa.europa.eu/publications/practical-guide-SOGIESC-reception>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *Violence against children with disabilities: Legislation, policies and programmes in the EU*. Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-violence-against-children-with-disabilities_en.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2016). *Thematic focus: Migrants with disabilities*. FRA. <https://fra.europa.eu/it/content/thematic-focus-migrants-disabilities>
- Erevelles, N. (2002). (Im)material citizens: Cognitive disability, race and the politics of citizenship. *Disability, Culture and Education*, 1(1), 5–25.
- Erevelles, N. (2011). *Disability and difference in global contexts: Enabling a transformative body politic*. Palgrave Macmillan.

- Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap. (2013). *Migranti con disabilità: Conoscere i dati per costruire le politiche* [PDF]. FISH.
https://www.fishonlus.it/files/2022/02/ReportMigranti_Unar_Regioni_Ob_Con.pdf
- Filosa, G., Chiurco, L., Giuliano, G., & Rosano, A. (2023). Le persone di origine straniera con disabilità: Questioni emergenti e principali fonti statistiche di riferimento. In L. Zanfrini & C. Formichi (a cura di), *Immigrazione e disabilità: Conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?* (Collana CeDoc). Fondazione ISMU ETS.
<https://www.ismu.org/immigrazione-e-disabilita-conoscenze-politiche-e-buone-pratiche-a-che-punto-siamo/>
- FISH – Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap; IREF – Istituto di Ricerche Educative e Formative (2020). *La qualità del lavoro per le persone con disabilità*. Proietti, L., & Zucca, G. (a cura di). Report.
- Finkelstein, V. (1981). Disability and the helper/helped relationship: An historical view. In A. Brechin, P. Liddiard, & J. Swain (Eds.), *Handicap in a social world*. Hodder and Stoughton.
- Foucault, M. (1997). La politica della salute nel XVIII secolo. In A. Dal Lago (a cura di), *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste 1976–1988* (Vol. 2, pp. 187–201). Feltrinelli. (Opera originale pubblicata nel 1974).
- Foucault, M. (2010). *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974–1975)* (V. Marchetti & A. Salomoni, A cura di). Feltrinelli. (Opera originale pubblicata nel 1999).
- Foucault, M. (2011). *Storia della follia nell'età classica* (F. Ferrucci, E. Renzi, & V. Vezzoli, Trad.). Rizzoli.
- Foucault, M. (2014). *Sorvegliare e punire: Nascita della prigione* (A. Tarchetti, Trad.). Einaudi. (Opera originale pubblicata nel 1975).
- Foucault, M. (2016). *Storia della sessualità. Vol. 1: La volontà di sapere* (P. Pasquino & G. Procacci, Trad.). Feltrinelli. (Opera originale pubblicata nel 1976).

- Fraser, N., & Honneth, A. (2020). *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche*. Meltemi.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Friso, V., & Pileri, A. (2020). Bambini migranti con disabilità nella scuola primaria: Prospettive di ricerca. *Educazione Interculturale – Teorie, Ricerche, Pratiche*, 18(2), 70–76.
- Galton, F. (1869). *Hereditary genius: An inquiry into its laws and consequences*. Macmillan.
- Galton, F. (1889). *Natural inheritance*. Macmillan.
- Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. (2023). Relazione al Parlamento 2023 [PDF].
<https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/fc13013de38c3ba97c6d0357fe21b941.pdf>
- Gargiulo, E. (2022). *(Senza) residenza. L'anagrafe tra selezione e controllo*. Eris Edizioni.
- Garland-Thomson, R. (2017). *Extraordinary bodies: Figuring physical disability in American culture and literature* (20th anniversary ed.). Columbia University Press.
- Giuliani, G. (2012). Bianchezza – Whiteness. In S. Marchetti, J. M. H. Mascot, & V. Perilli (Eds.), *Femministe a parole: Grovigli da districare* (pp. 32–36). Ediesse.
- Giuliani, G. (2015). Mediterraneità e bianchezza: Il razzismo italiano tra fascismo e articolazioni contemporanee (1861–2015). *Iperstoria*, 6, 167–178.
- Giuliani, G. (a cura di). (2015). *Il colore della nazione*. Le Monnier–Mondadori.
- Goussot, A. (2009). Famiglie immigrate e disabilità. In M. Pavone (a cura di), *Famiglia e progetto di vita: Crescere un figlio disabile dalla nascita alla vita adulta*. Erickson.

- Goussot, A. (2015). I rischi di medicalizzazione nella scuola: Paradigma terapeutico o pedagogico? *Educazione Democratica*, 9, 15–47.
- Grech, S. (2009). Disability, poverty and development: Critical reflections on the majority world debate. *Disability & Society*, 24(6), 771–784.
- Grech, S. (2011). Recolonising debates or perpetuated coloniality? Decentring the spaces of disability, development and community in the global South. *International Journal of Inclusive Education*, 15(1), 87–100.
- Grech, S. (2015). Decolonising Eurocentric disability studies: Why colonialism matters in the disability and global South debate. *Social Identities*, 21(1), 6–21.
- Grech, S. (2016). Disability and development: Critical connections, gaps and contradictions. In S. Grech & K. Soldatic (Eds.), *Disability in the global South: The critical handbook* (pp. 3–20). Springer.
- Grech, S. (2016a). Disability and poverty: Complex interactions and critical reframings. In S. Grech & K. Soldatic (Eds.), *Disability in the global South: The critical handbook* (pp. 217–236). Springer.
- Grech, S., & Soldatic, K. (Eds.). (2016). *Disability in the global South: The critical handbook*. Springer.
- Griffo, G., & D'Errico, L. (2022). I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia: La difficile emersione di un tema largamente invisibile. In M. Colombo, C. Tarantino, & P. Boccagni (a cura di), *Disabilità e migrazione. Gli studi in Italia (Mondi Migranti, 3*, pp. 25–44). FrancoAngeli.
- Hall, S. (1990). Cultural identity and diaspora. In J. Rutherford (Ed.), *Identity: Community, culture, difference* (pp. 222–237). Lawrence & Wishart.
- Hamraie, A. (2017). *Building access: Universal design and the politics of disability*. University of Minnesota Press.

- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
- Harding, S. (1993). Rethinking standpoint epistemology: What is “strong objectivity”? In L. Alcoff & E. Potter (Eds.), *Feminist epistemologies* (pp. 49–82). Routledge.
- Harré, R. (1972). *The philosophies of science*. Oxford University Press.
- Harré, R. (1986). *Varieties of realism*. Blackwell.
- Held, M. B. E. (2019). Decolonizing research paradigms in the context of settler colonialism: An unsettling, mutual, and collaborative effort. *International Journal of Qualitative Methods*, 18(1), 1–16.
- Hesse, M. (1974). *The structure of scientific inference*. Macmillan.
- Hochschild, A. R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the edge: Living with global capitalism* (pp. 130–146). Jonathan Cape.
- Honneth, A. (2001). Invisibility: On the epistemology of recognition. *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes*, 75(1), 111–126.
- Humanitarian Needs Assessment Programme. (2021). *Disability: Prevalence and impact – A nationwide household survey using Washington Group methodology, Syrian Arab Republic*. HNAP. <https://www.hi-deutschland-projekte.de/lnob/wp-content/uploads/sites/2/2021/09/hnap-syria-disability-prevalence-and-impact-2021.pdf>
- Hunt, P. (Ed.). (1966). *Stigma: The experience of disability*. Catholic Book Club.
- International Organization for Migration. (2016, December). *Disability and unsafe migration: Data and policy, understanding the evidence* (GMDAC Data Briefing Series, Issue No. 7). IOM.
https://publications.iom.int/system/files/pdf/gmdac_data_briefing_series_issue_7.pdf

- International Organization for Migration. (2023). *World migration report 2024*. IOM.
<https://worldmigrationreport.iom.int>
- International Organization for Migration. (2024). *World migration report 2024* (Publication date: May 2024; PDF ISBN: 978-9292685980; print publication date: June 2024). IOM. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- International Organization for Migration. (2025). *Human mobility in the context of climate change, environmental degradation and disaster risks: A scoping study in the Jordanian context*. IOM.
<https://environmentalmigration.iom.int/sites/g/files/tmzbd11411/files/documents/2025-05/pub2024-044-el-scoping-study-jordan.pdf>
- Jacobsen, C. M. (2023). Governance della vulnerabilità come inclusione differenziale: Le difficoltà dei richiedenti asilo a Marsiglia. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 50(12), 3030–3048. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2293636>
- Kafer, A. (2013). *Feminist, queer, crip*. Indiana University Press.
- Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91–196). Cambridge University Press.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Marchisio, C. M. (2024). Il progetto personalizzato e partecipato. In C. Tarantino (a cura di), *Il soggiorno obbligato: La disabilità fra dispositivi di incapacitazione e strategie di emancipazione* (pp. 507–525). Il Mulino.
- Mbembe, A. (2024). *Necropolitica*. Ombre Corte.
- McGushin, A., Boehm, A. J., Guinto, R. R., & others. (2024). Climate change, health, and disability: We need an intersectional approach. *The Lancet Planetary Health*, 8(4), 281–283.

- McRuer, R. (2006). *Crip theory: Cultural signs of queerness and disability*. New York University Press.
- Meekosha, H., & Shuttleworth, R. (2009). What's so "critical" about critical disability studies? *Australian Journal of Human Rights*, 15(1), 47–75.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure* (Enlarged ed.). Free Press.
- Mezzadra, S., & Neilson, B. (2013). *Border as method, or, the multiplication of labor*. Duke University Press.
- Migliarini, V. (2017). Subjectivation, agency and the schooling of raced and dis/abled asylum-seeking children in the Italian context. *Intercultural Education*, 28(2), 182–195.
- Migliarini, V. (2018). "Colour-evasiveness" and racism without race: The disablement of asylum-seeking children at the edge of Fortress Europe. *Race Ethnicity and Education*, 21(4), 438–457.
- Migliarini, V., & Elder, B. C. (2024). *The future of inclusive education: Intersectional perspectives*. Springer.
- Migliarini, V. (2025). Disability Critical Race Studies in Education (DisCrit). In E. Valtellina (a cura di), *Sulla disabilitazione. Introduzione ai Disability Studies* (pp. 437–452). UTET Università.
- Migration Data Portal. (2023, July 11). *Disability and human mobility*. International Organization for Migration. <https://www.migrationdataportal.org/themes/disability-and-human-mobility>
- Mingus, M. (2011, August 22). Moving toward the ugly: A politic beyond desirability [Keynote speech]. *Leaving Evidence*. <https://leavingevidence.wordpress.com/2011/08/22/moving-toward-the-ugly-a-politic-beyond-desirability/>

Ministero dell'Interno. (2023). *Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio ed inserite nel sistema di protezione e accoglienza*. Ministero dell'Interno.

Ministero dell'Istruzione – Direzione Generale per i Sistemi Informativi e la Statistica.

(2022). I principali dati relativi agli alunni con disabilità, aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021.

https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+disabilit%C3%A0+aa.ss.2019-2020_2020-2021.pdf/

Mitchell, D. T., & Snyder, S. L. (2016). The place of disability. In S. Grech & K. Soldatic (Eds.), *Disability in the global South: The critical handbook* (pp. 87–101). Springer.

Monceri, F. (2025). *Disabilità o disabilitazione? Una questione politica*. Morcelliana.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2019). *Thematic study on the rights of persons with disabilities in situations of risk and humanitarian emergencies*. OHCHR.

Oliver, M. (2009). *Understanding disability: From theory to practice* (2nd ed.). Palgrave Macmillan.

Oliver, M. (2023). *Le politiche della disabilitazione: Il modello sociale della disabilità* (E. Valtellina, Trad.). Ombre Corte. (Opera originale pubblicata nel 1990).

Open Migration. (2025, 7 luglio). Il diritto alla salute nei CPR: 5 domande a Nicola Cocco. *Open Migration*. <https://openmigration.org/analisi/il-diritto-alla-salute-nei-cpr-5-domande-a-nicola-cocco>

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. SAGE.

Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. SAGE.

Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: A realist manifesto*. SAGE.

- Pescetti, V. (2019). Donne migranti con disabilità: Ipotesi per un'accoglienza capace di restituire dignità e creare innovazione. In G. Griffo & L. D'Errico (a cura di), *I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia* (pp. 113–124). Mimesis.
- Pieri, M. (2022). Il gaslighting medico: Tra asimmetrie di potere, genere e malattie croniche. *Minority Reports. Cultural Disability Studies*, 14, 27–42.
- Pinelli, B. (2022). Vulnerabilità e asilo: Tassonomie, restrizioni e ampliamenti. *ILLUMINAZIONI*, 59, 3–24.
- Pisani, M., & Grech, S. (2015). Disability and forced migration: Critical intersectionalities. *Disability and the Global South*, 2(1), 421–441.
- Pisani, M., Grech, S., & Mostafa, A. (2016). Disability and forced migration: Intersections and critical debates. In S. Grech & K. Soldatic (Eds.), *Disability in the global South: The critical handbook* (pp. 397–410). Springer.
- Porter, S. (2015). The uncritical realism of realist evaluation. *Evaluation*, 21(1), 65–82.
- Puar, J. K. (2017). *The right to maim: Debility, capacity, disability*. Duke University Press.
- Quetelet, A. (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale*. Bachelier.
- Renmans, D., Sarkar, N., Van Belle, S., Affun-Adegbulu, C., Marchal, B., & Mukumbang, F. C. (2022). Realist evaluation in times of decolonising global health. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(S1), 37–44.
- Rete SAI. (2025). *XXIII rapporto annuale sul Sistema di accoglienza e integrazione (SAI) – Edizione 2025*. Servizio Centrale SAI. <https://www.retesai.it/wp-content/uploads/2025/06/Rapporto-SAI-Edizione-XXIII.pdf>
- Rosenthal, C. (2016). Slavery's scientific management: Masters and managers. In S. Beckert & S. Rockman (Eds.), *Slavery's capitalism: A new history of American economic development* (pp. 62–86). University of Pennsylvania Press.

- Samuels, E. (2014). *Fantasies of identification: Disability, gender, race*. New York University Press.
- Santagati, M., & Colussi, E. (2020). *Alunni con background migratorio in Italia: Le opportunità oltre gli ostacoli* (Rapporto nazionale, Report ISMU 2/2020). Fondazione ISMU ETS.
- Sayad, A. (1996). La doppia pena del migrante: Riflessioni sul “pensiero di Stato”. *aut aut*, 275, 8–16.
- Scarano, F. (2023). Migrazioni e disabilità: Lo scenario europeo. In L. Zanfrini & C. Formichi (a cura di), *Immigrazione e disabilità: Conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?* (Collana CeDoc, pp. 9–16). ISMU.
- Scavarda, A. (2025). Sociologia della disabilità. In E. Valtellina (a cura di), *Sulla disabilitazione. Introduzione ai disability studies* (pp. 85–96). UTET Università.
- Schalk, S. (2022). *Black disability politics*. Duke University Press.
- Schalk, S., & Kim, J. B. (2020). Integrating race, transforming feminist disability studies. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 46(1), 31–55.
- Schianchi, M. (2012). *Storia della disabilità: Dal castigo degli dèi alla società inclusiva*. Carocci.
- Seira Ozino, M. (2025). L’Index for inclusion: Uno strumento efficace. In E. Valtellina (a cura di), *Sulla disabilitazione. Introduzione ai disability studies* (pp. 286–288). UTET Università.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability rights and wrongs*. Routledge.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Rete “Mai più lager – No ai CPR”, & ASGI. (2024, luglio). *Dentro i CPR: L’impatto della detenzione amministrativa sulla salute dei migranti*. SIEP. <https://siep.it/dentro-i-cpr-limpatto-della-detenzione-amministrativa-sulla-salute-dei-migranti>

- Spivak, G. C. (1984, 2002). Subaltern studies: Decostruire la storiografia (trad. it.). In R. Guha & G. C. Spivak (Eds.), *Subaltern studies: Modernità e (post)colonialismo* (a cura di S. Mezzadra), Ombre Corte.
- Stiker, H.-J. (2019). *A history of disability*. University of Michigan Press.
- Taddei, A. (2022). Gli stereotipi di genere nell'educazione di bambine e ragazze con disabilità: Questioni aperte e traiettorie possibili. *Minority Reports. Cultural Disability Studies*, 14, 27–42.
- Tarantino, C. (2018). La curva di segregazione. In G. Merlo & C. Tarantino (a cura di), *La segregazione delle persone con disabilità in Italia: I manicomi nascosti* (pp. 65–74). Maggioli.
- Tarantino, C. (2025). Il pensabile e l'inenunciabile: Note sull'H-apartheid. In E. Valtellina (a cura di), *Sulla disabilitazione. Introduzione ai disability studies* (pp. 67–79). UTET Università.
- TGEU – Transgender Europe. (2018, August 21). *Trans healthcare in asylum reception conditions*. TGEU. <https://tgeu.org/trans-healthcare-in-asylum-reception-conditions/>
- Thambinathan, V., & Kinsella, E. A. (2021). Decolonizing methodologies in qualitative research: Creating spaces for transformative praxis. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1–9.
- The Care Collective. (2021). *Manifesto della cura: Per una politica dell'interdipendenza*. Alegre.
- Titchkosky, T. (2011). *The question of access: Disability, space, meaning*. University of Toronto Press.
- Tofani, M. (2019). Needs assessment tool. In G. Griffio & L. D'Errico (a cura di), *I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia* (pp. 77–86). FrancoAngeli.

- Tofani, M., & Marceca, M. (2019). Salute e migranti con disabilità. In G. Griffo & L. D'Errico (a cura di), *I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia* (pp. 103–112). FrancoAngeli.
- Tofani, M. (2023, 27 gennaio). *Disability among refugees and asylum seekers in Italy: Results from a global health perspective* [Tesi di dottorato, Sapienza Università di Roma]. IRIS – Institutional Research Information System.
<https://hdl.handle.net/11573/1671666>
- Tofani, M., Galeoto, G., Berardi, A., Iorio, S., Conte, A., Fabbrini, G., Valente, D., & Marceca, M. (2022). Measuring disability among migrants with Washington Group tools: Reflections for field use. *Healthcare*, 10(10), 1860.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10101860>
- Tofani, M., Iorio, S., Berardi, A., Galeoto, G., Conte, A., Fabbrini, G., Valente, D., & Marceca, M. (2023). Disability, rehabilitation, and assistive technologies for refugees and asylum seekers in Italy: Policies and challenges. *Societies*, 13(3), 63.
- Tremain, S. (2002). On the subject of impairment. In M. Corker & T. Shakespeare (Eds.), *Disability/postmodernity: Embodying disability theory* (pp. 32–47). Bloomsbury.
- Turner, D. M., & Blackie, D. (2018). *Disability in the Industrial Revolution: Physical impairment in British coalmining, 1780–1880*. Manchester University Press.
- UNESCO. (1994). *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education*. UNESCO.
- UNESCO. (2020). *Global education monitoring report 2020: Inclusion and education – All means all*. UNESCO.
- UNHCR – MCO Italy, Rappresentanza per l'Italia, Santa Sede e San Marino. (2023). Le persone con disabilità in contesti di migrazioni forzate e l'approccio UNHCR. In L. Zanfrini & C. Formichi (a cura di), *Immigrazione e disabilità: Conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?* (Collana CeDoc, pp. 75–80). ISMU.

- Union of the Physically Impaired Against Segregation. (1976). *Aims: Policy statement*. Leeds University Disability Studies Archive. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-UPIAS.pdf>
- United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: United Nations.
https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.
- United Nations. (2024). *Disability and development report 2024: Disability, poverty and inequality*. United Nations. <https://social.desa.un.org/publications/disability-and-development-report-2024>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs [UN DESA]. (2025). *International migrant stock 2024: Key facts and figures* (Advance unedited version). Population Division.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd_2025_intlmigstock_2024_key_facts_and_figures_advance-unedited.pdf
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2021). *Working with lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex and queer (LGBTIQ+) persons in forced displacement* [Guidance]. Division of International Protection.
<https://emergency.unhcr.org/sites/default/files/2024-01/Working%20with%20lesbian%2C%20gay%2C%20bisexual%2C%20transgender%2C%20intersex%20persons%20in%20forced%20displacement%2C%202021.pdf>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2025). *Global trends: Forced displacement in 2024*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/global-trends>
- United Nations Human Rights (OHCHR). (2023, October 27). *UN experts issue guidance in relation to LGBT persons living with disabilities*.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/sexualorientation/statements/2023-10-24-joint-stm-SOGI-disabilities.pdf>

- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2023). *2023 global survey report on persons with disabilities and disasters*. UNDRR. <https://www.undrr.org/report/2023-global-survey-report-on-persons-with-disabilities-and-disasters>
- Valtellina, E. (2006). “Nothing about us without us”. Dall’attivismo all’accademia e ritorno: I “disability studies” inglesi. *Studi culturali*, 1(2006), 159–180.
- Valtellina, E. (2023). Uno sguardo politico sulla disabilità: Il modello sociale inglese. In M. Oliver, *Le politiche della disabilitazione: Il modello sociale della disabilità* (pp. 9–24). Ombre Corte.
- Valtellina, E. (2024). Disability studies: Prospettive critiche. In *Teorie critiche della disabilità: Uno sguardo politico sulle non conformità fisiche, relazionali, sensoriali, cognitive* (pp. 11–48). Mimesis.
- Valtellina, E. (a cura di). (2025). *Sulla disabilitazione: Introduzione ai disability studies*. UTET Università.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies*, 30(6), 1024–1054.
- Vislie, L. (2003). From integration to inclusion: Focusing global trends and changes in the western European societies. *European Journal of Special Needs Education*, 18(1), 17–35. <https://doi.org/10.1080/0885625082000042294>
- Wacquant, L. (2006). *Punire i poveri: Il nuovo governo dell’insicurezza sociale*. DeriveApprodi.
- Wendell, S. (2001). Unhealthy disabled: Treating chronic illnesses as disabilities. *Hypatia*, 16(4), 17–33.
- World Bank. (2023). *World development report 2023: Migrants, refugees, and societies*. World Bank.

- World Health Organization. (2001). *ICF: International classification of functioning, disability and health. Short version* (Edizione italiana). Edizioni Erickson.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42417/9788879466288_ita.pdf
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
- World Health Organization. (2023, October 10). *Mental health of refugees and migrants: Risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration series). WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>
- World Health Organization, & World Bank. (2011). *World report on disability*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (2022). *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: A country implementation guide* [PDF]. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/353569>
- Young, S. (2014, April). *I'm not your inspiration, thank you very much* [Video]. TEDxSydney.
https://www.ted.com/talks/stella_young_i_m_not_your_inspiration_thank_you_very_much
- Zanfrini, L. (2016). *Introduzione alla sociologia delle migrazioni*. Laterza.
- Zanfrini, L. (2019). *The challenge of migration in a Janus-faced Europe*. Palgrave Pivot.
- Zanfrini, L., Formichi, C., & Pascariello, M. G. (2025). Doppia invisibilità: Le persone con disabilità e background migratorio. In *30° rapporto sulle migrazioni 2024* (pp. 237–245). Fondazione ISMU ETS.