



**UNIMORE**

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di Scienze Biomediche,  
Metaboliche e Neuroscienze

**Corso di Laurea Magistrale in  
Scienze Infermieristiche e Ostetriche  
Sede di Modena**

Presidente: Prof.ssa Annalisa Bargellini

Dalle traiettorie migratorie all'invisibilità socio-sanitaria: genere,  
sfruttamento, vulnerabilità e determinanti sociali di salute nella diaspora  
bangladese a Marghera. Uno studio mixed-methods presso il  
Poliambulatorio EMERGENCY

**Relatore:**  
**Prof.ssa Maria Pia Bellitti**

**Studente:**  
**Enrico Righini**

**Correlatore:**  
**Dott. Alessandro Lamberti-Castronuovo**

Anno Accademico 2025-2026

## Indice

|                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introduzione.....</b>                                                                                                     | <b>3</b>  |
| 1.1. Contesto e importanza dello studio .....                                                                                   | 3         |
| 1.2. La migrazione bangladese nel territorio veneziano .....                                                                    | 4         |
| 1.3. Marghera, lavoro e insediamento comunitario .....                                                                          | 6         |
| 1.3.1. La cantieristica navale e il sistema del subappalto .....                                                                | 6         |
| 1.3.2. Reti associative, educazione e radicamento comunitario .....                                                             | 8         |
| 1.4. Migrazione, determinanti sociali e salute .....                                                                            | 9         |
| 1.5. Accesso alle cure, genere e vulnerabilità migrante.....                                                                    | 10        |
| 1.6. Assetto istituzionale e normativo dell'accesso alle cure .....                                                             | 14        |
| 1.6.1. Quadro normativo nazionale e Servizio Sanitario Regionale Veneto .....                                                   | 14        |
| 1.6.2. Il ruolo del terzo settore e di EMERGENCY a Marghera.....                                                                | 15        |
| 1.7. Obiettivo dello studio .....                                                                                               | 16        |
| <b>2. Materiali e metodi.....</b>                                                                                               | <b>17</b> |
| 2.1. Disegno dello studio mixed-methods .....                                                                                   | 17        |
| 2.2. Revisione della letteratura .....                                                                                          | 17        |
| 2.3. Analisi qualitativa .....                                                                                                  | 19        |
| 2.4. Analisi quantitativa .....                                                                                                 | 21        |
| 2.5. Aspetti etici .....                                                                                                        | 23        |
| <b>3. Risultati.....</b>                                                                                                        | <b>24</b> |
| <b>3.1. Risultati della revisione della letteratura .....</b>                                                                   | <b>24</b> |
| 3.1.1. Salute .....                                                                                                             | 25        |
| 3.1.2. Integrazione .....                                                                                                       | 27        |
| 3.1.3. Educazione e lingua.....                                                                                                 | 29        |
| 3.1.4. Barriere e facilitatori .....                                                                                            | 30        |
| <b>3.2. Risultati dell'analisi qualitativa .....</b>                                                                            | <b>33</b> |
| 3.2.1. La migrazione come processo diseguale: reti, debito e traiettorie<br>differenziate nella migrazione bangladese .....     | 35        |
| 3.2.1.1. Partire a debito: reti migratorie, indebitamento e vulnerabilità iniziale<br>.....                                     | 36        |
| 3.2.1.2. Matrimonio e ricongiungimento come dispositivi migratori e<br>familiari .....                                          | 39        |
| 3.2.1.3. Mutamento delle traiettorie femminili: istruzione, autonomia e nuove<br>aspettative.....                               | 41        |
| 3.2.1.4. Dalle aspettative alla disillusione: il confronto con la realtà<br>migratoria .....                                    | 43        |
| 3.2.1.5. Tra comunità e frammentazione: solidarietà, divisioni e nuove<br>configurazioni .....                                  | 45        |
| 3.2.2. Isolamento e vulnerabilità: come migrazione e genere si intrecciano nelle<br>traiettorie quotidiane .....                | 46        |
| 3.2.2.1. Come si produce l'isolamento nella diaspora .....                                                                      | 47        |
| 3.2.2.2. Fragilità e solitudine come esito della migrazione.....                                                                | 48        |
| 3.2.2.3. Sovraffollamento e dipendenza economica: l'abitare come fattore di<br>vulnerabilità .....                              | 50        |
| 3.2.2.4. Ruoli tradizionali e autonomia limitata: la marginalità femminile tra<br>controllo sociale e desiderio di lavoro ..... | 52        |
| 3.2.2.5. Lavorare "a debito": sfruttamento, subappalti e ricattabilità nel<br>mercato del lavoro.....                           | 54        |

|                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.2.3. Accesso, comunicazione e presa in carico: multiple barriere nella relazione con i servizi socio-sanitari .....          | 55         |
| 3.2.3.1. Lingua e barriere amministrative come filtro: mediazione insufficiente e accesso diseguale ai servizi .....           | 56         |
| 3.2.3.2. Medicina generale, tempi di accesso e aspettative di presa in carico .....                                            | 59         |
| 3.2.3.3. Dipendenza da figure informali per l'accesso ai servizi .....                                                         | 59         |
| 3.2.3.4. Carenze transculturali, frammentazione degli interventi e bisogni complessi senza continuità .....                    | 60         |
| 3.2.3.4.1. Approfondimento clinico: barriere linguistiche, incomprensioni culturali e rischi diagnostici .....                 | 62         |
| 3.2.3.5. Sfiducia verso i servizi sociali e fiducia nei confronti della sanità italiana .....                                  | 63         |
| 3.2.4. Salute, prevenzione e controllo sociale: norme culturali, familiari e religiose nelle pratiche di vita quotidiana ..... | 64         |
| 3.2.4.1. Sessualità, matrimonio e maternità: norme culturali e limiti alla scelta individuale .....                            | 65         |
| 3.2.4.2. Stili di vita, lavoro e salute: prevenzione ostacolata dalle condizioni quotidiane .....                              | 67         |
| 3.2.4.3. Alimentazione quotidiana, migrazione e identità culturale: riso, consumo e "buona genitorialità" .....                | 67         |
| 3.2.4.4. Uso di sostanze: farmaci, alcol e droghe .....                                                                        | 68         |
| 3.2.4.5. La prevenzione assente: salute riconosciuta solo nella malattia .....                                                 | 69         |
| 3.2.4.6. Salute come capacità di adempiere agli obblighi familiari ed economici .....                                          | 69         |
| 3.2.4.7. Religione, controllo e appartenenza: effetti sulle pratiche di salute ..                                              | 71         |
| <b>3.3. Risultati dell'analisi quantitativa .....</b>                                                                          | <b>73</b>  |
| 3.3.1. Volume complessivo dell'attività e peso della popolazione bangladese ..                                                 | 73         |
| 3.3.2. Profilo socio-demografico e migratorio .....                                                                            | 74         |
| 3.3.2.1. Genere, età e periodo di arrivo .....                                                                                 | 74         |
| 3.3.2.2. Motivi della partenza dal Paese d'origine .....                                                                       | 75         |
| 3.3.2.3. Conoscenza della lingua italiana e livello di istruzione .....                                                        | 76         |
| 3.3.3. Status amministrativo e situazione sanitaria amministrativa .....                                                       | 79         |
| 3.3.4. Condizione abitativa, lavoro e precedenti percorsi di cura .....                                                        | 80         |
| 3.3.5. Prestazioni erogate e continuità assistenziale al Poliambulatorio di Marghera .....                                     | 83         |
| 3.3.6. Bisogni clinici prevalenti: diagnosi ICD-10 .....                                                                       | 86         |
| 3.3.7. Fattori associati alla presenza di diagnosi cardio-metaboliche .....                                                    | 86         |
| 3.3.8. Fattori associati alla mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ..                                            | 88         |
| <b>4. Discussione e raccomandazioni .....</b>                                                                                  | <b>90</b>  |
| 4.1. Interpretazione dei risultati principali .....                                                                            | 91         |
| 4.2. Determinanti sociali e vulnerabilità .....                                                                                | 94         |
| 4.3. Genere e salute migrante .....                                                                                            | 96         |
| 4.4. Implicazioni per servizi e politiche locali .....                                                                         | 98         |
| 4.5. Raccomandazioni operative .....                                                                                           | 101        |
| <b>5. Limiti e punti di forza .....</b>                                                                                        | <b>103</b> |
| <b>6. Conclusioni .....</b>                                                                                                    | <b>104</b> |
| <b>7. Bibliografia e sitografia .....</b>                                                                                      | <b>109</b> |
| <b>8. Ringraziamenti .....</b>                                                                                                 | <b>113</b> |

# **1. Introduzione**

## **1.1. Contesto e importanza dello studio**

Il presente elaborato di tesi si propone di approfondire la condizione socio-sanitaria della comunità bangladese<sup>1</sup> residente nel territorio veneziano, con particolare riferimento all'area di Marghera. La scelta di questo contesto nasce dall'esperienza del Poliambulatorio EMERGENCY, che negli anni ha intercettato una presenza crescente e consolidata di cittadini bangladesi, evidenziando bisogni sanitari e sociali specifici e una complessa relazione con i servizi del territorio.

La popolazione bangladese rappresenta oggi una delle principali comunità migranti dell'area veneziana e contribuisce in modo significativo al tessuto economico e produttivo locale. Tuttavia, il percorso migratorio, le condizioni lavorative e abitative, lo status amministrativo, le dinamiche di genere e le barriere linguistiche possono influenzare l'accesso ai diritti e ai servizi, con possibili ripercussioni sullo stato di salute e sulla continuità della presa in carico.

In un contesto in cui il Servizio Sanitario Nazionale si fonda sui principi di universalità ed equità, persistono infatti disuguaglianze che possono limitare l'effettiva fruizione delle opportunità di cura e prevenzione da parte di alcune fasce della popolazione migrante. Comprendere tali dinamiche richiede un approccio che consideri la salute non soltanto come assenza di malattia, ma come il risultato dell'interazione tra condizioni di vita, fattori socio-economici, reti relazionali e rapporto con le istituzioni.

Alla luce di queste considerazioni, lo studio si propone di descrivere i principali determinanti sociali che influenzano la salute della comunità bangladese nel territorio veneziano, esplorare le esperienze e i significati attribuiti alla salute e ai servizi sanitari e fornire elementi utili a orientare interventi e strategie di presa in carico maggiormente rispondenti ai bisogni della popolazione e del contesto locale.

---

<sup>1</sup> Nel presente elaborato si utilizza l'aggettivo "bangladese" per riferirsi a persone e comunità connesse al Bangladesh, Stato dell'Asia meridionale. Tale scelta consente di distinguere il riferimento nazionale al Bangladesh dal più ampio riferimento storico-geografico al Bengala, regione che non coincide integralmente con l'attuale Stato del Bangladesh. Per la lingua parlata dalla popolazione bangladese si utilizza invece il termine "bangla".

## **1.2. La migrazione bangladese nel territorio veneziano**

La comunità bangladese rappresenta oggi una delle presenze migratorie più significative e in più rapida espansione nel panorama italiano. Secondo l'ultimo Rapporto Annuale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (dati al 31 dicembre 2024), i cittadini bangladesi regolarmente soggiornanti in Italia sono 195.523, registrando un marcato incremento del 16,9% rispetto all'anno precedente (1). Questa crescita costante, che ha visto i numeri quadruplicarsi negli ultimi vent'anni, colloca oggi la comunità al quinto posto tra le principali collettività non comunitarie, incidendo per il 5,1% sul totale della popolazione extra-UE (1) .

Dal punto di vista della distribuzione territoriale, la presenza bangladese in Italia si concentra soprattutto nel Lazio, che rappresenta la prima regione per numero di presenze. Seguono la Lombardia e, in terza posizione, il Veneto, che ospita il 10,8% dei cittadini bangladesi regolarmente soggiornanti in Italia, configurandosi quindi come uno dei principali poli di insediamento della comunità a livello nazionale (1). All'interno di questo contesto, la provincia di Venezia assorbe oltre la metà della presenza regionale, con una concentrazione che ha reso quella bangladese la prima comunità non comunitaria nel territorio comunale e metropolitano (2,3).

Sotto il profilo demografico, la collettività è caratterizzata da un forte sbilanciamento di genere: il 76,7% è composto da uomini e solo il 23,3% da donne (1). Questa disparità riflette un modello migratorio storicamente guidato da giovani uomini mossi da motivazioni economiche, i quali mantengono le famiglie nel Paese d'origine tramite rimesse. Solo al raggiungimento di una certa stabilità economica si procede ai ricongiungimenti familiari, che rappresentano oggi la seconda motivazione per i nuovi permessi di soggiorno.

Oltre all'impiego industriale, i dati territoriali evidenziano una spiccata propensione all'imprenditoria individuale, con un numero elevato di attività aperte da cittadini bangladesi nei settori del commercio e dei servizi, che contribuisce al processo di radicamento economico locale (3).

Questo radicamento, tuttavia, non corrisponde a una condizione omogenea o priva di fragilità. Come evidenziato dal Tavolo Bangladesh del Comune di Venezia, la

comunità bangladese si configura come una realtà vitale ma articolata e frammentata: non una comunità unica e compatta, ma “una, tante comunità”, attraversate da differenze interne, bisogni complessi e relazioni ancora parzialmente conosciute dai servizi territoriali (2). In questo senso, la presenza bangladese nel territorio veneziano deve essere letta tenendo insieme inserimento lavorativo, imprenditorialità, reti familiari, percorsi di stabilizzazione e condizioni di vulnerabilità.

La complessità di questa presenza emerge con particolare chiarezza dalla domanda rivolta ai servizi locali. Nel Comune di Venezia, gli utenti di origine bangladese hanno un’incidenza media nei servizi socioeducativi pari a circa il 10%, a fronte di un peso pari a circa il 3% sulla popolazione residente complessiva. La stessa fonte segnala che oltre il 50% delle ore di mediazione linguistico-culturale erogate dal servizio comunale di Pronto Intervento Mediazione (PIM), a supporto di servizi e scuole, è in lingua bangla. Per rispondere a questa domanda sono state assunte tre mediatrici a tempo indeterminato, per 72 ore settimanali complessive, oltre all’attivazione di ulteriori mediatrici a chiamata. La barriera linguistica emerge quindi come un bisogno strutturale dei servizi e non come una criticità occasionale (2).

La stabilizzazione della comunità è visibile anche nella scuola e nei servizi educativi. Il report comunale segnala, per esempio, 390 alunne e alunni di origine bangladese all’Istituto Comprensivo Grimani, pari al 31,3% degli iscritti, e 613 minori di cittadinanza bangladese all’Istituto Comprensivo G. Cesare di Mestre, pari al 56% degli iscritti. Anche nei servizi extrascolastici la presenza è rilevante: al Patronato Sacro Cuore di Mestre, 68 dei 70 iscritti allo spazio compiti risultano bangladesi. Questi dati indicano che la comunità deve essere osservata non solo attraverso la dimensione migratoria e lavorativa degli adulti, ma anche attraverso famiglie, minori, scuola e seconde generazioni (2).

Nonostante il progressivo radicamento, il processo di stabilizzazione socio-economica resta fragile. A livello nazionale, una quota relativamente contenuta di titolari di permesso UE per soggiornanti di lungo periodo, insieme all’elevata incidenza di nuovi ingressi per richiesta di protezione, segnala percorsi di stabilizzazione ancora non pienamente consolidati (1). Tali elementi possono riflettersi in condizioni di marginalità sociale, abitativa e lavorativa, oltre che in un elevato tasso di inattività

femminile. In risposta a queste vulnerabilità, le istituzioni locali hanno richiamato la necessità di una presa in carico sinergica e integrata tra servizi sociali, sanitari e educativi, al fine di ridurre il rischio di isolamento, soprattutto per le seconde generazioni e per i nuclei familiari in fase di ricongiungimento (2).

L'urgenza del presente studio nasce anche dall'esperienza del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera, dove negli ultimi anni la domanda di assistenza da parte di pazienti bangladesi è aumentata in modo marcato. I dati interni del Poliambulatorio mostrano infatti che, tra il 2018 e il 2025, le prestazioni riferite a pazienti bangladesi sono aumentate di oltre otto volte, fino a rendere il Bangladesh la prima nazionalità registrata per volume di attività assistenziale. Tale presenza ha reso visibili bisogni socio-sanitari specifici, legati sia a bisogni specifici che a barriere linguistiche, amministrative, lavorative e abitative che possono ostacolare l'accesso effettivo ai servizi e ai percorsi di prevenzione. Questi elementi confermano la rilevanza di approfondire la condizione socio-sanitaria della comunità bangladesa nel territorio veneziano, rimandando ai capitoli dei risultati e della discussione l'analisi dettagliata dei dati raccolti.

### **1.3. Marghera, lavoro e insediamento comunitario**

#### **1.3.1. La cantieristica navale e il sistema del subappalto**

L'insediamento della comunità bangladesa nel territorio veneziano, e specificamente nell'area di Marghera, è strettamente connesso alla presenza dei cantieri navali Fincantieri.

Nel Report del Tavolo Bangladesh, sulla base dell'incontro con la Direzione Fincantieri Venezia dell'8 novembre 2023, sono riportati 1.070 dipendenti diretti e 4.500/5.000 lavoratori in appalto; tra le oltre 20 nazionalità presenti, i lavoratori bangladesi risultano 2.463. Il dato rende visibile il peso quantitativo della componente bangladesa all'interno della filiera produttiva locale (2). Questo settore rappresenta il principale polo attrattivo per la manodopera bangladesa, agendo come un vero e proprio "regime lavorativo" che definisce vita professionale, l'organizzazione sociale e la distribuzione territoriale della comunità sul territorio (2,4).

Il processo produttivo si fonda su un sistema di subappalto estremo a "matrioska", dove l'azienda committente esternalizza le fasi più gravose e rischiose (come la

saldatura, la molatura e la verniciatura) a una fitta rete di imprese e cooperative. Tale architettura produttiva favorisce la proliferazione di "cooperative spurie" create spesso al solo scopo di intermediare manodopera a basso costo eludendo le tutele contrattuali (5).

Recentemente, il Consiglio Regionale del Veneto ha incluso il caso Fincantieri tra i casi emblematici di sfruttamento lavorativo e caporalato in Veneto, evidenziando come la catena dei subappalti possa favorire condizioni di lavoro irregolari, paga globale, compressione dei diritti contrattuali e ricattabilità legata al rinnovo del permesso di soggiorno (5). All'interno di questa complessa filiera operano intermediari informali interni alla comunità, spesso connazionali con una maggiore anzianità migratoria, che agiscono come "gatekeeper" per l'accesso al lavoro. Questi soggetti controllano il reclutamento e fungono da mediatori linguistici e burocratici, esercitando un potere pervasivo e una forma di controllo sociale sui nuovi arrivati (4).

Una criticità centrale di questo modello è la diffusione della cosiddetta "paga globale" o forfettaria. Con questa espressione si fa riferimento a una modalità irregolare di remunerazione in cui al lavoratore viene riconosciuta una somma unica, stabilita in anticipo su base oraria o giornaliera, senza una reale distinzione tra salario ordinario e altre voci dovute dal contratto, come straordinari, ferie, permessi, festività, mensilità aggiuntive o indennità. In questo modo, il compenso complessivo risulta spesso inferiore a quanto previsto dai Contratti Collettivi Nazionali e rende più difficile per il lavoratore contestare le singole componenti della retribuzione. Nel caso dei cantieri Fincantieri di Marghera, questa pratica è stata descritta in relazione ai lavoratori delle imprese in subappalto, molti dei quali di origine bangladese, inseriti in condizioni di forte dipendenza dal datore di lavoro per il mantenimento del contratto e, indirettamente, per il rinnovo del permesso di soggiorno (4,5). Questa dinamica si colloca in un continuum di sfruttamento che capitalizza sulla vulnerabilità dei lavoratori stranieri ed è ulteriormente aggravata dal peso del debito migratorio. L'esigenza di estinguere i debiti contratti per finanziare il viaggio può infatti spingere i lavoratori ad accettare orari prolungati, condizioni usuranti e retribuzioni inferiori agli standard contrattuali, pur di mantenere il reddito e garantire l'invio di rimesse alla famiglia nel Paese d'origine (2,4).

Il contributo dato da Rabby e Sacchetto consente di analizzare insieme processo produttivo, regime migratorio e riproduzione sociale: le imprese in subappalto e gli intermediari informali selezionano e controllano i lavoratori, mentre la vita privata e abitativa dei lavoratori bangladesi resta spesso legata a reti comunitarie che possono fornire supporto, ma anche produrre dipendenze e controllo (4). In questa prospettiva, lavoro, permesso di soggiorno, casa e rapporti comunitari vanno analizzati come determinanti intrecciati della salute.

Tali dinamiche lavorative incidono profondamente sui determinanti sociali di salute della popolazione. La centralità del cantiere e la precarietà occupazionale determinano una segregazione professionale che limita drasticamente le possibilità di mobilità sociale e l'integrazione esterna (2). La vita quotidiana, interamente compressa dai ritmi della fabbrica, alimenta fenomeni di isolamento e relega la salute a una dimensione spesso subordinata alla necessità impellente di mantenere il reddito e la regolarità del soggiorno (2,4).

### **1.3.2. Reti associative, educazione e radicamento comunitario**

Il radicamento della comunità bangladesi nel territorio veneziano si esprime anche attraverso esperienze associative, educative e di mutuo supporto nate all'interno della comunità stessa. Un esempio è rappresentato dalla Venice Bangla School, che svolge attività di scuola di lingua bangla per bambine e bambini, aiuto compiti, corsi di italiano, iniziative sportive e culturali, dialogo con le istituzioni locali e supporto interno alla comunità (6).

Questa dimensione permette di leggere l'insediamento bangladesi come costruzione progressiva di spazi comunitari, relazioni educative e forme di auto-organizzazione. Durante la pandemia da Covid-19, tali reti hanno inoltre contribuito all'accompagnamento sociale, alla risposta a bisogni materiali e alla diffusione di informazioni, anche in rapporto con ULSS e Comune (6). Pur rappresentando una risorsa importante nei processi di orientamento, inclusione e partecipazione, esse non possono sostituire la responsabilità dei servizi pubblici, ma indicano la necessità di un rapporto più strutturato tra comunità organizzate e istituzioni locali (6).

#### **1.4. Migrazione, determinanti sociali e salute**

I determinanti sociali di salute comprendono le condizioni sociali, economiche, politiche e ambientali che influenzano la possibilità delle persone di vivere in salute. Secondo la Commissione OMS sui Determinanti Sociali di Salute, le disuguaglianze evitabili in salute derivano dalle condizioni in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, nonché dai sistemi disponibili per prevenire e trattare la malattia (7). Questa prospettiva è stata recentemente riaffermata dal World report on social determinants of health equity dell'OMS, che sottolinea come le disuguaglianze di salute siano ancora oggi prodotte dalla distribuzione diseguale di risorse, potere e opportunità (8). Il rapporto richiama inoltre l'importanza di considerare fattori persistenti ed emergenti, tra cui discriminazione sistemica, precarietà economica, cambiamento climatico e qualità della governance dei servizi pubblici universali (8).

Questa cornice teorica è rilevante anche per comprendere la distribuzione delle patologie croniche. La letteratura mostra infatti che lo status socioeconomico, misurato attraverso indicatori quali reddito, istruzione, occupazione e contesto territoriale, è associato al rischio di sviluppare diabete e alla qualità della sua prevenzione e gestione (9). Analogamente, le disuguaglianze socioeconomiche incidono sul rischio di ictus, sull'accesso alle cure, sugli esiti clinici e sulla possibilità di recupero dopo l'evento acuto (10). Queste evidenze mostrano come le malattie croniche devono essere lette anche alla luce delle condizioni materiali e sociali in cui le persone vivono.

Nel caso delle popolazioni migranti, la migrazione può essere letta come un determinante sociale e strutturale di salute (11). Non si tratta di considerare la migrazione come una condizione patologica, ma di riconoscere che i percorsi migratori possono esporre le persone a specifiche forme di vulnerabilità, tra cui precarietà lavorativa, instabilità abitativa, status giuridico incerto, barriere linguistiche, discriminazione e difficoltà di orientamento nei servizi (11). In questo senso, il diritto formale all'assistenza sanitaria non garantisce necessariamente un accesso effettivo: la possibilità di utilizzare i servizi dipende anche dalla conoscenza dei propri diritti, dalla comprensione delle procedure amministrative, dalla comunicazione con gli operatori e dalla continuità della presa in carico.

La letteratura europea conferma questa distanza tra diritto teorico e accesso reale. Una scoping review sullo stato di salute e sull'assistenza sanitaria di migranti e rifugiati in Europa evidenzia la presenza di bisogni sanitari insoddisfatti e di barriere legali, amministrative, linguistiche e comunicative, spesso associate a un minore utilizzo delle cure primarie e a un maggiore ricorso ai servizi di emergenza (12). Questi elementi indicano che l'equità dipende dalla capacità dei servizi di rendersi accessibili, comprensibili e continui.

Per analizzare tali disuguaglianze è inoltre necessario disporre di dati adeguati. La guida tecnica dell'OMS sulla raccolta e integrazione dei dati di salute migrante raccomanda di includere nei sistemi informativi sanitari alcune variabili di base, come Paese di nascita, cittadinanza, anno di arrivo e Paese di nascita dei genitori e, quando possibile, variabili ulteriori come motivo della migrazione, conoscenza della lingua ufficiale e status giuridico (13). La raccolta di tali informazioni deve essere accompagnata da anonimizzazione, consenso informato e garanzie contro usi non sanitari dei dati (13). Questa indicazione è particolarmente rilevante per il presente studio, che adotta un disegno mixed-methods e integra dati quantitativi, interviste qualitative e revisione della letteratura.

Questa cornice è particolarmente rilevante per lo studio della comunità bangladese nel territorio veneziano. In questo contesto, la salute non può essere compresa separatamente dalle condizioni materiali di vita, dalla posizione lavorativa, dall'abitare, dallo status amministrativo, dall'accesso alle informazioni, dalle reti comunitarie e dal rapporto con le istituzioni. I determinanti sociali permettono quindi di interpretare la salute della popolazione studiata non solo come insieme di bisogni clinici, ma come esito di condizioni strutturali che possono facilitare o ostacolare l'accesso alla cura, alla prevenzione e al benessere.

### **1.5. Accesso alle cure, genere e vulnerabilità migrante**

Il sistema sanitario italiano si fonda sui principi di universalità ed equità e riconosce il diritto alla salute della popolazione straniera attraverso diversi canali di accesso. Per le persone straniere regolarmente soggiornanti sono previste forme di iscrizione obbligatoria o volontaria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a seconda del titolo di soggiorno posseduto. Per le persone non comunitarie non regolarmente

soggiornanti, l'accesso alle cure urgenti ed essenziali è garantito tramite il codice Straniero Temporaneamente Presente (STP), mentre per i cittadini dell'Unione Europea non iscritti al SSN e privi di adeguata copertura sanitaria è previsto il codice Europeo Non Iscritto (ENI). Tali strumenti assicurano prestazioni urgenti ed essenziali, tutela della maternità, salute dei minori, vaccinazioni e profilassi delle malattie infettive (14).

Tuttavia, il diritto formale all'assistenza sanitaria non garantisce necessariamente un accesso effettivo. L'accesso reale dipende dalla possibilità concreta di conoscere i propri diritti, comprendere le procedure amministrative, orientarsi nei servizi e comunicare efficacemente con gli operatori. La letteratura europea evidenzia infatti una persistente discrepanza tra quadro normativo e utilizzo effettivo dei servizi, con disuguaglianze sistemiche tra popolazione migrante e non migrante (12).

In Italia, uno studio mixed-methods condotto presso una clinica ONG di Milano ha mostrato che, tra donne migranti con bisogni di salute sessuale e riproduttiva, oltre il 40% aveva diritto all'iscrizione al SSN, ma circa metà non risultava effettivamente iscritta, soprattutto per problemi amministrativi o mancata consapevolezza dei propri diritti (15). In alcune popolazioni immigrate è stato inoltre descritto un iniziale vantaggio di salute, spesso indicato come Healthy Migrant Effect. Tuttavia, tale vantaggio può ridursi nel tempo per effetto dell'esposizione a determinanti sociali sfavorevoli, barriere di accesso ai servizi, discriminazione, precarietà socioeconomica e cambiamenti negli stili di vita (16).

Queste criticità incidono sulla continuità assistenziale. In assenza di un rapporto stabile con il Medico di Medicina Generale (MMG), il Pronto Soccorso può diventare una porta di accesso alternativa al sistema sanitario, anche per condizioni cliniche meno urgenti o a bassa priorità assistenziale che potrebbero trovare risposta nelle cure primarie. La letteratura sull'utilizzo dei servizi di emergenza da parte delle popolazioni migranti descrive un quadro eterogeneo, ma segnala alcuni elementi ricorrenti, tra cui accessi diretti senza invio del medico di base, condizioni a bassa priorità assistenziale e difficoltà di orientamento nei servizi territoriali (17).

A queste difficoltà si sommano barriere meno tangibili ma altrettanto rilevanti, come la discriminazione. Sebbene in Europa il razzismo nei contesti sanitari sia ancora un fenomeno sotto studiato, le evidenze disponibili indicano che bias anti-migrazione, stereotipi e trattamenti medici differenziali possono ridurre la fiducia nei servizi pubblici, scoraggiare la richiesta di aiuto e incidere negativamente sulla qualità della relazione di cura (18). In questa prospettiva, il rafforzamento della health literacy rappresenta uno strumento centrale per migliorare l'accesso ai percorsi di cura e prevenzione: essa riguarda infatti la capacità di accedere, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie per prendere decisioni consapevoli (19).

La dimensione di genere rappresenta un ulteriore asse di disuguaglianza. Le donne migranti possono trovarsi all'intersezione tra status migratorio, condizioni economiche precarie, barriere linguistiche, norme sociali e limitata autonomia decisionale. Una scoping review sulla vulnerabilità delle donne migranti in contesti di disastro evidenzia come status legale, povertà, condizioni di salute preesistenti, limitata agency, disuguaglianze di genere e barriere linguistico-culturali possano combinarsi nel produrre maggiore esposizione al rischio e minore accesso alle risorse (20). Anche al di fuori dei contesti emergenziali, queste dimensioni risultano utili per comprendere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, soprattutto nei percorsi che richiedono continuità, fiducia e possibilità di scelta autonoma.

La salute sessuale e riproduttiva è uno degli ambiti in cui tali disuguaglianze emergono con maggiore evidenza. Una revisione sistematica sull'accesso delle donne migranti a questi servizi ha individuato come barriere frequenti la mancanza di informazioni, le difficoltà linguistiche, le differenze culturali, lo status economico, le barriere amministrative e la discriminazione; tali ostacoli possono contribuire al sottoutilizzo dei servizi di maternità e dei metodi contraccettivi (21). Le difficoltà di accesso interessano anche i percorsi di prevenzione: una revisione sistematica sugli interventi per migliorare l'adesione agli screening oncologici ha evidenziato come migranti e minoranze etniche presentino spesso una minore partecipazione ai programmi di screening per la mammella e la cervice uterina. Gli interventi più promettenti risultano quelli culturalmente e linguisticamente adattati, basati su educazione comunitaria, promemoria multilingue e coinvolgimento di mediatori culturali o figure di orientamento (22).

Anche la salute mentale perinatale richiede un'attenzione culturalmente sensibile. Le ricerche sulle esperienze di depressione postnatale nelle comunità indiane e sud-asiatiche evidenziano come la sofferenza psichica possa essere interpretata in modi diversi a seconda del contesto culturale, familiare e linguistico. La migrazione può inoltre accentuare la vulnerabilità delle madri attraverso l'isolamento sociale, l'assenza della rete familiare tradizionale e lo stigma verso la sofferenza mentale (23).

Nel caso specifico della diaspora bangladese in Italia, la dimensione di genere assume un rilievo centrale. Il rapporto ministeriale del 2025 descrive una presenza fortemente maschile e segnala un marcato divario nell'inserimento lavorativo: il tasso di occupazione femminile risulta pari all'11,4%, a fronte di un'inattività che raggiunge l'85,4% (1). Questi dati suggeriscono che, per molte donne bangladesi, la partecipazione sociale e l'accesso autonomo ai servizi possano essere condizionati da fattori socioeconomici e familiari, oltre che da barriere linguistiche e informative. Nel territorio veneziano, le proposte del Tavolo Bangladesh richiamano l'urgenza di percorsi di orientamento linguistico per donne e madri neo-arrivate, tutoraggio tra pari e mediazione specialistica nei servizi sanitari e amministrativi (2).

Il caso veneziano mostra inoltre che l'accesso ai servizi riguarda non solo la cura, ma anche la protezione e l'accompagnamento sociale. La presenza di mediazione in lingua bangla nei percorsi del Centro Antiviolenza segnala l'importanza di garantire spazi sicuri e comprensibili per le donne che emergono da situazioni di violenza o isolamento familiare (2). Allo stesso tempo, esperienze associative come la Venice Bangla School mostrano la vitalità di reti comunitarie capaci di produrre mutuo aiuto, mediazione, sostegno educativo e collegamento con le istituzioni locali (6). Tali reti rappresentano una risorsa importante, ma non sostituiscono la necessità di servizi pubblici strutturalmente accessibili e culturalmente competenti.

Questa sezione può essere letta attraverso il modello di Levesque et al., secondo cui l'accesso effettivo nasce dall'interazione tra le caratteristiche del sistema sanitario e le capacità delle persone di riconoscere un bisogno, cercare assistenza, raggiungere i servizi, sostenerne i costi e partecipare attivamente al percorso di cura (24). Applicato

alla popolazione migrante, questo modello aiuta a comprendere la distanza tra diritto teorico e fruizione reale dei servizi.

Le barriere all'accesso devono quindi essere interpretate come il risultato dell'interazione tra condizioni giuridiche, sociali, linguistiche, culturali e organizzative. In questa prospettiva, la mediazione linguistico-culturale assume un ruolo centrale: non risponde soltanto a un problema di traduzione, ma contribuisce a rendere comprensibile la relazione di cura, a facilitare l'orientamento nei servizi e a sostenere la continuità della presa in carico (25). Anche le competenze transculturali degli operatori risultano decisive, poiché l'assenza di strumenti strutturati di mediazione può favorire il ricorso a soluzioni improvvisate, come familiari o traduttori automatici, con possibili ricadute sulla comprensione reciproca, sulla fiducia e sulla qualità dell'assistenza (26). Superare tali barriere richiede quindi servizi accessibili, mediazione continua, competenze transculturali e percorsi capaci di garantire continuità assistenziale, evitando risposte frammentate o esclusivamente emergenziali (11,24–26).

## **1.6. Assetto istituzionale e normativo dell'accesso alle cure**

### **1.6.1. Quadro normativo nazionale e Servizio Sanitario Regionale Veneto**

L'ordinamento italiano riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, secondo quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione (27). Per la popolazione straniera, tale principio trova una declinazione operativa nel Decreto Legislativo n. 286/1998, Testo Unico sull'Immigrazione, e nel relativo regolamento di attuazione, il D.P.R. n. 394/1999, che definiscono il quadro generale dell'accesso ai servizi sanitari in relazione allo status giuridico della persona straniera (28,29).

L'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 ha successivamente fornito indicazioni per l'applicazione omogenea della normativa sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province autonome, con l'obiettivo di ridurre le differenze applicative tra i diversi territori e garantire maggiore uniformità nell'accesso alle cure (30).

Nel contesto veneto, tale quadro è stato recepito e declinato attraverso specifiche indicazioni regionali. La Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 753/2019

rappresenta il principale riferimento regionale in materia di assistenza sanitaria ai cittadini appartenenti all'Unione Europea e ai cittadini extracomunitari, fornendo alle Aziende ULSS indicazioni applicative per la gestione delle diverse condizioni amministrative di accesso ai servizi (31).

Le Aziende ULSS sono quindi chiamate a tradurre il diritto all'assistenza in procedure concrete, attraverso l'anagrafe sanitaria, gli sportelli amministrativi, gli ambulatori dedicati e i percorsi di orientamento rivolti alla popolazione straniera. In questo quadro rientra anche il rilascio della tessera Europeo Non Iscritto (ENI) per cittadini comunitari non residenti e non assistiti dagli Stati di provenienza, che consente l'accesso agli ambulatori dedicati secondo modalità analoghe a quelle previste per i titolari di codice Straniero Temporaneamente Presente (STP) (32).

Nel territorio veneziano, l'Azienda ULSS 3 Serenissima rappresenta il principale riferimento istituzionale per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri. L'azienda mette a disposizione informazioni e guide rivolte ai cittadini non comunitari, con l'obiettivo di favorire l'orientamento all'interno del sistema sanitario, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quando prevista, e l'accesso ai percorsi assistenziali disponibili (33).

La presenza di indicazioni operative nazionali, regionali e aziendali evidenzia come l'esigibilità concreta del diritto alla salute dipende dalla chiarezza delle procedure amministrative, dalla capacità dei servizi di orientare l'utenza e dall'omogeneità applicativa tra i diversi punti di accesso.

#### **1.6.2. Il ruolo del terzo settore e di EMERGENCY a Marghera**

L'intervento di EMERGENCY in Italia si colloca in una prospettiva non sussidiaria rispetto al Servizio Sanitario Nazionale: l'obiettivo è contribuire a rendere effettivo il diritto alla salute nei punti in cui l'accesso resta ostacolato da barriere sociali, amministrative, linguistiche o economiche. In questa prospettiva, il ruolo del terzo settore è quello di intercettare bisogni disattesi, facilitare l'orientamento ai servizi pubblici e rafforzare la capacità delle persone di accedere ai propri diritti.

Nel caso di Marghera, la Carta dei servizi del Poliambulatorio EMERGENCY individua nella complementarità con il Servizio Sanitario Nazionale uno dei principi

cardine del progetto. L'ambulatorio integra l'offerta pubblica, risponde a bisogni non adeguatamente intercettati ed evita di replicare prestazioni già garantite da altre strutture. Le attività comprendono medicina generale, pediatria, ambulatorio infermieristico, odontoiatria, orientamento socio-sanitario, punto di ascolto psicologico e educazione sanitaria (34).

Un ruolo centrale è svolto dalla mediazione linguistico-culturale, che accompagna i pazienti nella relazione clinica, nell'orientamento amministrativo, nell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e nell'invio verso strutture pubbliche per esami, visite specialistiche e percorsi non erogabili direttamente dal Poliambulatorio (34). Questa funzione risulta particolarmente rilevante per la comunità bangladesese di Marghera e Mestre, che esprime una forte necessità di supporto informativo, orientamento ai diritti e mediazione nella relazione con i servizi (2).

In un contesto in cui l'accesso ai servizi può essere ostacolato da barriere linguistiche, amministrative e conoscitive, presidi territoriali come il Poliambulatorio EMERGENCY, in connessione con le reti comunitarie locali, contribuiscono a rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria, la continuità della presa in carico e la concreta esigibilità del diritto alla salute.

### **1.7. Obiettivo dello studio**

Il presente studio ha l'obiettivo di indagare la condizione socio-sanitaria della popolazione bangladesese nel territorio veneziano, con particolare attenzione all'area di Marghera e alla popolazione che accede al Poliambulatorio EMERGENCY. Attraverso un disegno mixed-methods, la ricerca integra revisione della letteratura, analisi qualitativa e analisi quantitativa, al fine di descrivere i principali bisogni di salute, le condizioni di vulnerabilità, le barriere di accesso ai servizi e le risorse individuali, familiari e comunitarie presenti nella popolazione studiata.

La salute viene analizzata come esito dell'interazione tra determinanti sociali, percorsi migratori, condizioni lavorative e abitative, status amministrativo, competenze linguistiche e relazione con i servizi. Particolare attenzione è rivolta alla dimensione di genere e al ruolo delle donne bangladesi nei percorsi di cura, prevenzione ed empowerment.

Lo studio intende infine fornire indicazioni utili alla progettazione di interventi socio-

sanitari più accessibili, culturalmente competenti e orientati alla promozione della salute e alla continuità della presa in carico.

## **2. Materiali e metodi**

### **2.1. Disegno dello studio mixed-methods**

Il presente studio è stato condotto attraverso un disegno di ricerca mixed-methods, integrando tre componenti metodologiche complementari:

- 1) una revisione della letteratura secondo il metodo della scoping review,
- 2) uno studio qualitativo basato su interviste semi-strutturate;
- 3) uno studio quantitativo retrospettivo condotto su dati secondari anonimizzati provenienti dal sistema gestionale del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera.

La scelta di un approccio mixed-methods è stata motivata dalla complessità del fenomeno indagato, ovvero la condizione socio-sanitaria della popolazione bangladese nel territorio veneziano, con particolare attenzione all'area di Marghera. Tale fenomeno richiede infatti una lettura multidimensionale, capace di integrare l'analisi della letteratura disponibile, l'esplorazione dei vissuti e delle percezioni dei soggetti coinvolti e la descrizione quantitativa dei profili socio-demografici, amministrativi e sanitari della popolazione che accede al Poliambulatorio.

Le tre componenti dello studio sono state sviluppate in modo integrato. La revisione della letteratura ha consentito di ricostruire il quadro delle conoscenze esistenti sulla popolazione bangladese in Italia, con riferimento ai temi della salute, dell'accesso ai servizi, dell'integrazione socio-culturale e dell'educazione sanitaria. L'analisi qualitativa ha permesso di approfondire le traiettorie migratorie, le condizioni di vita, le barriere nell'accesso ai servizi e i significati attribuiti alla salute e alla prevenzione. L'analisi quantitativa ha consentito infine di descrivere le caratteristiche della popolazione bangladese che accede ai servizi di EMERGENCY a Marghera.

### **2.2. Revisione della letteratura**

È stata condotta una scoping review con l'obiettivo di mappare l'estensione, la natura e le caratteristiche della letteratura scientifica e grigia disponibile sulla popolazione bangladese residente in Italia. La scoping review è un disegno di revisione utile per esplorare un ambito di ricerca ampio o eterogeneo, identificare i principali concetti presenti nella letteratura, descrivere le tipologie di evidenze disponibili e individuare

eventuali lacune conoscitive (35,36). La revisione ha avuto lo scopo di identificare le principali aree di studio, le evidenze disponibili e le eventuali lacune relative ai temi della salute, dell'integrazione socio-culturale, dell'accesso ai servizi e dell'educazione sanitaria.

La domanda di ricerca della revisione è stata formulata come segue: quali sono i temi, le aree di indagine e le evidenze disponibili nella letteratura scientifica e grigia sulla popolazione bangladese residente in Italia, relativamente a salute, integrazione socio-culturale, accesso ai servizi e educazione sanitaria?

Per la costruzione della domanda di ricerca e della strategia di ricerca è stato utilizzato il framework Population, Concept, Context (PCC), particolarmente adatto alle scoping review (36). La popolazione di interesse era rappresentata dai migranti di origine bangladese residenti in Italia; il concetto riguardava salute, accesso ai servizi, integrazione socio-culturale e educazione sanitaria; il contesto era rappresentato dal territorio italiano.

La ricerca bibliografica è stata effettuata nel mese di maggio 2025 nelle principali banche dati scientifiche: PubMed, Scopus e Web of Science. Per l'identificazione della letteratura grigia è stato utilizzato Google Scholar, includendo documenti tecnici, report istituzionali, tesi accademiche e materiali prodotti da enti pubblici, organizzazioni non governative e organizzazioni del terzo settore, quando pertinenti al tema di studio.

La strategia di ricerca è stata costruita combinando tre gruppi principali di parole chiave: termini riferiti alla popolazione bangladese e migrante, termini riferiti alla salute, ai servizi sanitari, all'educazione e all'integrazione sociale, e termini riferiti al contesto italiano. Le stringhe di ricerca sono state adattate alle specifiche caratteristiche di ciascuna banca dati.

Sono stati inclusi studi qualitativi, quantitativi e mixed-methods, oltre a documenti di letteratura grigia, purché riferiti alla popolazione bangladese in Italia e pertinenti ai temi della salute fisica o mentale, dell'accesso ai servizi sanitari, dell'educazione sanitaria e sessuale, dell'integrazione sociale e culturale o dell'alfabetizzazione linguistica e sanitaria. Sono stati inclusi documenti in lingua italiana o inglese. Sono stati esclusi gli studi che trattavano genericamente la popolazione migrante senza

distinguere chiaramente la popolazione bangladese, gli studi riferiti a contesti diversi da quello italiano, i contributi non pertinenti rispetto agli obiettivi della revisione e i documenti redatti in lingue diverse dall'italiano o dall'inglese.

La gestione delle referenze, l'identificazione dei duplicati e lo screening degli studi sono stati effettuati con il supporto di Rayyan. I duplicati individuati automaticamente sono stati successivamente verificati manualmente. La selezione degli studi è stata condotta da due revisori in modo indipendente, attraverso una prima fase di screening per titolo e abstract e una seconda fase di valutazione del full text. In caso di disaccordo tra i due revisori, è stato coinvolto un terzo revisore per raggiungere una decisione condivisa sull'inclusione o l'esclusione dell'articolo.

Il processo di identificazione, screening, eleggibilità e inclusione degli studi è stato documentato attraverso una flow-chart costruita secondo il modello Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (37).

Successivamente, per gli studi inclusi, è stata predisposta una tabella di estrazione dati contenente le principali informazioni rilevanti: autore, anno, tipologia di documento, disegno dello studio, popolazione analizzata, contesto geografico, obiettivi, principali risultati e temi emergenti. I dati estratti sono stati poi organizzati tematicamente al fine di costruire i risultati della revisione.

### **2.3. Analisi qualitativa**

La componente qualitativa dello studio è stata condotta attraverso interviste semi-strutturate rivolte sia a osservatori privilegiati sia a persone appartenenti alla comunità bangladese. L'obiettivo era esplorare in profondità le traiettorie migratorie, le condizioni socio-sanitarie, le barriere nell'accesso ai servizi, i significati attribuiti alla salute e alla prevenzione, nonché le dinamiche di genere all'interno dell'esperienza migratoria.

Prima dell'avvio della raccolta dati è stata predisposta una traccia di intervista composta da domande semi-aperte. La scaletta è stata costruita in modo da garantire una coerenza tra le interviste, lasciando al tempo stesso spazio all'emersione di temi inattesi e alla narrazione libera dei partecipanti.

Sono state condotte complessivamente 22 interviste. Di queste, 9 sono state realizzate con osservatori privilegiati, tra cui ricercatori universitari, esperti di migrazione, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, professionisti dei servizi socio-sanitari e figure che, per ruolo professionale o attività di ricerca, avevano maturato una conoscenza diretta della comunità bangladese nel territorio veneziano o in altri contesti italiani. Le restanti 13 interviste hanno coinvolto membri della comunità bangladese: 8 donne e 5 uomini.

La selezione degli osservatori privilegiati è avvenuta attraverso un campionamento intenzionale, individuando figure che avessero avuto esperienza diretta con la popolazione bangladese o che avessero approfondito il tema dal punto di vista sociale, sanitario, educativo o migratorio. La selezione dei partecipanti bangladesi è avvenuta a partire dai contatti del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera e attraverso il coinvolgimento di persone che si erano avvicinate ai servizi dell'organizzazione. Tale modalità può essere ricondotta a un campionamento di convenienza, integrato da elementi di campionamento a valanga, o snowball sampling, in quanto alcuni partecipanti sono stati individuati anche attraverso reti di conoscenza e prossimità. Tutti i partecipanti sono stati informati preventivamente sugli obiettivi generali dello studio, sulle modalità di conduzione dell'intervista e sull'utilizzo dei dati raccolti. La partecipazione è stata volontaria e tutti i soggetti coinvolti hanno accettato di prendere parte all'intervista.

Le interviste alle persone bangladesi sono state condotte in presenza della mediatrice linguistico-culturale bangladesa del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera, al fine di facilitare la comunicazione, ridurre le barriere linguistiche e favorire un contesto relazionale il più possibile comprensibile e accessibile. Per limitare possibili bias legati al genere e favorire un ambiente di maggiore fiducia, le interviste rivolte alle donne bangladesi sono state condotte da due ricercatrici donne, mentre le interviste rivolte agli uomini bangladesi sono state condotte da un ricercatore uomo.

Le interviste sono state registrate, previo consenso dei partecipanti, e successivamente trascritte. L'analisi è stata condotta attraverso un approccio tematico di tipo induttivo. In una prima fase, due ricercatori hanno letto un sottoinsieme di interviste campione, pari a circa 4-5 interviste, al fine di individuare i primi nuclei tematici emergenti. Sulla

base di questa lettura preliminare è stato costruito un codebook, successivamente utilizzato per la codifica sistematica dell'intero corpus di interviste.

La codifica è stata effettuata da due ricercatori con il supporto del software ATLAS.ti. Dopo la codifica, i temi sono stati discussi, riorganizzati e aggregati in macro-aree interpretative. L'analisi ha permesso di costruire i risultati qualitativi attorno a quattro principali nuclei tematici: la migrazione bangladesese come processo diseguale e strutturato da reti, debito e traiettorie differenziate; l'isolamento e la vulnerabilità nelle traiettorie quotidiane; le barriere di accesso, comunicazione e presa in carico nei servizi socio-sanitari; i significati attribuiti alla salute, alla prevenzione e agli stili di vita.

## **2.4. Analisi quantitativa**

La componente quantitativa dello studio è stata condotta attraverso un'analisi retrospettiva di dati secondari anonimizzati provenienti dal sistema gestionale wHospital del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera. L'analisi ha considerato il periodo compreso tra il 2018 e il 2025.

I pazienti bangladesi sono stati identificati quando il Bangladesh risultava indicato nella cittadinanza primaria, nella cittadinanza secondaria o nello Stato di nascita. Questa scelta ha consentito di includere non solo i pazienti con cittadinanza bangladesese registrata come principale, ma anche soggetti per i quali l'origine bangladesese emergeva da altre variabili anagrafiche disponibili nel sistema gestionale.

Prima dell'analisi è stata effettuata una procedura di pulizia del dataset, con verifica delle variabili disponibili, controllo dei dati mancanti, identificazione di eventuali duplicati, ricodifica delle variabili rilevanti e costruzione delle variabili derivate necessarie all'analisi. L'elaborazione statistica è stata effettuata utilizzando il software STATA.

L'analisi ha utilizzato differenti unità di osservazione a seconda dell'obiettivo specifico. Le prestazioni/accessi sono state utilizzate per descrivere il volume complessivo dell'attività del Poliambulatorio e il peso relativo della popolazione bangladesese nel tempo. I pazienti unici sono stati invece utilizzati per descrivere il profilo socio-demografico, migratorio, amministrativo, abitativo, lavorativo e

sanitario-amministrativo della popolazione studiata. Le diagnosi ICD-10 sono state analizzate come diagnosi registrate: uno stesso paziente poteva quindi contribuire con più diagnosi nel periodo di osservazione.

Le variabili analizzate hanno riguardato il genere, l'età e le fasce d'età, il periodo di arrivo in Italia, il motivo della partenza dal Paese di origine, la conoscenza della lingua italiana, il livello di istruzione dichiarato nel Paese di origine, lo status amministrativo, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la condizione abitativa, la condizione lavorativa, i precedenti percorsi di cura o problemi di salute in Italia, le prestazioni erogate presso il Poliambulatorio e le diagnosi registrate secondo classificazione ICD-10.

L'analisi descrittiva è stata condotta attraverso frequenze assolute e percentuali per le variabili categoriali. Nel testo dei risultati, le percentuali sono state riportate insieme al numero assoluto, al fine di rendere più chiara la lettura dei dati. Sono stati inoltre descritti l'andamento annuale delle prestazioni rivolte ai pazienti bangladesi, la distribuzione delle principali nazionalità registrate, le prestazioni più frequentemente erogate e la continuità assistenziale, misurata attraverso il numero di accessi/prestazioni per paziente.

Per l'analisi dei bisogni clinici, le diagnosi ICD-10 sono state inizialmente descritte come diagnosi registrate. Successivamente, è stata condotta un'analisi a livello di paziente costruendo variabili binarie per indicare la presenza di almeno una diagnosi appartenente a specifici gruppi diagnostici nel periodo di osservazione. Sono stati considerati i seguenti gruppi: diagnosi cardio-metaboliche, respiratorie, odontoiatriche/orali, muscolo-scheletriche e di salute mentale.

È stata inoltre condotta una regressione logistica multivariata per valutare i fattori associati alla presenza di almeno una diagnosi cardio-metabolica tra i pazienti bangladesi. L'outcome del modello era la presenza di almeno una diagnosi cardio-metabolica registrata nel periodo di osservazione. Sono state incluse diagnosi cardiovascolari e metaboliche selezionate, tra cui ipertensione, diabete, obesità, dislipidemie e altri disturbi metabolici. Il modello è stato stimato mediante regressione logistica bias-reduced, scelta adottata per ridurre il rischio di stime instabili in presenza di categorie con numerosità ridotta. Nel modello sono state considerate variabili socio-

demografiche, migratorie e socio-sanitarie, tra cui genere, fascia d'età, condizione abitativa, conoscenza della lingua italiana, status amministrativo, condizione lavorativa e iscrizione al SSN.

È stata poi analizzata la mancata iscrizione o assenza di copertura ordinaria al SSN. Prima della costruzione del modello multivariato è stata esaminata la relazione tra status amministrativo e iscrizione al SSN, poiché lo status amministrativo rappresenta un vincolo diretto alla possibilità di iscrizione ordinaria. L'analisi multivariata è stata quindi limitata ai pazienti bangladesi regolari o in percorso di regolarizzazione, con l'obiettivo di valutare quali fattori fossero associati alla mancata iscrizione al SSN tra soggetti potenzialmente iscrivibili. Nel modello sono stati inclusi genere, fascia d'età, condizione abitativa, periodo di arrivo in Italia, conoscenza della lingua italiana e condizione lavorativa.

I risultati dei modelli multivariati sono stati riportati come odds ratio (OR), intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) e valori di p. Il valore di p indica la probabilità di osservare un risultato uguale o più estremo di quello rilevato, assumendo che l'ipotesi nulla sia vera; valori inferiori alla soglia prestabilita suggeriscono quindi un'associazione statisticamente significativa. La soglia di significatività statistica è stata fissata a  $p < 0,05$ . Le analisi sono state interpretate in modo descrittivo ed esplorativo, senza attribuire significato causale alle associazioni osservate.

## **2.5. Aspetti etici**

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi di riservatezza, anonimato e tutela dei partecipanti. Lo studio è stato approvato dall'Institutional Review Board (IRB) di EMERGENCY.

I dati quantitativi provenienti dal sistema gestionale wHospital del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera sono stati forniti e analizzati in forma anonimizzata, senza possibilità di identificare direttamente i singoli pazienti. Le analisi sono state condotte esclusivamente su dati aggregati e non riconducibili all'identità delle persone assistite. Anche i dati qualitativi raccolti attraverso le interviste sono stati trattati in forma anonima. Prima dell'intervista, ai partecipanti sono stati spiegati gli obiettivi dello studio, le modalità di conduzione del colloquio, la possibilità di non rispondere ad

alcune domande e l'utilizzo dei dati raccolti. La partecipazione è avvenuta su base volontaria e previo consenso dei soggetti coinvolti.

Le interviste sono state registrate solo dopo il consenso dei partecipanti e successivamente trascritte. Nella trascrizione e nella presentazione dei risultati sono stati omessi o modificati tutti gli elementi potenzialmente identificativi. Le citazioni riportate nei risultati sono state attribuite mediante codici alfanumerici, al fine di preservare l'anonimato dei soggetti intervistati.

Particolare attenzione è stata posta alla conduzione delle interviste con la popolazione bangladese, considerando la presenza di possibili barriere linguistiche, culturali e di genere. La presenza della mediatrice linguistico-culturale e, quando necessario, la scelta di intervistatori dello stesso genere dei partecipanti hanno avuto lo scopo di favorire un contesto comunicativo più sicuro, rispettoso e accessibile.

### **3. Risultati**

#### **3.1. Risultati della revisione della letteratura**

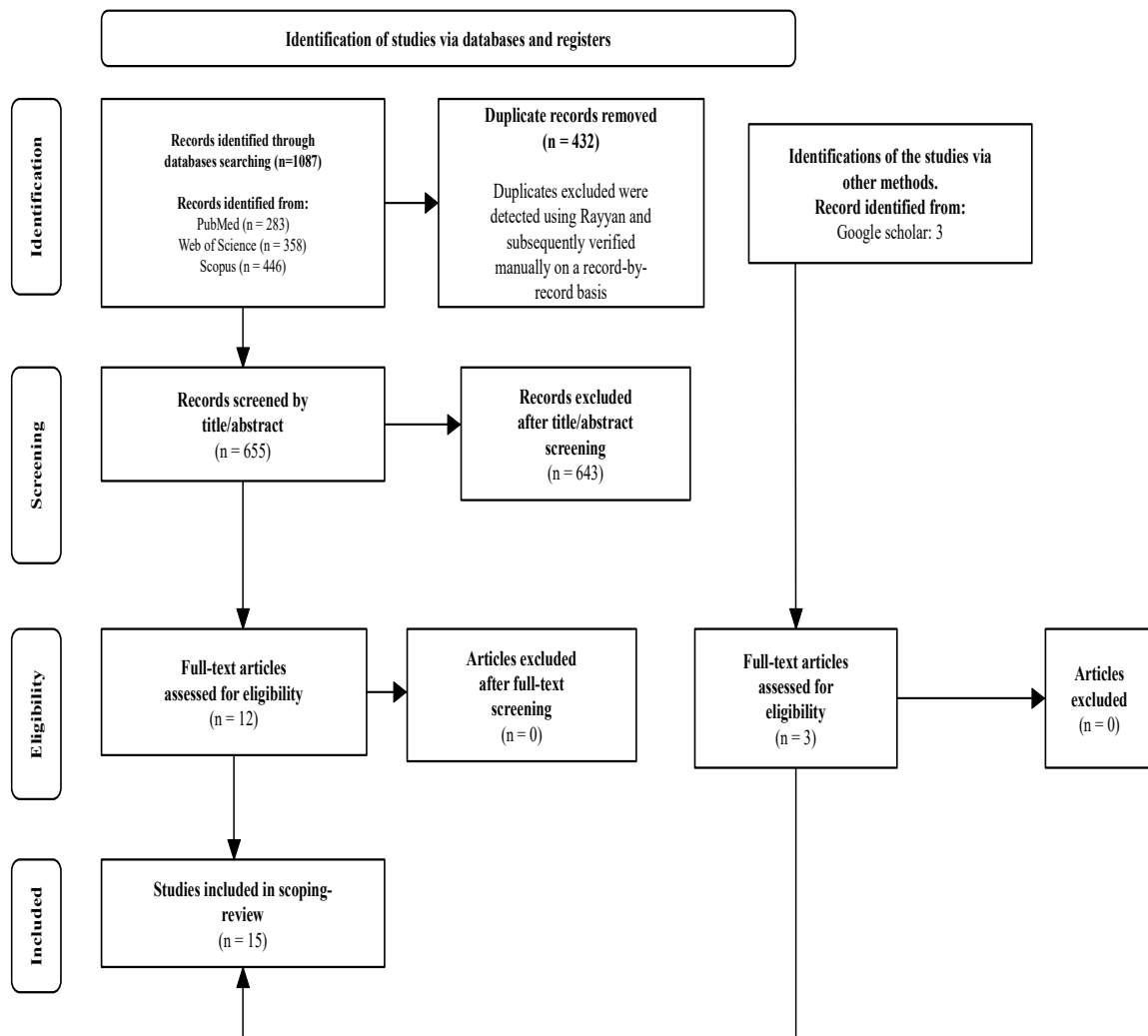
Il processo di selezione degli studi è rappresentato nella Figura 1. La ricerca bibliografica ha prodotto 1.087 record complessivi. Dopo la rimozione dei duplicati, sono stati sottoposti a screening 655 record: 12 full-text sono stati valutati per l'inclusione e 3 ulteriori documenti sono stati individuati attraverso Google Scholar e letteratura grigia.

La revisione ha incluso complessivamente 15 documenti. Gli studi selezionati risultano eterogenei per disegno, contesto geografico e ambito disciplinare, comprendendo studi qualitativi, studi epidemiologici o socio-sanitari, contributi sociologici, studi linguistici e documenti di letteratura grigia.

La maggior parte dei record esclusi nella fase di screening per titolo e abstract non risultava pertinente agli obiettivi della revisione, poiché non riguardava in modo specifico la popolazione bangladese residente in Italia oppure trattava genericamente la popolazione migrante senza risultati disaggregati per origine o nazionalità.

Sono stati inoltre esclusi i contributi riferiti a contesti geografici diversi da quello italiano, i documenti non pertinenti ai temi della salute, dell'accesso ai servizi, dell'integrazione socio-culturale o dell'educazione sanitaria, e i documenti non disponibili in lingua italiana o inglese.

Figura 1. Diagramma di flusso PRISMA-ScR del processo di selezione degli studi inclusi nella revisione della letteratura



### 3.1.1. Salute

La letteratura sulla salute dei migranti bangladesi in Italia evidenzia come le condizioni cliniche siano strettamente intrecciate con fattori sociali, culturali, giuridici e materiali. Un primo elemento ricorrente riguarda l'insorgenza precoce di patologie croniche. Tra i giovani bangladesi a Roma è stata osservata la presenza di diabete, ipertensione e obesità in età giovanile, patologie normalmente associate a età più avanzata in Bangladesh. In questo quadro, precarietà lavorativa, isolamento sociale, difficoltà di integrazione e incertezza giuridica emergono come fattori che possono contribuire alla vulnerabilità sanitaria (38).

Gli studi sugli interventi dietetici culturalmente adattati mostrano che il coinvolgimento attivo dei pazienti, il supporto di mediatori transculturali e la comprensione dei vincoli pratici della vita quotidiana, come orari di lavoro, reddito e abitudini alimentari, possono migliorare la gestione del diabete e favorire l'aderenza

terapeutica (39). Tuttavia, tali interventi risultano meno efficaci quando non tengono conto delle condizioni strutturali in cui vivono i pazienti, tra cui precarietà abitativa, risorse economiche limitate, condizioni lavorative usuranti e status giuridico incerto (39).

In questa direzione si colloca anche lo studio condotto a Monfalcone sulla comunità bangladese, che ha rilevato un'elevata prevalenza di diabete, sovrappeso e obesità, associata a scarsa attività fisica e a un consumo frequente di snack, fritti e cibi pronti, soprattutto tra le donne (40). La familiarità con il diabete risulta molto diffusa, confermando il rischio di trasmissione intergenerazionale della malattia. Questi dati indicano la necessità di interventi educativi mirati, capaci di coinvolgere le famiglie e di considerare il ruolo delle donne nella gestione quotidiana dell'alimentazione e della salute familiare. Allo stesso tempo, la promozione di stili di vita più sani richiede anche il coinvolgimento degli uomini, affinché le scelte relative ad alimentazione, prevenzione e attività fisica non ricadano esclusivamente sulle donne, ma siano sostenute in modo condiviso all'interno del nucleo familiare (40).

La dimensione di genere emerge quindi come elemento centrale nella promozione della salute. Le donne bangladesi non vanno considerate soltanto come soggetti esposti a specifiche vulnerabilità, ma anche come figure chiave nei processi di cura quotidiana, prevenzione e trasmissione di pratiche di salute all'interno del nucleo familiare. Il loro ruolo nella preparazione dei pasti, nell'organizzazione della vita domestica e nella cura dei figli le colloca in una posizione strategica per eventuali interventi educativi su alimentazione, attività fisica e prevenzione delle patologie croniche. Tuttavia, proprio tale centralità può trasformarsi in un fattore di sovraccarico quando si accompagna a isolamento sociale, scarso accesso alle informazioni, limitata autonomia linguistica e ridotte possibilità di partecipazione ai servizi (40).

Un'ulteriore dimensione riguarda la vulnerabilità multipla. Le esperienze delle famiglie bangladesi con figli con disabilità mostrano come migrazione e disabilità possano intrecciarsi, producendo una condizione di doppia marginalità. Le madri, spesso principali caregiver, si trovano esposte a isolamento, barriere linguistiche e difficoltà di orientamento nei servizi, con un accesso limitato alle informazioni e alle risorse disponibili (41). In questi casi, il carico di cura tende a concentrarsi sulle donne,

rendendo ancora più evidente il legame tra genere, salute, accesso ai servizi e riconoscimento dei diritti. La difficoltà di comprendere e gestire una diagnosi in un sistema sanitario percepito come distante può inoltre intrecciarsi con significati culturali e religiosi attribuiti alla disabilità, oscillanti tra colpa, speranza e ricerca di cura, aumentando il peso emotivo e pratico sostenuto dalle madri (41).

La maternità rappresenta, in questo quadro, una dimensione ambivalente. Da un lato può aumentare il carico di cura e l'isolamento domestico, soprattutto per le donne arrivate tramite ricongiungimento familiare; dall'altro può costituire uno dei principali canali di contatto con il sistema sanitario e con altre donne. I percorsi materno-infantili possono quindi diventare occasioni di accesso ai servizi, di educazione sanitaria e di costruzione di relazioni, assumendo il ruolo di veri e propri spazi di apertura verso il contesto sociale e istituzionale (38,42).

A livello istituzionale, l'esperienza dell'Emilia-Romagna mostra come, pur in presenza di percorsi di accesso ai servizi sanitari, permangano criticità legate alla frammentazione della presa in carico, alla discontinuità della mediazione culturale e alla debolezza dei percorsi strutturati per la salute mentale (42). I percorsi legati alla maternità e alla pediatria risultano tra gli ambiti più strutturati, ma restano fragilità importanti nella presa in carico delle donne migranti, soprattutto quando sono presenti violenza di genere, tratta, abusi, discriminazioni o barriere culturali e religiose legate alla salute sessuale e riproduttiva (42).

Le evidenze suggeriscono che la salute della popolazione bangladesese debba essere interpretata alla luce delle condizioni sociali, linguistiche, lavorative, amministrative e di genere che influenzano l'accesso alla prevenzione e alla cura.

### **3.1.2. Integrazione**

Il tema dell'integrazione emerge dalla letteratura come un processo complesso, quotidiano e multidimensionale. Non coincide con il solo possesso di uno status giuridico stabile o della cittadinanza, ma si costruisce attraverso il lavoro, l'abitare, le relazioni sociali, la conoscenza della lingua, l'accesso ai servizi e la possibilità di partecipare alla vita del territorio.

Gli studi sulla migrazione bangladese a Roma mostrano come i primi insediamenti siano stati favoriti da regolarizzazioni, reti etniche, lavoro informale e concentrazione urbana, elementi che hanno reso possibile l'arrivo e il radicamento, ma hanno anche prodotto forme di segregazione e limitata interazione con la popolazione locale (43,44). In questo quadro, il lavoro rappresenta uno dei principali canali di inserimento, ma anche uno spazio in cui si riproducono disuguaglianze. Gli studi sull'imprenditoria bangladese nel mercato dell'Esquilino mostrano, ad esempio, come le attività commerciali possano favorire l'apprendimento linguistico, l'interazione con clienti italiani e stranieri e una maggiore stabilità economica; tuttavia, ostacoli come l'accesso al credito, la burocrazia e le licenze continuano a limitare le possibilità di crescita (45).

La dimensione lavorativa incide anche sui tempi di vita e sulle opportunità di socialità. Nel Nord-Est italiano, dove i turni risultano più regolari e prevedibili, si aprono maggiori spazi di vicinato, partecipazione associativa e relazioni oltre la cerchia comunitaria. A Londra, invece, la precarietà e gli orari imprevedibili del lavoro a bassa retribuzione riducono il margine di autonomia e incidono negativamente sulla possibilità di costruire legami sociali più ampi (46). Paradossalmente, proprio Londra è spesso percepita come un contesto più inclusivo, grazie al clima multiculturale, alla presenza di una comunità bangladese numerosa e alla minore visibilità della razzializzazione nella vita quotidiana (46,47).

La cittadinanza italiana assume, in alcuni percorsi, un valore strumentale. Le ricerche sull'onward migration mostrano come, per alcune famiglie bangladesi, la naturalizzazione non rappresenti necessariamente il punto di arrivo dell'integrazione in Italia, ma possa diventare una risorsa per spostarsi verso altri Paesi europei, in particolare il Regno Unito, alla ricerca di migliori opportunità per i figli (47,48). In questo senso, l'integrazione va letta anche in chiave transnazionale: le scelte delle famiglie non si esauriscono nel rapporto con il Paese di arrivo, ma si collocano dentro traiettorie mobili, orientate al lavoro, alla sicurezza economica e al futuro delle nuove generazioni.

Nel caso veneziano, l'associazionismo bangladese mostra la presenza di reti comunitarie capaci di offrire supporto educativo, ricreativo e sociale, come nel caso della Venice Bangla School (49). Queste esperienze contribuiscono al benessere e alla

socializzazione, ma il loro potenziale inclusivo può essere limitato da dinamiche interne di leadership, scarsa partecipazione femminile e debole riconoscimento istituzionale (49).

La partecipazione delle donne ai processi di integrazione appare infatti particolarmente condizionata dalla divisione dei ruoli familiari e sociali. Le donne ricongiunte possono trovarsi in una posizione di maggiore isolamento rispetto agli uomini, soprattutto quando il loro spazio di vita resta concentrato nella casa, nella cura dei figli e nella gestione del lavoro domestico. In questi casi, l'integrazione dipende dalla possibilità di accedere alla lingua, ai servizi, alla scuola, al lavoro e a reti sociali autonome (50). Il ruolo femminile risulta quindi ambivalente: da un lato le donne sono spesso esposte a barriere specifiche, dall'altro rappresentano figure centrali per il benessere familiare, l'educazione dei figli, la trasmissione culturale e la costruzione di legami con le istituzioni locali.

### **3.1.3. Educazione e lingua**

La lingua rappresenta uno degli elementi centrali emersi dalla revisione. L'italiano è percepito come uno strumento indispensabile per accedere ai servizi, comunicare con i medici, seguire il percorso scolastico dei figli, comprendere le procedure amministrative e partecipare alla vita sociale. Tuttavia, l'apprendimento dell'italiano può risultare particolarmente difficile per le donne ricongiunte, spesso impegnate nel lavoro domestico e di cura, isolate nello spazio familiare e dipendenti dai mariti nella comunicazione con i servizi (50). In questo senso, la lingua rappresenta una condizione concreta di autonomia, accesso ai diritti e partecipazione sociale.

Le scuole, i Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA) e le associazioni costituiscono spazi ponte tra comunità bangladese e società italiana. Essi non offrono soltanto alfabetizzazione linguistica, ma anche orientamento, socializzazione e accesso a informazioni utili per la vita quotidiana (50). Tuttavia, tali spazi non sempre riescono a raggiungere le persone più vulnerabili, in particolare donne neo-arrivate, madri con figli piccoli, lavoratori con orari irregolari e soggetti con minori reti sociali. Per le donne bangladesi, i percorsi di alfabetizzazione linguistica assumono quindi un valore specifico. Essi possono favorire l'accesso autonomo ai servizi sanitari, alla scuola dei figli e agli uffici amministrativi, riducendo la dipendenza da mariti, figli o

altri membri della comunità nella mediazione con il contesto esterno. Tuttavia, la partecipazione a questi percorsi può essere ostacolata da responsabilità familiari, maternità, assenza di reti di supporto, isolamento domestico e scarsa disponibilità di spazi formativi compatibili con i tempi di cura (50).

Accanto all'italiano, anche il bangla assume un ruolo centrale. Per molte famiglie rappresenta una lingua affettiva, identitaria e transnazionale, capace di mantenere il legame con il Paese d'origine e con le generazioni più anziane. Nel contesto veneziano, la trasmissione del bangla alle seconde generazioni è sostenuta da iniziative comunitarie come la Venice Bangla School, che risponde al bisogno di conservare la lingua d'origine e rafforzare il senso di appartenenza culturale (49,50).

Anche in questo ambito il ruolo delle donne è rilevante. Le madri possono contribuire alla trasmissione del bangla nello spazio familiare e alla conservazione dei legami culturali, ma allo stesso tempo possono vivere una tensione tra la necessità di apprendere l'italiano per orientarsi nella società di arrivo e il compito di mantenere la lingua d'origine all'interno della famiglia. Questa posizione rende le donne centrali nei processi di mediazione linguistica e culturale tra generazioni, ma può anche aumentare il carico simbolico e pratico posto su di loro (50).

L'inglese costituisce un ulteriore elemento del repertorio linguistico. Per molte famiglie bangladesi è associato alla mobilità internazionale, al futuro dei figli e alla possibilità di trasferirsi in altri Paesi europei, in particolare nel Regno Unito (48,51). Questo orientamento può però ridurre l'investimento sull'italiano, soprattutto quando l'Italia è percepita come tappa intermedia di un percorso migratorio più ampio.

#### **3.1.4. Barriere e facilitatori**

Le fonti analizzate delineano barriere interconnesse di natura giuridico-amministrativa, economica e sanitaria.

Il rinnovo del permesso di soggiorno, l'accesso a una residenza stabile, al ricongiungimento familiare e al credito risultano spesso condizionati dalla disponibilità di un contratto di lavoro e di un reddito stabile, mentre in ambito sanitario le criticità riguardano l'accessibilità dei servizi, la frammentazione dei percorsi, la presa in carico delle vulnerabilità e la necessità di mediazione linguistico-culturale (4,14,39,42,45). A queste barriere si associano condizioni materiali sfavorevoli, quali

precarietà contrattuale, bassi salari, ritmi e orari di lavoro vincolanti, sistemazioni abitative condivise o instabili e risorse economiche limitate, che possono ridurre il tempo e le energie disponibili per la cura, l'apprendimento linguistico e la partecipazione sociale (4,39,45,46).

In ambito sanitario, tali barriere assumono anche forme molto concrete. La percezione che “mangiare bene” sia costoso, la difficoltà di modificare pratiche alimentari tradizionali, la distanza dai servizi, la rigidità degli orari di lavoro e la scarsa disponibilità di tempo possono ostacolare l'accesso alla prevenzione e la continuità dei percorsi di cura (39,40). Questi elementi mostrano come le scelte di salute siano fortemente condizionate dalle risorse economiche, dal contesto abitativo, dal lavoro e dalla disponibilità di servizi accessibili.

La barriera linguistica rappresenta un elemento trasversale. Essa limita l'accesso alle informazioni, la comunicazione con i servizi sanitari, la partecipazione scolastica dei genitori e la possibilità di muoversi autonomamente nel territorio (41,50). Nel caso delle donne, la lingua si intreccia con norme di genere, isolamento domestico, dipendenza economica e responsabilità di cura, producendo una vulnerabilità specifica che incide sia sulla salute sia sull'autonomia sociale (40,41,50).

La dimensione di genere attraversa quindi molte delle barriere individuate dalla letteratura. Le donne bangladesi possono trovarsi in una posizione di particolare vulnerabilità per l'intreccio tra migrazione, ruoli familiari, isolamento domestico, dipendenza economica e difficoltà linguistiche. Tali fattori possono limitare l'autonomia nell'accesso ai servizi, nella comunicazione con gli operatori sanitari, nella partecipazione ai percorsi educativi e nella gestione della propria salute (40,41,50). Allo stesso tempo, le donne svolgono spesso un ruolo centrale nella cura familiare, nell'alimentazione, nella salute dei figli e nel mantenimento dei legami linguistici e culturali. Per questo, gli interventi rivolti alla comunità bangladesi dovrebbero considerare le donne sia come soggetti esposti a specifiche barriere, sia come potenziali protagoniste dei percorsi di promozione della salute, educazione e integrazione.

Anche le istituzioni possono produrre barriere quando i servizi risultano frammentati, poco coordinati o scarsamente accessibili. La mancanza di mediazione stabile, la

difficoltà di orientamento nei percorsi sanitari e sociali e la debolezza della presa in carico continuativa possono trasformare diritti formalmente riconosciuti in opportunità difficili da utilizzare concretamente (42,52). Analogamente, le reti comunitarie e associative possono costituire una risorsa importante, ma rischiano di perdere capacità inclusiva quando restano chiuse, verticali o poco rappresentative delle componenti più vulnerabili della comunità, in particolare donne e nuovi arrivati (49).

Accanto alle barriere, la letteratura individua anche diversi facilitatori. La mediazione linguistico-culturale, gli interventi sanitari culturalmente adattati, l'educazione comunitaria e il coinvolgimento attivo dei pazienti si dimostrano strumenti utili per migliorare l'aderenza terapeutica, l'accesso alla prevenzione e la relazione con i servizi (39,42). Anche scuole, CPIA, associazioni, luoghi religiosi, reti di vicinato e attività commerciali possono funzionare come spazi di prossimità, nei quali circolano informazioni, si costruiscono relazioni e si rafforzano competenze linguistiche e sociali (44,45,49,50).

In ambito educativo, ulteriori facilitatori sono rappresentati da protocolli di accoglienza scolastica, laboratori linguistici, referenti di caso e percorsi di accompagnamento capaci di ridurre il disallineamento tra famiglie migranti e istituzioni educative (52). Anche i rapporti con coetanei italofofoni, il sostegno dei fratelli maggiori e l'ottenimento di certificazioni linguistiche possono rafforzare le competenze delle nuove generazioni e favorire percorsi di inclusione più stabili (51,52). In questo quadro, i figli possono assumere un ruolo di mediazione linguistica e culturale all'interno delle famiglie, pur non dovendo sostituire la responsabilità delle istituzioni nel garantire comunicazione accessibile e servizi comprensibili.

La cittadinanza italiana e la presenza di una diaspora numerosa possono inoltre funzionare come fattori abilitanti. Da un lato, la cittadinanza può offrire maggiori possibilità di mobilità intraeuropea; dall'altro, la presenza di reti comunitarie consolidate può garantire supporto informale, orientamento e continuità dei legami transnazionali (47–49). Tuttavia, tali risorse non eliminano automaticamente le disuguaglianze, soprattutto quando non sono accompagnate da servizi pubblici accessibili, mediazione stabile e riconoscimento istituzionale.

Il quadro complessivo mostra quindi che l'integrazione è il risultato dell'interazione tra ostacoli e risorse. Le barriere giuridiche, linguistiche, economiche, istituzionali e di genere possono produrre marginalità e discontinuità nell'accesso alla salute, all'educazione e ai servizi. Allo stesso tempo, la presenza di reti comunitarie, mediazione culturale, servizi accessibili e percorsi educativi mirati può favorire autonomia, partecipazione e benessere. Per questo, gli studi esaminati indicano la necessità di interventi integrati, capaci di collegare salute, lingua, scuola, lavoro, servizi sociali e reti comunitarie, con particolare attenzione alla partecipazione e all'autonomia delle donne.

### 3.2. Risultati dell'analisi qualitativa

Sono state condotte complessivamente 22 interviste. Di queste, 9 sono state realizzate con osservatori privilegiati che hanno avuto l'opportunità di studiare la comunità bangladese o di viverla direttamente; si tratta quindi di esperti accademici, ricercatori, assistenti sociali e mediatori culturali.

Successivamente sono state condotte altre 13 interviste che hanno coinvolto membri della comunità bangladese: 8 donne e 5 uomini.

Nella Tabella 1 sono descritte le caratteristiche demografiche degli osservatori privilegiati, mentre nella Tabella 2 sono riportate le caratteristiche degli uomini e delle donne della comunità bangladese.

*Tabella 1. Osservatori privilegiati*

| <b>Intervista</b> | <b>Organizzazione</b>                  | <b>Ruolo/professione</b>                                          | <b>Area compito</b>                                                                                                                                                   |
|-------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P1</b>         | Università<br>Pubblica (Italia)        | Ricercatore e professore<br>universitario                         | Ha studiato le migrazioni<br>bangladesi in Italia, con un focus<br>particolare sulla comunità a Roma<br>e sulle sue dinamiche sociali,<br>culturali e transnazionali. |
| <b>P2</b>         | Università<br>pubblica<br>(Bangladesh) | Sociologo, Professore<br>universitario,<br>Ricercatore,           | Ha studiato la migrazione<br>bangladese in Italia tra Marghera e<br>Monfalcone                                                                                        |
| <b>P3</b>         | Ente pubblico<br>locale                | Ex Assistente sociale, ex<br>responsabile ufficio<br>immigrazione | Si è occupato di immigrazione e<br>di accesso ai servizi nel territorio<br>di Venezia                                                                                 |
| <b>P4</b>         | Università<br>Pubblica (Italia)        | Sociologo, Professore<br>universitario, ricercatore               | Sociologo delle migrazioni. Ha<br>studiato la migrazione della<br>diaspora bangladese in relazione<br>al lavoro e alle reti familiari                                 |

| <b>Intervista</b> | <b>Organizzazione</b>                              | <b>Ruolo/professione</b>                           | <b>Area compito</b>                                                                                                       |
|-------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>P5</b>         | Servizio socio-sanitario pubblico                  | Assistente sociale                                 | Si occupa di disabilità infantile e della presa in carico clinico-sociale di minori e famiglie                            |
| <b>P6</b>         | Servizio socio-sanitario pubblico                  | Assistente sociale                                 | Si occupa di disabilità e neuropsichiatria infantile, di presa in carico clinico-sociale di minori e famiglie             |
| <b>P7</b>         | Ente pubblico locale                               | Mediatrice linguistico-culturale e coordinamento   | Si occupa di mediazione linguistico-culturale in relazione a scuola-famiglia-servizi                                      |
| <b>P8</b>         | Università pubblica (Italia)                       | Antropologo, Sociologo, Ricercatore universitario  | Si occupa di ricerca sul lavoro e di sfruttamento lavorativo nell'ambito degli appalti e subappalti del territorio veneto |
| <b>P9</b>         | Ente pubblico locale, Università pubblica (Italia) | Insegnante di italiano per stranieri, ricercatrice | Si occupa di educazione e mediazione linguistica per stranieri, con un focus particolare sulle donne bangladesi           |

*Tabella 2. Partecipanti membri della comunità bangladese*

| <b>Intervista</b> | <b>Sesso</b> | <b>Età</b>                 | <b>Da quanto tempo in Italia</b> | <b>Figli</b> |
|-------------------|--------------|----------------------------|----------------------------------|--------------|
| <b>P10</b>        | F            | n.d.                       | dal 2005                         | Sì           |
| <b>P11</b>        | F            | n.d.                       | dal 2007/08                      | Sì           |
| <b>P12</b>        | F            | 32 anni                    | dal 2018                         | Sì           |
| <b>P13</b>        | F            | n.d.                       | dal 2021                         | Sì           |
| <b>P14</b>        | F            | 28 anni                    | Sei mesi                         | No           |
| <b>P15</b>        | F            | 34 anni                    | dal 2006                         | Sì           |
| <b>P16</b>        | F            | 38 anni                    | dal 2007                         | Sì           |
| <b>P17</b>        | F            | 32 anni                    | dal 2012                         | Sì           |
| <b>P18</b>        | M            | 39 anni                    | dal 2019                         | Sì           |
| <b>P19</b>        | M            | 45 anni                    | dal 2024                         | Sì           |
| <b>P20</b>        | M            | 25 anni (29 sui documenti) | dal 2024                         | No           |
| <b>P21</b>        | M            | 35 anni                    | dal 2013                         | Sì           |
| <b>P22</b>        | M            | 37 anni                    | dal 2018                         | No           |

L'analisi qualitativa è stata condotta utilizzando un approccio tematico di tipo induttivo, orientato da una lettura processuale e relazionale delle traiettorie migratorie. In questa prospettiva, l'esperienza migratoria è considerata come un processo articolato nel tempo e nello spazio, che si sviluppa attraverso fasi interconnesse e coinvolge dimensioni familiari, sociali e istituzionali.

L'organizzazione dei risultati segue quattro macro-temi che riflettono diverse dimensioni dell'esperienza migratoria.

- Il primo tema considera la migrazione bangladese come un processo strutturato e diseguale, analizzando le logiche che regolano l'accesso alla mobilità e le traiettorie di insediamento.
- Il secondo tema si concentra sulle condizioni di vita quotidiana nel contesto migratorio, con particolare attenzione all'isolamento sociale, al genere e alle situazioni di fragilità.
- Il terzo tema riguarda le interazioni con i servizi socio-sanitari, esplorando le barriere all'accesso e alla continuità della presa in carico.
- Il quarto tema prende in esame i significati attribuiti alla salute e alla prevenzione, considerando il ruolo delle norme culturali, religiose e familiari.

### 3.2.1. La migrazione come processo diseguale: reti, debito e traiettorie differenziate nella migrazione bangladese

Prima di presentare in modo analitico i risultati, la Tabella 3 sintetizza il primo nucleo tematico emerso dalle interviste, relativo alle traiettorie migratorie della comunità bangladese. La tabella mette a confronto il punto di vista degli osservatori privilegiati con le esperienze riferite dagli uomini e dalle donne intervistate, evidenziando il ruolo delle reti informali, dell'indebitamento, del matrimonio, del ricongiungimento familiare e delle aspettative spesso disattese nel percorso migratorio.

*Tabella 3. Temi, sottotemi e prospettive emerse*

| <b>Tema</b>                                                                                                        | <b>Sottotemi</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Operatori - Esperti</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Uomini bangladesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Donne bangladesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>La migrazione come processo diseguale: reti, debito e traiettorie differenziate nella migrazione bangladese</b> | ✓ Partire a debito: reti migratorie, indebitamento e vulnerabilità iniziale<br>✓ Matrimonio e ricongiungimento come dispositivi migratori e familiari<br>✓ Mutamento delle traiettorie femminili: istruzione, autonomia e nuove aspettative<br>✓ Dalle aspettative alla | ✓ Migrazione gerarchica e diseguale, regolata da reti informali familiari e comunitarie.<br>✓ Indebitamento e intermediazione lavorativa come meccanismi di controllo e ricattabilità.<br>✓ Maggiore vulnerabilità per chi arriva da Libia o rotte irregolari.<br>✓ Matrimonio e ricongiungimento | ✓ Arrivo spesso da soli, con famiglia rimasta in Bangladesh.<br>✓ Dipendenza da connazionali, amici e parenti per lavoro e alloggio.<br>✓ Passaggio dalla Libia, con debiti, violenza e pericolo lungo la rotta.<br>✓ Lavoro come principale asse di radicamento, ma in condizioni | ✓ Ingresso spesso successivo, tramite matrimonio o ricongiungimento familiare.<br>✓ Dipendenza iniziale dal marito per documenti, tessera sanitaria e orientamento.<br>✓ Reti femminili fragili: limitata integrazione, scarsa fiducia e isolamento domestico.<br>✓ Matrimoni combinati o |

| Tema | Sottotemi                                                                                                                             | Operatori - Esperti                                                                                                                                                                                                                                                          | Uomini bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                          | Donne bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | disillusione: il confronto con la realtà migratoria<br>✓ Tra comunità e frammentazione: solidarietà, divisioni e nuove configurazioni | come strumenti di stabilizzazione del progetto migratorio maschile.<br>✓ Profilo femminile in trasformazione: da donne poco scolarizzate a nuove generazioni più istruite.<br>✓ Comunità frammentata per origine geografica, appartenenza politica e orientamento religioso. | spesso dure e precarie.<br>✓ Solitudine e disillusione rispetto alle aspettative pre-migratorie.<br>✓ Difficoltà nel ricongiungimento familiare per vincoli documentali e amministrativi.<br>✓ Matrimoni scelti o organizzati dalle famiglie in alcuni percorsi migratori. | precoci, regolati da norme familiari e comunitarie.<br>✓ Matrimonio vissuto anche come possibilità di migrare, acquisire prestigio e aprire spazi di emancipazione.<br>✓ Nuove generazioni più istruite, con desiderio di studio, lingua, lavoro e autonomia.<br>✓ Tensioni familiari legate allo squilibrio educativo e alla divisione tradizionale dei ruoli.<br>✓ Disillusione rispetto all'idea di libertà dopo matrimonio e migrazione. |

### 3.2.1.1. Partire a debito: reti migratorie, indebitamento e vulnerabilità iniziale

La maggioranza degli esperti descrive la migrazione bangladesese come un processo fortemente gerarchico e diseguale, caratterizzato dalla centralità di reti informali, da ruoli di genere rigidamente definiti e da diffuse condizioni di vulnerabilità economica. Secondo alcuni ricercatori intervistati, la migrazione ha inizialmente una connotazione prevalentemente maschile ed è sostenuta da solide reti di origine, spesso legate al villaggio o alla comunità locale.

La maggioranza degli uomini bangladesi intervistati conferma di essere giunti in Italia da soli, senza il nucleo familiare, facendo affidamento su reti di connazionali, amici, parenti e conoscenti per trovare un alloggio e un'occupazione.

*“[...] la mia famiglia è ancora in Bangladesh. Sono sposato, ho due figlie, oltre a due fratelli e quattro sorelle.” (P18)*

Molte donne intervistate descrivono la migrazione come un processo originariamente maschile, nel quale esse fanno ingresso solo in una fase successiva. Numerose intervistate riferiscono che il marito risiedeva in Italia da molti anni, talvolta da oltre un decennio, e che il loro arrivo avviene all'interno di un contesto migratorio già strutturato e consolidato dagli uomini.

In questo quadro, l'arrivo delle donne avviene spesso all'interno di reti familiari già strutturate dagli uomini, ma non si traduce automaticamente in autonomia relazionale o piena integrazione nel nuovo contesto. Dalle interviste emerge soprattutto una dipendenza iniziale dal marito per l'orientamento nelle pratiche quotidiane, amministrative e sanitarie. La presenza di una comunità numericamente rilevante non coincide quindi necessariamente con l'esistenza di reti femminili stabili di supporto: questo aspetto, che riguarda la solitudine e la difficoltà di condividere problemi personali anche all'interno della stessa comunità, verrà approfondito nel paragrafo dedicato all'isolamento nella diaspora.

*“Sono arrivata in Italia nel gennaio del 2018. Mio marito viveva già qui, anche da prima del matrimonio.” (P19)*

*“Mio marito mi ha aiutata con la tessera sanitaria e con le prime visite. Io sono qui da sei mesi e per ora non ho avuto bisogno di andare dal medico, ma ho già fatto la tessera. [...] abbiamo quasi sempre un marito che ci aiuta a fare tutto: i documenti, le pratiche, la tessera sanitaria.” (P14)*

Secondo alcuni esperti, per intraprendere il percorso migratorio, i cittadini bangladesi contraggono un debito significativo che può superare anche i 10.000 euro. Tale indebitamento rappresenta frequentemente un meccanismo di controllo che incide sulle scelte e sulle condizioni di vita dei migranti per diversi anni.

*“Per far arrivare una persona in Italia, magari farla entrare in una cooperativa di subappalto in cantiere, si chiede, ad esempio, un anno di stipendi: somme che vengono poi scalate di mese in mese, per diversi anni, finché non si è coperto il debito. Questa è una forma di speculazione, di sfruttamento, che però raramente viene denunciata, perché, nella prospettiva di chi arriva, pagarsi un anno di stipendi, pur con interessi così alti, ha permesso loro di partire; senza quel credito non sarebbe stato possibile nemmeno arrivare” (P4)*

In relazione alla trasformazione socio-economica del profilo migratorio, alcuni osservatori privilegiati evidenziano come una parte consistente della popolazione bangladesese attualmente presente provenga da aree fortemente deprivate del Bangladesh, prevalentemente rurali e solo in misura marginale dalla capitale. Tali territori di origine sono caratterizzati da condizioni socio-economiche svantaggiate e da livelli di istruzione spesso molto bassi: di conseguenza, molti uomini risultano appena alfabetizzati e solo una minoranza ha completato la scuola primaria.

Alcuni ricercatori sottolineano inoltre come il profilo migratorio sia cambiato negli ultimi anni anche in relazione alle nuove traiettorie di ingresso in Italia. In particolare, emerge una maggiore presenza di cittadini bangladesi che transitano dalla Libia prima di arrivare in Europa. Questo elemento va interpretato come parte di un più ampio insieme di traiettorie migratorie irregolari o fortemente mediate, nelle quali il debito, l'intermediazione e la precarietà del viaggio possono aumentare l'esposizione a sfruttamento e ricattabilità. Nel caso della Libia, la vulnerabilità appare legata sia alle condizioni di instabilità e violenza del contesto di transito, sia al successivo inserimento lavorativo tramite reti di intermediari.

*“Oggi, ad esempio, c'è una particolare vulnerabilità tra coloro che arrivano passando per la Libia, trovando poi lavoro tramite intermediari. In questi casi, il ruolo dell'intermediazione lavorativa è molto importante, e comprenderne bene le dinamiche aiuta a coglierne le sfumature. Chi arriva da queste rotte è spesso più vulnerabile e a rischio di forme di sfruttamento marcate. Lo stesso vale per chi passa dalla rotta balcanica.” (P8)*

La maggioranza degli uomini intervistati racconta di essere giunta in Italia passando dalla Libia. Alcuni di loro descrivono questa fase del percorso migratorio come particolarmente pericolosa, segnata da paura, violenza e forte incertezza.

*“Quando ero in Libia pensavo solo a come uscire dal paese” (P19)*

*“In Libia c'era troppo bordello. Quando uscivo per andare in Moschea, ogni tanto qualcuno sparava. Era pericoloso” (P21)*

*“Sono entrato [in Italia, ndr] con una grave ferita alla gamba dalla Libia [...] mi hanno sparato” (P22)*

*“In Libia avevo degli amici che mi hanno convinto a venire in Italia dopo avere pagato tanti soldi, quasi 5000 euro. Sono venuto dalla Libia attraversando il mare.” (P20)*

### **3.2.1.2. Matrimonio e ricongiungimento come dispositivi migratori e familiari**

Alcuni esperti sottolineano che in una fase successiva del processo migratorio, l'arrivo delle donne avviene generalmente attraverso il ricongiungimento familiare; in tali casi, esse dipendono dal marito per fare i documenti e per il primo orientamento nel contesto di arrivo.

Alcuni osservatori privilegiati sottolineano come il matrimonio sia uno strumento sociale e migratorio che contribuisce alla stabilizzazione della presenza maschile nel paese di destinazione e, al contempo, regola l'ingresso delle donne nei percorsi migratori.

La maggioranza degli esperti evidenzia come i matrimoni siano stabiliti dalle famiglie in relazione allo stato di migrante dell'uomo già arrivato in Italia. Due osservatrici privilegiate sottolineano come molte donne si sposino con uomini significativamente più grandi, che nel contesto di origine riescono a presentarsi come partner particolarmente desiderabili. La figura dell'uomo emigrato è infatti spesso associata, in Bangladesh, a un'immagine di successo economico e di mobilità sociale, indipendentemente dalle effettive condizioni di vita sperimentate nel paese di destinazione.

Un'altra esperta mette in luce il fatto che molte ragazze giovani si sposano online con uomini emigrati in Italia.

*“Si tratta quasi sempre di coppie formatesi tramite matrimonio combinato: l'immigrato, dopo essersi stabilizzato in Italia con contratto e permesso, torna in patria e combina un matrimonio -o le famiglie glielo hanno già combinato- perché viene percepito come immigrato “di successo”. Ostenta un lavoro, un permesso di soggiorno, idealizza un po' la propria situazione e si colloca bene sul mercato matrimoniale; in parole povere, è considerato un buon partito” (P4)*

*“Queste donne si sposano con uomini spesso più grandi, che in Bangladesh si sono ‘venduti bene’: l’immigrato è considerato ricco. [...] capita di incontrare quindicenni già sposate in Bangladesh, o addirittura con matrimoni celebrati online.” (P7)*

Alcuni uomini intervistati riferiscono di essersi sposati con mogli scelte dalle famiglie, nell’ambito di matrimoni già stabiliti e combinati. Uno degli uomini intervistati racconta di essersi sposato all’età di 26 anni, mentre sua moglie aveva 14 anni.

La maggioranza delle donne intervistate conferma che i matrimoni vengono scelti dalle famiglie, le quali individuano il marito per loro. In alcune interviste, le donne esprimono di essersi sposate con uomini che si trovavano già in Italia. Diverse dichiarano di essersi sposate in giovane età, tra i 14 e i 16 anni.

Da una donna emerge che sono i genitori ad occuparsi dell’organizzazione del matrimonio.

Un’altra donna sottolinea che non è possibile immaginare di compiere scelte diverse da quelle che decide la famiglia e che le ragazze sono culturalmente obbligate a sottostare a queste decisioni. Qualora decidessero di intraprendere percorsi diversi, verrebbero giudicate negativamente dalla comunità.

In alcune interviste condotte alle donne, emerge che nella cultura bangladesi i genitori tendono a farle sposare in giovane età, in quanto non è permesso avere dei rapporti sessuali prima del matrimonio.

Tuttavia, una delle donne intervistate sottolinea come, al momento del matrimonio, abbia provato un sentimento di soddisfazione, in quanto nella cultura bangladesi la possibilità per una donna di emigrare all’estero rappresenta un obiettivo di prestigio sociale.

*“No, a 16 anni non avevo voglia di sposarmi. È stato un matrimonio combinato: mio marito ha scelto, viveva già in Italia. È stata una decisione della famiglia, io non volevo. [...] Sì, e in quel momento ero contenta, perché nella nostra cultura il sogno di molte famiglie è che una donna possa andare all’estero. Ero dispiaciuta di lasciare i miei genitori, ma allo stesso tempo contenta di venire in Italia.” (P11)*

*“Io, per esempio, mi sono sposata a 16 anni. La mia famiglia aveva già organizzato tutto: il matrimonio, il marito, la cerimonia. Non so bene quale fosse il motivo, ma era una decisione presa dai miei genitori e dai parenti. “(P17)*

*“Nel mio caso, i genitori hanno deciso per me. Loro hanno scelto mio marito e io ho accettato. Dopo due anni dal matrimonio mi sono trasferita in Italia.” (P15)*

Secondo un esperto, il matrimonio assume una natura ambivalente: se da un lato costituisce uno strumento di controllo sociale e familiare, dall’altro può configurarsi come un potenziale spazio di emancipazione femminile.

Anche alcune donne intervistate riconoscono nel matrimonio un possibile spazio di emancipazione, in particolare nei casi in cui riescono ad acquisire competenze a frequentare corsi di lingua italiana. Queste opportunità favoriscono un ampliamento delle interazioni con il contesto esterno e consentono alle donne di rinegoziare, almeno parzialmente, il proprio ruolo e la propria posizione sociale all’interno e al di fuori della famiglia, quando giungono in Italia.

*“Io volevo venire in Italia. Quando ci siamo sposati, anche questo è stato un matrimonio deciso dalle famiglie, e lui era già qui in Italia. Però mio marito non aveva tanta voglia di portarmi subito, ma io ho voluto venire in Italia.” (P13)*

*“Io a volte non riesco a esprimermi, e questo mi fa male dentro. [...] Ho voglia di vivere. Voglia di esprimermi, di fare parte di questo Paese.” (P14)*

### **3.2.1.3. Mutamento delle traiettorie femminili: istruzione, autonomia e nuove aspettative**

In relazione alla mutazione del profilo migratorio femminile, alcuni osservatori privilegiati evidenziano come, negli ultimi anni, siano giunte in Italia donne mediamente più giovani e con livelli di istruzione più elevati rispetto al passato. In diversi casi si tratta di figlie di migranti che hanno investito risorse economiche significative nel loro percorso formativo, favorendo l’accesso all’istruzione secondaria e universitaria.

Particolare rilievo assumono le seconde generazioni, ovvero ragazze arrivate in età preadolescenziale o adolescenziale (12–13 anni), che manifestano un forte desiderio di proseguire gli studi. Secondo alcune ricercatrici intervistate, emerge una differenza marcata tra le donne giunte negli anni precedenti, spesso con bassi livelli di scolarizzazione, e quelle arrivate più recentemente, che in alcuni casi possiedono titoli di studio avanzati, fino alla laurea.

Un intervistato sottolinea, inoltre, come le caratteristiche del percorso migratorio femminile dipendano in misura significativa dall'area geografica di provenienza. In alcuni contesti, le donne hanno sperimentato forme di grave vulnerabilità e violenza, mentre in altri casi emergono come protagoniste attive del progetto migratorio, con un ruolo decisionale più autonomo. In questa prospettiva, un esperto evidenzia come molte donne migrino dal Bangladesh anche in risposta a un bisogno diretto di accesso al lavoro e all'indipendenza economica.

*“Anni fa vedevo arrivare soprattutto donne poco scolarizzate, giunte attraverso matrimoni combinati. Oggi vedo ragazze di venticinque anni che magari hanno conseguito un master e qualcuna frequenta l'università. Per fare un esempio: nel 2017 lavoravo con madri quarantenni, molto poco scolarizzate; ora incontro giovani donne con un livello di istruzione decisamente più alto.” (P9)*

Alcune donne intervistate confermano il valore attribuito all'istruzione e alla formazione: diverse riconoscono l'importanza di studiare, di frequentare corsi di lingua italiana e rivendicano il diritto delle donne di poter compiere scelte autonome, libere dalle pressioni familiari e sociali. Una donna intervistata osserva come, nelle nuove generazioni, stia emergendo un cambiamento di mentalità, caratterizzato da una maggiore libertà di scelta sia in relazione al matrimonio sia rispetto alla decisione di avere figli.

Un'altra donna sottolinea come le donne che oggi arrivano in Italia manifestino sempre più frequentemente il desiderio di continuare a lavorare anche dopo il matrimonio. Pur riconoscendo le difficoltà del contesto migratorio, l'intervistata evidenzia una differenza sostanziale tra il paese di origine e quello di destinazione: se in Bangladesh,

anche in presenza di capacità e aspirazioni, le opportunità femminili risultano spesso limitate, in Italia le donne percepiscono una maggiore libertà che consente loro di individuare un percorso personale, definire obiettivi e costruire nuove traiettorie di vita.

*“Quindi sta cambiando la mentalità: le ragazze e i ragazzi di oggi hanno più libertà di scelta, anche per quanto riguarda il matrimonio e la decisione di avere o non avere figli. Dipende sempre di più dalle donne, dalle loro scelte personali.” (P12)*

La trasformazione del profilo migratorio femminile è evidenziata anche da uno squilibrio educativo all'interno della famiglia. Secondo alcuni esperti, infatti, quando le donne si sposano con uomini più anziani, accade spesso che questi ultimi abbiano un livello di istruzione molto inferiore rispetto alle mogli, e ciò produce forti tensioni nelle relazioni familiari.

Anche alcune donne intervistate sottolineano come le donne stiano compiendo importanti passi avanti, mentre gli uomini sembrano essere rimasti più indietro.

*“In casa devono fare tutto: pulire, cucinare, occuparsi di tutti. Se chiedono al marito di aiutarle, lui risponde che non è il suo compito, perché è lui che lavora. Così nascono tensioni, conflitti, e molte donne non si sentono libere.” (P15)*

#### **3.2.1.4. Dalle aspettative alla disillusione: il confronto con la realtà migratoria**

Diversi esperti riferiscono che sia gli uomini che le donne, una volta arrivati in Italia, si trovino a vivere una discrepanza tra le aspettative precedenti alla partenza e la realtà incontrata dopo l'arrivo.

Gli uomini giungono in Italia e vivono per lunghi periodi in una condizione di solitudine, svolgendo lavori fisicamente impegnativi, con orari prolungati e in un contesto di forte precarietà abitativa e lavorativa. Particolare rilievo viene dato alla condizione delle donne, le quali generalmente non lavorano e si trovano quindi a vivere una situazione di maggiore solitudine.

Un'osservatrice privilegiata sottolinea che, in Bangladesh, nonostante le dure condizioni di vita, le donne almeno avevano una famiglia, mentre una volta migrate si ritrovano completamente sole, anche perché gli uomini lavorano tutto il giorno. Secondo questa osservatrice, tale condizione porta spesso a una profonda depressione. Secondo un esperto la disillusione è accentuata da permessi di soggiorno di breve durata e dalla permanenza in abitazioni sovraffollate.

Diversi uomini intervistati esprimono un forte disagio emotivo e psicologico, utilizzando immagini estremamente negative per descrivere le proprie condizioni abitative e di vita. Alcuni definiscono la loro casa e la loro situazione quotidiana come “un inferno”, o addirittura “peggiore dell’inferno”, evidenziando il senso di oppressione, precarietà e sofferenza che accompagna l’esperienza migratoria. Tali rappresentazioni rafforzano l’idea di una profonda frattura tra le aspettative pre-migratorie e la realtà vissuta, contribuendo a delineare la disillusione dell’esperienza migratoria bangladese.

Un uomo riferisce di aver vissuto per lunghi periodi in Italia in condizioni di solitudine prima di riuscire a ricongiungere moglie e figli. Un altro, invece, dichiara di non essere riuscito a far arrivare la famiglia a causa di difficoltà legate ai requisiti documentali e amministrativi, evidenziando come l’accesso al ricongiungimento familiare sia fortemente condizionato da vincoli legislativi e amministrativi.

*“Vivo con altre otto persone, non avrei mai immaginato di vivere così in Italia.” (P18)*

*“Dove vivo adesso sto male, sembra un inferno. [...] sono arrivato la mia casa era un inferno, adesso è anche peggio dell’inferno.” (P20)*

*“Non desideravo vivere nella casa dove sono adesso. Non volevo rimare lì. Se avessi altre possibilità, andrei fuori.” (P22)*

Analogamente, molte donne intervistate riferiscono una forte disillusione rispetto alle rappresentazioni della migrazione maturate prima della partenza. Alcune esprimono sentimenti di solitudine e una profonda mancanza della famiglia di origine, soprattutto quando vivono in contesti abitativi sovraffollati. In un’intervista viene riferito di essere

caricate di un'elevata quantità di lavoro domestico, come cucinare e lavare per numerosi conviventi.

Una donna intervistata racconta che, una volta giunta in Italia, l'esperienza si è rivelata profondamente diversa da quanto immaginato: si è trovata in una città molto più grande, caratterizzata da numerose strade e abitazioni, in un contesto complesso che ha reso difficile l'orientamento e l'adattamento.

*“Tutte pensiamo: “Dopo il matrimonio farò quello che voglio.” Ma non è mai successo” (P11)*

### **3.2.1.5. Tra comunità e frammentazione: solidarietà, divisioni e nuove configurazioni**

Secondo alcuni ricercatori, i cittadini bangladesi tendono a inserirsi nei distretti industriali, che si sviluppano proprio perché il territorio risulta particolarmente attrattivo. Ciò avviene per la presenza della cantieristica navale, un settore produttivo in continua crescita e costantemente bisognoso di manodopera. La disponibilità di lavoro favorisce quindi la migrazione e l'insediamento in specifici quartieri urbani, all'interno dei quali si formano comunità.

Tuttavia, secondo alcuni osservatori privilegiati, la comunità bangladese risulta frammentata al suo interno, a causa di divisioni legate alla provenienza geografica, alla distinzione tra contesti rurali e urbani, all'appartenenza politica e a differenti modi di interpretare e praticare la religione all'interno della stessa comunità.

Un ricercatore, in particolare, sottolinea l'esistenza di un forte contrasto tra l'Islam della prima generazione, più chiuso e difensivo, e quello delle seconde generazioni, più aperto e orientato all'integrazione. Questo contrasto si riflette anche nei rapporti familiari e sociali.

Una donna afferma che, sebbene ci sia solidarietà all'interno della comunità, molte famiglie rimangono comunque escluse e questo è un ulteriore problema di isolamento. Alcuni esperti osservano come la migrazione bangladese si sia progressivamente evoluta nel corso degli anni, con una crescente diversificazione dei profili migratori e delle traiettorie individuali e familiari. All'interno di tali contesti, le donne acquisiscono nuovi ruoli e una maggiore capacità di incidere sulle scelte migratorie. In particolare, un ricercatore sottolinea il peso significativo esercitato dalle donne nella

decisione di intraprendere una migrazione secondaria verso il Regno Unito.

### 3.2.2. Isolamento e vulnerabilità: come migrazione e genere si intrecciano nelle traiettorie quotidiane

Il secondo nucleo tematico riguarda l'intreccio tra migrazione, isolamento e vulnerabilità di genere. La Tabella 4 riassume le principali prospettive emerse rispetto alla produzione dell'isolamento nella diaspora, alla solitudine come esito della migrazione, alle condizioni abitative sovraffollate, alla dipendenza economica, ai ruoli di genere e alle forme di ricattabilità lavorativa. La distinzione tra uomini e donne consente di mettere in luce come la vulnerabilità assuma forme diverse a seconda della posizione occupata all'interno del percorso migratorio e familiare.

Tabella 4. Temi, sottotemi e prospettive emerse

| Tema                                                                                                    | Sottotemi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Operatori - Esperti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Uomini bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Donne bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Isolamento e vulnerabilità: come migrazione e genere si intrecciano nelle traiettorie quotidiane</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Come si produce l'isolamento nella diaspora</li> <li>✓ Fragilità e solitudine come esito della migrazione</li> <li>✓ Sovraffollamento e dipendenza economica: l'abitare come fattore di vulnerabilità</li> <li>✓ Ruoli tradizionali e autonomia limitata</li> <li>✓ Lavorare "a debito": sfruttamento, subappalti e ricattabilità nel mercato del lavoro</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Isolamento comunitario e scarsa socialità mista</li> <li>✓ Scuole ad alta concentrazione di alunni stranieri e fenomeni di white flight</li> <li>✓ Perdita della rete familiare allargata e fragilità emotiva, soprattutto femminile</li> <li>✓ Sovraffollamento, coabitazioni forzate e carico domestico come fattori di vulnerabilità</li> <li>✓ Ruoli di genere tradizionali, limitata autonomia femminile e desiderio crescente di lavoro</li> <li>✓ Sfruttamento lavorativo, lavoro "a debito", subappalti e ricattabilità</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Arrivo e permanenza iniziale in solitudine, con famiglia in Bangladesh</li> <li>✓ Nostalgia, isolamento affettivo e difficoltà a condividere problemi personali</li> <li>✓ Convivenze sovraffollate e condizioni abitative vissute come oppressive</li> <li>✓ Centralità del lavoro come principale fattore di stress e malessere</li> <li>✓ Visione tradizionale dei ruoli di genere</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Isolamento domestico, assenza di reti di supporto e dipendenza dal marito</li> <li>✓ Perdita della rete familiare d'origine, soprattutto in gravidanza e maternità</li> <li>✓ Carico domestico elevato, coabitazioni allargate e rischio di violenza</li> <li>✓ Difficoltà linguistiche e limitata autonomia nell'accesso a servizi e cure</li> <li>✓ Percorsi educativi interrotti, stigma sociale e perdita di opportunità formative</li> <li>✓ Desiderio di studio, lavoro e maggiore autonomia.</li> </ul> |

### **3.2.2.1. Come si produce l'isolamento nella diaspora**

La maggioranza degli esperti descrive la comunità bangladese come fortemente isolata all'interno della diaspora. Secondo molti intervistati, tale isolamento riguarda in particolare gli uomini, soprattutto nelle fasi iniziali della migrazione, quando arrivano soli, vivono con altri connazionali e mantengono l'intera famiglia in Bangladesh. Tuttavia, questa condizione di emarginazione tende a svilupparsi e a protrarsi anche successivamente, quando arrivano le donne e si ricompone il nucleo familiare.

Un esperto, in particolare, sottolinea come non esista una reale socialità mista: i bangladesi tendono a non frequentare né altri gruppi di immigrati né la popolazione italiana, rimanendo prevalentemente all'interno di reti chiuse e omogenee. Un ulteriore fattore che contribuisce all'isolamento è rappresentato dagli orari di lavoro: ritmi lavorativi intensi e prolungati lasciano poco spazio al tempo libero, alla socialità e alle opportunità di integrazione sociale.

Il tema dell'isolamento emerge anche dalle interviste condotte con uomini e donne della comunità bangladese. Molte donne riferiscono di trascorrere gran parte del tempo chiuse in casa, non conoscendo luoghi di socializzazione e non avendo spazi autonomi di relazione. Alcune affermano di non condividere problemi personali o familiari nemmeno con persone della stessa comunità, mentre altre lamentano il peso di dover gestire da sole la casa e i figli. Questa condizione accentua il senso di isolamento e di solitudine.

Anche diversi uomini intervistati dichiarano di sentirsi soli e isolati. In particolare, gli uomini associano questo sentimento alla lontananza dalla famiglia rimasta in Bangladesh, mentre le donne riferiscono un isolamento legato soprattutto all'assenza di reti di supporto nel contesto di vita quotidiana.

Un ulteriore aspetto che emerge dalle interviste riguarda il disorientamento nelle fasi iniziali del percorso migratorio. Diversi intervistati riferiscono di non conoscere i percorsi corretti per l'accesso ai diritti e ai servizi: non sanno come regolarizzare i documenti, come iscriversi ai corsi di lingua italiana, come entrare in contatto con l'ospedale o con i servizi sociosanitari. Questa mancanza di informazioni e di

orientamento contribuisce in modo significativo alla percezione di isolamento e alla difficoltà di integrazione.

*“sento molta nostalgia del Bangladesh. Lì c'è la mia famiglia, i miei amici. È il posto dove sono nato e cresciuto, e mi manca” (P19)*

Un altro esperto evidenzia come l'isolamento si manifesti anche all'interno delle scuole, spesso caratterizzate da una presenza quasi esclusiva di alunni stranieri. In questo contesto si inserisce il fenomeno del white flight, per cui molte famiglie italiane trasferiscono i propri figli in altri istituti, lasciando alcune scuole con una prevalenza quasi monoculturale di studenti stranieri, in particolare bangladesi. Secondo l'intervistato, in alcune scuole la percentuale di alunni stranieri supera l'80%, con ricadute significative sull'integrazione, sulla didattica e sul rafforzamento dell'isolamento all'interno del contesto migratorio.

### **3.2.2.2. Fragilità e solitudine come esito della migrazione**

La solitudine descritta dagli intervistati non riguarda soltanto l'assenza di relazioni, ma assume spesso la forma di una fragilità emotiva e sociale. Alcuni osservatori privilegiati sottolineano come molte famiglie vivano diagnosi, difficoltà quotidiane e problemi legati ai figli all'interno di un contesto di forte precarietà, senza poter contare su una rete familiare allargata simile a quella presente nel Paese di origine.

Questa fragilità appare particolarmente marcata nelle esperienze femminili. Una ricercatrice evidenzia come, in Bangladesh, la crescita dei figli avvenga spesso con il supporto dell'intera famiglia allargata, mentre nel contesto migratorio italiano molte donne si ritrovano sole nella gestione della maternità, della casa e della cura quotidiana. La perdita della rete familiare d'origine produce quindi un senso di solitudine che può diventare particolarmente intenso durante la gravidanza, la maternità e le prime fasi di inserimento nel nuovo contesto.

Alcune donne intervistate descrivono questa condizione come una mancanza di sostegno concreto ed emotivo. Una donna racconta di aver avvertito, durante la gravidanza in Italia, la forte assenza della madre; un'altra riferisce di essersi sentita estremamente sola e di aver incontrato grandi difficoltà nell'affrontare i problemi

quotidiani senza adeguati supporti. In alcuni casi, tuttavia, emergono anche forme spontanee di aiuto tra donne, nate nel corso della permanenza in Italia, che diventano piccole reti informali di sostegno.

La fragilità femminile si lega anche alla dipendenza dal marito, soprattutto nei momenti in cui l'uomo è assente per motivi lavorativi. In queste situazioni, alcune donne riferiscono difficoltà a organizzarsi autonomamente, a muoversi nei servizi, a gestire i bisogni dei figli e a comunicare con gli operatori sanitari. La barriera linguistica, in particolare, può trasformare anche attività ordinarie, come andare dal medico o spiegare un problema di salute, in esperienze di frustrazione e sofferenza. Molti esperti descrivono inoltre una condizione di profonda fragilità emotiva, che in alcune donne assume forme assimilabili a stati depressivi. Tale sofferenza viene collegata all'isolamento domestico, alla mancanza di prospettive personali, al confinamento nello spazio della casa e alla percezione di non avere opportunità formative o lavorative. Alcune intervistate riferiscono rabbia, stanchezza e senso di vuoto, soprattutto quando la migrazione ha interrotto percorsi di studio, aspirazioni personali o possibilità di autonomia.

Una donna racconta che essersi sposata a 18 anni le ha impedito di completare la scuola superiore e di intraprendere ulteriori percorsi di studio; questa condizione è associata, nel suo racconto, a un profondo senso di dolore e di vuoto per non aver potuto proseguire il proprio percorso formativo. Un'altra donna riferisce di stare male a causa del divorzio, che l'ha resa oggetto di stigma all'interno della comunità bangladese presente sul territorio, contribuendo alla perdita di molte amicizie e all'accentuarsi del senso di isolamento.

*“Io mi sono sposata a 18 anni e non ho potuto finire la scuola superiore. Avrei voluto continuare a studiare, ma non ho avuto la possibilità. Questo mi ha lasciato un dolore, un vuoto, un desiderio rimasto in sospeso.” (P15)*

*“I miei due figli andavano a scuola. Io stavo spesso da sola: a volte piangevo, a volte uscivo a fare la spesa, cucinavo, cercavo di mandare avanti tutto così... è passato in questo modo” (P10)*

*“A volte ho forti mal di testa e vorrei andare dal medico, ma senza mio marito non riesco a organizzarmi. Mi sento sempre stanca e con la testa che pulsa, come se avessi un dolore continuo dentro.” (P12)*

### **3.2.2.3. Sovraffollamento e dipendenza economica: l’abitare come fattore di vulnerabilità**

Molti osservatori privilegiati individuano nelle condizioni abitative sovraffollate una criticità rilevante nella vita quotidiana della comunità bangladese. Gli spazi domestici ridotti, la coabitazione con numerose persone e la difficoltà di sostenere autonomamente i costi dell’affitto contribuiscono a produrre situazioni di vulnerabilità, isolamento e tensione familiare. Secondo un’assistente sociale, tali condizioni rendono spesso più difficile anche l’attuazione delle strategie di intervento proposte dai servizi, soprattutto quando sono presenti problemi di salute o condizioni familiari complesse.

Come osservano due ricercatori, la questione abitativa è strettamente legata alla difficoltà di reperire alloggi disponibili a costi accessibili. A fronte di affitti elevati, stipendi bassi e nuclei familiari monoreddito, uomini soli o intere famiglie finiscono spesso per condividere l’abitazione con numerose altre persone. In questo senso, il sovraffollamento è una conseguenza della precarietà lavorativa ed economica.

Il tema delle coabitazioni emerge in modo significativo anche dalle interviste con i membri della comunità bangladese. Diversi uomini riferiscono di vivere con molte altre persone, talvolta di nazionalità diversa, altre volte esclusivamente bangladesi, arrivando a descrivere convivenze in abitazioni molto piccole, con fino a otto persone nello stesso appartamento. Anche alcune donne intervistate raccontano di aver vissuto, soprattutto nelle fasi iniziali della migrazione, con altri individui che non erano familiari stretti, ma altri migranti. Secondo le loro testimonianze, queste convivenze avvengono spesso in spazi molto ristretti e, in alcuni casi, anche in presenza di figli. Alcuni uomini esprimono un forte disagio legato a queste condizioni abitative, percepite come gravose sul piano personale e familiare.

*“Neanche gli animali vivono in questo modo. Siamo in otto in appartamento ed è davvero molto difficile.” (P18)*

Un ulteriore aspetto riguarda il carico domestico che può ricadere sulle donne nei contesti di coabitazione allargata. Come osserva un'assistente sociale, può accadere che all'interno dell'abitazione sia presente la moglie di uno degli uomini conviventi e che questa si trovi a cucinare, pulire e occuparsi delle attività domestiche per tutti gli altri. In alcune situazioni, tale distribuzione dei compiti viene anche presentata come contropartita per il pagamento di un affitto più basso.

Anche dalle interviste con alcune donne emerge chiaramente la percezione di un carico domestico molto elevato. Una donna racconta che, appena arrivata in Italia, è rimasta subito incinta e ha dovuto dedicarsi interamente alla cura dei figli e della famiglia, senza avere tempo né opportunità per intraprendere percorsi di apprendimento, come lo studio della lingua italiana.

*“Se nella stessa casa non ci sono altre donne, la moglie diventa la donna di tutti: cucina e pulisce per tutti i maschi, anche non parenti, in cambio di un affitto più basso.” (P7)*

Il sovraffollamento abitativo e la coabitazione forzata possono inoltre aumentare il rischio di conflitti, controllo e violenza, soprattutto nei confronti delle donne e delle ragazze più giovani. Un'assistente sociale riferisce di aver osservato situazioni in cui ragazze adolescenti, rientrando a casa, venivano molestate all'interno dell'appartamento da persone che coabitavano con la famiglia. Diversi osservatori concordano nel ritenere queste convivenze un fattore di rischio rilevante, perché l'assenza di spazi privati e la presenza di adulti non appartenenti al nucleo familiare possono rendere l'ambiente domestico insicuro.

Un'osservatrice privilegiata riferisce inoltre che, negli ultimi anni, si è registrato un aumento delle denunce da parte di donne bangladesi per maltrattamenti subiti, sia da uomini molto più anziani con cui sono sposate, sia da altri uomini che coabitano all'interno della stessa abitazione. Questo fenomeno di violenza di genere viene messo in relazione da un ricercatore anche a comportamenti aggressivi legati a situazioni di sofferenza psicologica maschile, precarietà lavorativa, frustrazione e condizioni abitative degradate.

Anche dalle interviste con le donne emergono esperienze dirette di violenza. Una donna racconta di aver subito maltrattamenti da parte del marito, sposato in Bangladesh, per diversi mesi dopo l'arrivo in Italia. Un'altra riferisce che il marito rientra spesso a casa ubriaco e perde il controllo, generando situazioni di paura e violenza all'interno dell'ambiente domestico.

Nel complesso, l'abitare emerge come un fattore centrale di vulnerabilità. Il sovraffollamento, la dipendenza economica, la coabitazione forzata e l'assenza di spazi privati non incidono soltanto sulla qualità della vita, ma possono amplificare isolamento, carico domestico, conflitti familiari e rischio di violenza. Per questo, le condizioni abitative rappresentano una dimensione decisiva per comprendere l'intreccio tra precarietà economica, genere e vulnerabilità nella migrazione bangladesese.

#### **3.2.2.4. Ruoli tradizionali e autonomia limitata: la marginalità femminile tra controllo sociale e desiderio di lavoro**

La maggioranza degli osservatori privilegiati sostiene che, all'interno della comunità bangladesese, i ruoli di genere sono fortemente tradizionali. In questo assetto, l'uomo è generalmente considerato il titolare del contratto di lavoro e dell'affitto, oltre che il principale responsabile economico e amministrativo della famiglia. Alla donna, invece, viene attribuito il compito di occuparsi della casa, dei figli e della cura familiare.

Una ricercatrice osserva come molte donne abbiano idee, desideri e aspettative proprie, ma siano spesso altre persone a prendere decisioni per loro. Un altro osservatore privilegiato sottolinea l'elevato grado di rigidità delle relazioni di genere, soprattutto a svantaggio delle donne: mentre agli uomini è consentito uscire liberamente di casa, per le donne questa possibilità risulta spesso limitata. Secondo l'intervistato, ciò emerge anche nello spazio pubblico, dove nei negozi, nelle strade e nei luoghi di aggregazione sono visibili prevalentemente uomini, mentre le donne risultano meno presenti.

Il punto di vista degli uomini intervistati appare in larga parte coerente con questa impostazione. La maggioranza sostiene che la donna deve rimanere in casa e occuparsi

della famiglia, mentre tutto ciò che riguarda l'esterno, come il lavoro, la gestione economica e i rapporti con i servizi, debba essere di competenza maschile. Un uomo afferma esplicitamente che la moglie non dovrebbe lavorare, poiché spetta al marito provvedere economicamente alla famiglia. Altri uomini ribadiscono che l'obiettivo principale dell'uomo è lavorare, mentre quello della donna è farsi carico delle responsabilità domestiche e familiari.

*“Il papà deve occuparsi di stare fuori e guadagnare dei soldi per mantenere la famiglia; la mamma gestisce il resto: alleva i figli, se ne prende cura, li fa studiare.”*  
(P20)

Anche dalle interviste con le donne emerge una consapevolezza diffusa di questo assetto tradizionale. La maggioranza delle donne intervistate non lavora perché impegnata nella cura della famiglia e dei figli. Una partecipante sottolinea, in particolare, come all'interno della comunità bangladese il lavoro femminile possa essere percepito negativamente. Secondo il suo racconto, quando una donna esprime il desiderio o la necessità di lavorare, può essere esposta a critiche, giudizi negativi e forme di disapprovazione sociale.

*“[...] nella comunità bangladese non era ben vista la donna che lavorava. Se una donna diceva: ‘Voglio lavorare, ho bisogno di soldi’, veniva criticata.”* (P16)

Accanto alla persistenza di ruoli tradizionali, emerge anche un desiderio crescente di autonomia. Alcuni osservatori privilegiati riferiscono che molte donne, una volta giunte in Italia, manifestano l'intenzione di lavorare, nonostante la permanenza di modelli di genere tradizionali importati dal contesto di origine. Diverse donne intervistate affermano infatti che, in futuro, vorrebbero intraprendere un'attività lavorativa.

Le intervistate mostrano consapevolezza delle difficoltà legate a questo percorso. Riconoscono che lavorare non è un obiettivo semplice da raggiungere e che l'apprendimento della lingua italiana rappresenta un passaggio fondamentale. Allo stesso tempo, evidenziano come, per vivere in Italia, sia necessario disporre di un reddito adeguato e costruire progressivamente una maggiore autonomia economica.

*“Adesso però le cose stanno cambiando, piano piano. La mentalità si sta aprendo, e molte donne adesso vorrebbero lavorare.” (P15)*

### **3.2.2.5. Lavorare “a debito”: sfruttamento, subappalti e ricattabilità nel mercato del lavoro**

Un tema che emerge in modo rilevante dalle testimonianze degli osservatori privilegiati riguarda lo sfruttamento lavorativo, che assume forme diverse a seconda della posizione del migrante, del tempo di permanenza in Italia e del settore di inserimento. Secondo una ricercatrice, in alcune cooperative una parte consistente dello stipendio può essere trattenuta da chi procura il lavoro, talvolta fino alla metà della retribuzione. Un altro ricercatore sottolinea il ruolo centrale dell’intermediazione lavorativa, evidenziando come le persone provenienti da situazioni particolarmente difficili, ad esempio coloro che hanno attraversato la rotta libica, risultino maggiormente esposte a forme di sfruttamento, salari molto bassi e carichi di lavoro elevati.

Lo sfruttamento si lega anche alla ricattabilità prodotta dal bisogno di lavorare e dalla precarietà amministrativa. Alcuni osservatori segnalano casi in cui i lavoratori arrivano persino a pagare per poter accedere a impieghi a bassa qualificazione, come quelli nel settore industriale o nei cantieri. In questi contesti, i contratti possono avere durata molto breve e, al momento del rinnovo, possono essere richieste nuove somme di denaro. Il debito contratto per partire o per ottenere un inserimento lavorativo continua quindi a incidere sulle condizioni di vita anche dopo l’arrivo in Italia.

Particolare rilievo assumono i subappalti, soprattutto nei cantieri navali. Secondo quanto riferito dagli osservatori, i subappaltatori, nel tentativo di aumentare i margini di profitto, esercitano un forte controllo sulla manodopera. I lavoratori vengono spesso reclutati direttamente nei villaggi di origine in Bangladesh e, una volta arrivati, si trovano inseriti in cooperative in cui l’accesso ai diritti risulta fortemente limitato. In queste condizioni, il lavoro, pur essendo percepito come un traguardo importante, può trasformarsi in un contesto di dipendenza e sfruttamento.

Le forme di sfruttamento variano anche in base al tempo di permanenza in Italia. La condizione di chi è appena arrivato risulta generalmente più grave rispetto a quella di

chi vive in Italia da più tempo. Nei subappalti sono frequenti accordi individuali tra datore di lavoro e lavoratore, con l'introduzione di paghe forfettarie, cioè una paga unica e indistinta, nella quale non vengono separate le diverse voci contrattuali. In alcuni casi, se i lavoratori si ammalano, non ricevono alcuna retribuzione, poiché la malattia viene considerata già inclusa nella paga forfettaria.

Un ulteriore ricercatore segnala che, nei subappalti legati ai cantieri di Fincantieri, i salari non vengono sempre corrisposti regolarmente e che, in alcuni casi, quando i subappaltatori cessano l'attività, i lavoratori rimangono senza essere pagati. In questo quadro, il rapporto di lavoro appare segnato da forte asimmetria, scarsa tutela e limitata possibilità di rivendicare i propri diritti.

In questo contesto, un uomo bangladesese intervistato sottolinea di svolgere un lavoro estremamente faticoso a fronte di una retribuzione molto bassa.

*“Sometimes they don't even get a salary. Companies, the subcontracting companies at Fincantieri, don't always pay regularly.” (P2)*

*“Faccio un lavoro molto duro e guadagno poco. Questo mi porta a forti mal di testa e a tanti pensieri. Non è facile.” (P21)*

### **3.2.3. Accesso, comunicazione e presa in carico: multiple barriere nella relazione con i servizi socio-sanitari**

Il terzo nucleo tematico riguarda l'accesso ai servizi socio-sanitari e le barriere che incidono sulla presa in carico. La Tabella 5 sintetizza le criticità emerse nelle interviste in relazione alla lingua, alla burocrazia, alla mediazione culturale, alla relazione con il medico di famiglia, alla dipendenza da figure informali e alla frammentazione degli interventi. Il confronto tra operatori, uomini e donne permette di evidenziare come le difficoltà di accesso che dipendono dall'interazione tra ostacoli linguistici, amministrativi, organizzativi e relazionali.

*Tabella 5. Temi, sottotemi e prospettive emerse dalle interviste*

| <b>Tema</b>                                               | <b>Sottotemi</b>                                               | <b>Operatori - Esperti</b>                                                                 | <b>Uomini bangladesi</b>                               | <b>Donne bangladesi</b>                                             |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Accesso, comunicazione e presa in carico: barriere</b> | ✓ Lingua e barriere amministrative: mediazione insufficiente e | ✓ Le barriere amministrative riguardano permessi di soggiorno brevi, burocrazia complessa, | ✓ Lingua come barriera principale.<br>✓ Incomprensione | ✓ Lingua come barriera principale.<br>✓ Difficoltà a comunicare con |

| <b>Tema</b>                                                  | <b>Sottotemi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Operatori - Esperti</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Uomini bangladesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Donne bangladesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>multiple nella relazione con i servizi socio-sanitari</b> | accesso diseguale ai servizi<br>✓ Medicina generale, tempi di accesso e aspettative di presa in carico<br>✓ Dipendenza da figure informali per l'accesso ai servizi.<br>✓ Carenze transculturali, frammentazione degli interventi e bisogni complessi senza continuità.<br>✓ Sfiducia verso i servizi sociali e fiducia nei confronti della sanità italiana. | residenza e tessera sanitaria, con frequente ricorso a reti informali di ospitalità, talvolta fittizie, per ottenere documenti.<br>✓ La presa in carico è fragile e discontinua: il rapporto con il medico di famiglia può essere povero, anche richieste semplici diventano complesse e l'accesso ai servizi dipende spesso da amici, parenti o mediatori informali.<br>✓ I servizi risultano frammentati, con pochi progetti integrati, risorse limitate e carichi di lavoro elevati.<br>✓ Emerge sfiducia verso i servizi sociali, legata alla paura dell'allontanamento dei figli e del giudizio come madri, ma anche alta fiducia nella sanità italiana, soprattutto per consultori, gravidanza e sistema pubblico. | alle visite e in ospedale.<br>✓ Difficoltà a spiegare sintomi e capire indicazioni.<br>✓ Difficoltà con medico di famiglia: appuntamenti troppo lontani nel tempo e visite percepite come troppo brevi.<br>✓ Affidamento a reti informali per accedere ai servizi: amici, connazionali, datori di lavoro.<br>✓ Esperienza di cure frammentate e percezione di scarsa continuità assistenziale. | il pediatra.<br>✓ Frustrazione per l'impossibilità di spiegare sintomi e bisogni.<br>✓ Accesso ai corsi di lingua ostacolato da tempi di attesa lunghi e carichi familiari e domestici.<br>✓ Dipendenza dal marito per l'accesso ai servizi: appuntamenti, documenti, traduzione; in alcuni casi anche dai figli.<br>✓ Miglioramento dell'accesso con maggiore competenza linguistica. |

### **3.2.3.1. Lingua e barriere amministrative come filtro: mediazione insufficiente e accesso diseguale ai servizi**

La questione della barriera linguistica è affrontata dalla maggioranza degli esperti intervistati e viene posta al centro dell'analisi in modi differenti. Secondo due assistenti sociali, il problema è riconducibile a un vero e proprio binomio di responsabilità: da un lato, le famiglie non parlano adeguatamente l'italiano; dall'altro, la mediazione linguistica nei servizi risulta insufficiente. Questa combinazione rende l'accesso ai servizi estremamente complesso.

Un'altra assistente sociale sostiene che spesso sono gli stessi insegnanti a incontrare difficoltà nel dialogo con le famiglie, poiché non dispongono degli strumenti linguistici o comunicativi adeguati a interagire efficacemente con esse. Una ricercatrice evidenzia invece come, talvolta, i migranti bangladesi tentino di

frequentare corsi di lingua italiana, ma si trovino in difficoltà a causa dell'insufficienza dell'offerta formativa disponibile.

Singolare è il punto di vista di un esperto, secondo il quale pochi migranti bangladesi mostrerebbero un reale interesse o una propensione allo studio della lingua italiana. Egli sostiene inoltre che, nel corso del tempo, alcuni di essi avrebbero messo in atto strategie di vario tipo, soprattutto illegali, pur di ottenere certificazioni linguistiche.

*“Le famiglie che non padroneggiano l'italiano, e purtroppo molte famiglie bangladesi non lo padroneggiano, restano escluse, perché non abbiamo mediazione sufficiente”*  
(P6)

La maggioranza degli uomini e delle donne bangladesi sostiene che la principale problematica nell'accesso e nella relazione con i servizi è rappresentata dalla lingua italiana e, dunque, dalla presenza di una significativa barriera linguistica. In particolare, un uomo riferisce che, recatosi in ospedale per una visita, è uscito dall'ambulatorio senza avere una chiara consapevolezza di quanto gli fosse stato comunicato. Un altro intervistato racconta che, durante le medicazioni per una ferita, non comprendeva le indicazioni ricevute e, di conseguenza, non sapeva come comportarsi.

La maggioranza dei bangladesi afferma di incontrare difficoltà nel comunicare le proprie problematiche proprio a causa di una marcata carenza comunicativa. Alcune donne sottolineano inoltre che, per iniziare corsi di lingua italiana, è spesso necessario attendere tempi molto lunghi, circostanza che contribuisce a rendere il processo di integrazione ancora più complesso. Un'altra donna riferisce, ad esempio, di incontrare notevoli difficoltà comunicative quando si reca dal pediatra.

La maggioranza degli uomini e delle donne intervistati si è dichiarata desiderosa di frequentare corsi di lingua italiana e di apprendere l'italiano, riconoscendo l'importanza fondamentale della competenza linguistica. In particolare, una donna racconta che, una volta raggiunto un livello di conoscenza della lingua pari al B1, ha percepito un netto miglioramento nella relazione con i servizi: la comunicazione è divenuta più efficace, la barriera linguistica si è fortemente ridotta e, di conseguenza,

è migliorato l'accesso ai servizi in diversi ambiti, dalla scuola alla sanità.

*“È difficile parlare con i medici perché abbiamo lingue diverse” (P19)*

Accanto alle barriere linguistiche, diversi esperti sostengono l'esistenza di rilevanti barriere amministrative che ostacolano l'accesso ai servizi sociosanitari. Un'assistente sociale evidenzia come la breve durata dei permessi di soggiorno rappresenti una criticità significativa, poiché incide negativamente sulla presa in carico delle persone e sulle loro possibilità di beneficiare dei diritti, in particolare per coloro che presentano disabilità. La stessa sottolinea inoltre che l'accesso e l'orientamento all'interno dei servizi sociosanitari richiedono competenze amministrative spesso assenti, con la conseguente produzione di disuguaglianze in termini di salute.

Un ricercatore mette in luce le difficoltà frequentemente riscontrate nell'ottenimento della tessera sanitaria. Poiché il rilascio della tessera è subordinato al possesso della residenza o di una dichiarazione di domicilio, si sviluppano talvolta reti informali di ospitalità tra migranti. In alcuni casi tali ospitalità comportano un contributo alle spese domestiche o il pagamento di somme di denaro; in altri, si tratta di dichiarazioni di ospitalità fittizie, finalizzate esclusivamente all'ottenimento della residenza e, conseguentemente, della tessera sanitaria.

Diversi esperti concordano sul fatto che la mancanza di uno status giuridico stabile costituisca una barriera particolarmente rilevante, in grado di rendere difficoltoso l'accesso ai servizi e, in alcuni casi, di indurre le persone a rinunciarvi del tutto. Nelle interviste agli uomini e alle donne bangladesi, tuttavia, questa criticità emerge meno spesso come problema amministrativo esplicitamente nominato. Tale minore emersione sembra indicare una normalizzazione all'interno dell'esperienza quotidiana: le difficoltà legate a documenti, residenza, tessera sanitaria e orientamento nei servizi vengono spesso vissute come parte ordinaria del percorso migratorio, oppure raccontate attraverso problemi concreti, come l'impossibilità di prenotare visite, comprendere le procedure o sapere a chi rivolgersi. In questo senso, un uomo descrive la propria situazione come difficile da risolvere, riferendo di non sapere come muoversi all'interno dei servizi e di aver incontrato ostacoli nell'accesso alle visite sanitarie.

### **3.2.3.2. Medicina generale, tempi di accesso e aspettative di presa in carico**

Il rapporto con il medico di medicina generale emerge nelle interviste come un punto di tensione non tanto per la sola barriera linguistica, già discussa nel paragrafo precedente, quanto per il diverso modo di intendere i tempi e le modalità di accesso alle cure primarie.

Un esperto, in particolare, sottolinea la povertà della relazione osservata nel momento in cui ha accompagnato alcuni giovani bangladesi in ambulatorio dal medico, evidenziando come richieste considerate semplici o banali diventino fonte di notevoli difficoltà.

Un altro ricercatore riferisce inoltre che diversi medici di famiglia si sono rivolti a lui per consulenze, poiché non riuscivano a gestire adeguatamente alcune situazioni.

Dal punto di vista dei pazienti bangladesi, le criticità riguardano soprattutto appuntamenti percepiti come troppo distanti nel tempo, visite considerate troppo brevi e difficoltà a ottenere uno spazio sufficiente per spiegare il proprio problema di salute. In questo quadro, il ricorso al pronto soccorso va interpretato come la ricerca di una risposta più immediata rispetto a un bisogno percepito come urgente.

*“[...] So che non vado dal mio medico, perché mi dà sempre appuntamenti troppo lontani. Preferisco risolvere in altro modo. Spesso mi rivolgo ad amici che mi aiutano, o vado in Pronto Soccorso” (P21)*

### **3.2.3.3. Dipendenza da figure informali per l'accesso ai servizi**

Al fine di orientarsi e accedere ai servizi, da diversi esperti emerge come i migranti bangladesi facciano ampio ricorso a reti informali, quali amici, conoscenti o individui in grado di parlare almeno in parte la lingua italiana o di muoversi all'interno del sistema sociosanitario.

Un ricercatore, in particolare, sottolinea l'esistenza di una forma di cooperazione informale tra i migranti bangladesi, finalizzata ad aiutarsi reciprocamente nell'accesso ai servizi, alla luce delle difficoltà comunicative e amministrative riscontrate.

Il tema del supporto informale emerge in modo evidente anche nelle interviste condotte con i migranti bangladesi. La maggioranza degli intervistati riferisce infatti di affidarsi

alle reti di amici per accedere ai servizi. Nel caso degli uomini, il supporto proviene prevalentemente dagli amici o, in alcuni casi, dai datori di lavoro; tuttavia, il ricorso agli amici risulta essere la modalità più frequente.

Le donne, invece, dichiarano di dipendere maggiormente dal marito o, talvolta, dai figli, che spesso possiedono una migliore conoscenza della lingua italiana. Una donna, in particolare, racconta che, in assenza del marito, non sa più come accedere ai servizi, poiché in precedenza era lui a gestire ogni aspetto, dagli appuntamenti alla documentazione amministrativa, fino alla traduzione linguistica

*“Non parlava benissimo, ma si faceva aiutare da sua cugina, che invece parlava bene italiano. Lei veniva spesso con noi, quindi era come una mediatrice: traduceva e ci aiutava a capire.” (P12)*

*“Ho avuto delle difficoltà con la lingua in ospedale. Adesso viene ad aiutarmi il mio datore di lavoro quando ho bisogno. È come se fosse mio fratello.” (P20)*

#### **3.2.3.4. Carenze transculturali, frammentazione degli interventi e bisogni complessi senza continuità**

In relazione alle carenze di competenze transculturali all'interno dei servizi sociosanitari, questo aspetto emerge in modo significativo dalle interviste con gli esperti. Alcuni di essi sottolineano una marcata insufficienza della mediazione culturale nei servizi, evidenziando come quella messa a disposizione dagli enti locali risulti spesso inadeguata. Tale carenza rende difficoltosa la restituzione di diagnosi comprensibili alle famiglie.

Un'assistente sociale del servizio sociosanitario evidenzia inoltre che alcuni test utilizzati per individuare ritardi linguistici non sono adeguati al contesto culturale bangladese. Di conseguenza, a diversi bambini vengono certificate difficoltà che, in realtà, derivano dall'utilizzo di strumenti valutativi non culturalmente appropriati.

Altri esperti segnalano come molte scuole incontrino notevoli difficoltà nel lavorare con le famiglie straniere, anche a causa della complessità nell'attivare servizi di mediazione culturale; frequentemente, infatti, ci si affida esclusivamente alla figura paterna come intermediario.

Un ricercatore sottolinea come i servizi e gli operatori siano ancora fortemente arretrati sotto il profilo delle competenze transculturali, applicando categorie cliniche e culturali in modo standardizzato. Egli sostiene la necessità di sviluppare competenze specifiche da parte degli operatori sanitari, in particolare in relazione alla cultura bangladese. In questa prospettiva, il mediatore culturale non dovrebbe essere considerato un semplice traduttore linguistico, ma una figura dotata di competenze culturali in grado di interpretare e rispondere in modo adeguato ai reali bisogni delle famiglie.

Pur riconoscendo l'importanza della presenza del mediatore all'interno dei servizi sociosanitari, una ricercatrice evidenzia che spesso i messaggi veicolati dai servizi risultino ambivalenti e difficili da comprendere. Ciò si manifesta in modo particolare nei momenti di difficoltà, quando i giovani si trovano esposti a messaggi e orientamenti divergenti provenienti da più contesti: quello scolastico, quello psicologico e consultoriale, e quello religioso. Ad esempio, un'assistente sociale sottolinea infine come, in alcuni casi, la neuropsichiatria venga associata, nella percezione delle famiglie, a un'idea di "pazzia". Per questo motivo, risulta fondamentale che i servizi siano in grado di interpretare e comunicare i significati degli interventi in modo culturalmente comprensibile, tenendo conto dei riferimenti culturali della comunità bangladese.

Diversi esperti sottolineano la mancanza di una presa in carico continuativa da parte dei servizi in presenza di bisogni complessi. In particolare, vengono evidenziati limiti strutturali legati alla scarsità di risorse disponibili e all'elevato carico di lavoro degli operatori, che rappresentano le principali criticità. Un'assistente sociale osserva come i servizi pubblici faticino a tenere il passo con l'aumento e la crescente complessità dei bisogni.

Numerosi esperti concordano sul fatto che i bisogni della popolazione siano aumentati e si siano trasformati nel corso degli anni, mentre i servizi sociali e sanitari pubblici risultano spesso in ritardo rispetto alle nuove necessità e alle richieste emergenti.

Un'altra assistente sociale sottolinea inoltre come gli interventi risultino fortemente frammentati: i diversi servizi tendono a operare in modo settoriale, ciascuno

occupandosi di una singola parte, senza che vi sia un progetto di intervento condiviso e realmente integrato.

Un ulteriore esperto evidenzia come, in presenza di problematiche sociali o di bisogni complessi, molte persone appartenenti alla comunità bangladesese manifestino timore nei confronti dei percorsi di presa in carico, anche a causa di un senso di smarrimento, che si accentua soprattutto quando entrano in gioco i servizi psichiatrici. Questo contribuisce ad aumentare le difficoltà di accesso e di continuità degli interventi.

#### **3.2.3.4.1. Approfondimento clinico: barriere linguistiche, incomprensioni culturali e rischi diagnostici**

Le interviste mettono in luce come le barriere linguistiche e culturali producano conseguenze rilevanti anche sul piano clinico e diagnostico. Diversi operatori sottolineano che la valutazione neuropsichiatrica dei bambini bangladesi avviene spesso in condizioni di comunicazione limitata, con una mediazione linguistica insufficiente e con strumenti diagnostici non sempre sensibili al contesto culturale di riferimento.

In questo quadro, difficoltà di espressione, timidezza, esitazioni comunicative o scarsa familiarità con il contesto scolastico italiano possono essere interpretate come segnali di disturbi dell'attenzione, ritardi cognitivi o altre forme di neurodivergenza, con il rischio di sovradiagnosi, diagnosi affrettate o percorsi non pienamente adeguati.

La difficoltà di comunicazione riguarda anche la relazione con i genitori. Molti riferiscono di non comprendere pienamente le indicazioni mediche, di non riuscire a spiegare i sintomi dei figli o di uscire dalle visite senza aver compreso del tutto la diagnosi. Queste incomprensioni possono tradursi in scarsa aderenza terapeutica, ritardi diagnostici e peggioramento dei quadri clinici.

Anche sul piano della salute fisica emergono rischi legati alla distanza culturale e alla mancanza di mediazione. Alcuni operatori riportano, ad esempio, che famiglie appena arrivate scoprono in Italia condizioni croniche mai diagnosticate in precedenza, come diabete o esiti di ictus, poiché nel contesto di origine la malattia viene spesso riconosciuta solo in presenza di sintomi acuti. Le pratiche alimentari tradizionali, come il consumo quotidiano e abbondante di riso, possono contribuire a squilibri metabolici,

soprattutto nei bambini, e risultano difficili da modificare senza un accompagnamento culturalmente adeguato.

Il quadro che emerge è quello di una vulnerabilità clinica prodotta dall'intreccio tra barriere linguistiche, strumenti diagnostici poco sensibili al contesto culturale, difficoltà comunicative e carenza di mediazione stabile.

### **3.2.3.5. Sfiducia verso i servizi sociali e fiducia nei confronti della sanità italiana**

Dalle interviste con alcuni esperti emerge un diffuso sentimento di sfiducia nei confronti dei servizi, in particolare dei servizi sociali, soprattutto quando sono coinvolte problematiche relative ai figli. In alcuni casi, tale sfiducia si traduce nella paura che l'intervento dei servizi sociali possa comportare l'allontanamento dei figli dalle madri. In altre situazioni, come rilevato da una ricercatrice e da un'assistente sociale, le madri manifestano timore nel richiedere o accettare forme di supporto, poiché ciò implicherebbe l'ammissione di non essere madri adeguate. Questa percezione contribuisce al rifiuto dei servizi e degli interventi di sostegno da parte delle stesse madri, ostacolando ulteriormente l'accesso alle risorse disponibili e la costruzione di un rapporto di fiducia con il sistema dei servizi.

Emerge, invece, un elevato livello di fiducia della comunità bangladesese nei confronti del sistema sanitario italiano. Un esperto sottolinea come le donne bangladesi, a differenza di quanto avviene in altre comunità migranti, tendano a rivolgersi ai consultori fin dalle primissime settimane di gravidanza, intraprendendo precocemente un percorso di presa in carico sanitaria. Lo stesso esperto evidenzia inoltre come il passaggio da un sistema sanitario prevalentemente a pagamento, quale quello del Bangladesh, a un sistema sanitario pubblico rappresenti un'ulteriore motivazione all'utilizzo dei servizi sanitari italiani. Un ricercatore osserva che anche i migranti bangladesi che si trasferiscono a Londra tendono spesso a rimpiangere il sistema sanitario italiano.

Dalle interviste, in particolare con alcune donne, emerge chiaramente un alto livello di fiducia nei confronti della sanità italiana, spesso espresso attraverso un confronto con il contesto del Paese di origine. Le intervistate sottolineano come in Italia sia più semplice reperire un medico e come l'accesso al pronto soccorso risulti immediato e

agevole. Un'altra donna, infine, afferma di apprezzare in modo particolare il sistema sanitario italiano perché si sente seguita e adeguatamente curata, individuando in questo aspetto l'elemento più positivo della propria esperienza.

### 3.2.4. Salute, prevenzione e controllo sociale: norme culturali, familiari e religiose nelle pratiche di vita quotidiana

Il quarto nucleo tematico riguarda il modo in cui la salute viene interpretata e praticata nella vita quotidiana, all'incrocio tra condizioni materiali, norme culturali, ruoli di genere, aspettative familiari e riferimenti religiosi. La Tabella 6 sintetizza le prospettive emerse dalle interviste in relazione alla sessualità, alla contraccezione, al matrimonio e alla maternità, agli stili di vita, all'alimentazione, all'uso di sostanze, alla prevenzione e al significato attribuito alla salute. Il confronto tra operatori-esperti, uomini e donne bangladesi permette di evidenziare come la salute sia concepita come possibilità di adempiere ai propri obblighi familiari ed economici, mantenere stabilità nella vita quotidiana e muoversi entro sistemi di appartenenza, controllo e supporto comunitario. In questo quadro, le pratiche di prevenzione risultano spesso condizionate dal lavoro, dai carichi familiari, dalla disponibilità di tempo, dalle conoscenze sanitarie e dalle norme sociali che regolano il corpo, la maternità e i comportamenti ritenuti appropriati all'interno della comunità.

Tabella 6. Temi, sottotemi e prospettive emerse dalle interviste

| Tema                                                                                                                     | Sottotemi                                                                                                                                                                                                                                                   | Operatori - Esperti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Uomini bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                | Donne bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salute, prevenzione e controllo sociale: norme culturali, familiari e religiose nelle pratiche di vita quotidiana</b> | ✓ Sessualità, matrimonio e maternità: norme culturali, contraccezione e limiti alla scelta individuale<br>✓ Stili di vita, lavoro e prevenzione ostacolata dalle condizioni quotidiane<br>✓ Alimentazione, migrazione e identità culturale: riso, consumo e | ✓ Salute sessuale e riproduttiva come tema "tabù"; scarsa conoscenza dei contraccettivi tra ragazze e adolescenti<br>✓ Sessualità stigmatizzata; diffidenza verso l'educazione sessuale scolastica e pressioni su matrimonio/maternità precoce<br>✓ Stili di vita condizionati da lavoro precario, orari lunghi e routine "lavoro-mangiare-dormire"<br>✓ Alimentazione poco equilibrata: piramide | ✓ Conoscenza dei contraccettivi spesso parziale o assente; contraccezione attribuita prevalentemente alla donna<br>✓ Maternità considerata "naturale" e obbligatoria dopo il matrimonio; rinuncia ai figli ammessa solo con consenso del marito<br>✓ Prevenzione poco praticata; salute definita | ✓ Maternità attesa subito dopo il matrimonio; scelta individuale limitata e pressioni familiari/comunitarie sulla gravidanza<br>✓ Consapevolezza che matrimonio e figli non sono decisioni pienamente personali, ma influenzate da famiglia e comunità<br>✓ Interesse per la salute dei figli, il movimento e l'attività fisica<br>✓ Alimentazione quotidiana basata su |

| Tema | Sottotemi                                                                                                                                                                                                                                                                            | Operatori - Esperti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Uomini bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Donne bangladesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | “buona genitorialità”<br>✓ Uso di sostanze: farmaci, alcol e droghe<br>✓ Prevenzione assente e salute riconosciuta solo nella malattia<br>✓ Salute come capacità di adempiere agli obblighi familiari ed economici<br>✓ Religione, controllo e appartenenza nelle pratiche di salute | alimentare “rovesciata”, centralità del riso e junk food/dolci come status symbol<br>✓ Uso di benzodiazepine, alcol e yaba/metanfetamina; aumento tra i giovani; possibili legami con aggressività e violenza domestica<br>✓ Cultura della prevenzione debole: malattia riconosciuta solo con sintomi evidenti; scarsa familiarità con screening<br>✓ Religione come riferimento centrale e crescente: influenza su scelte quotidiane, salute, educazione e integrazione<br>✓ Ruolo di imam, moschee e centri bangladesi come riferimenti religiosi, sociali e comunitari | soprattutto come assenza di sintomi fisici<br>✓ Benessere legato a documenti, lavoro, casa, invio di rimesse e capacità di adempiere agli obblighi familiari<br>✓ Malessere espresso come ansia, incertezza, preoccupazione per il futuro e impossibilità di lavorare o sostenere la famiglia<br>✓ Moschea come principale spazio di socialità, supporto e conforto emotivo | cibi tradizionali, in particolare riso<br>✓ Prevenzione ostacolata da carichi familiari, gestione di casa e figli, poco tempo e difficoltà a seguire indicazioni mediche<br>✓ Salute come stabilità, autonomia e possibilità di agire: casa, spesa, indipendenza nella gestione quotidiana<br>✓ Religione come risorsa e rete femminile: preghiera e socialità anche in case private |

### 3.2.4.1. Sessualità, matrimonio e maternità: norme culturali e limiti alla scelta individuale

Secondo alcuni esperti, la sfera della salute sessuale e riproduttiva risulta particolarmente difficile da affrontare. Spesso le ragazze non possiedono una conoscenza adeguata dei metodi contraccettivi. Una ricercatrice, in particolare, riferisce che, nel corso di colloqui con ragazze e adolescenti, è emerso come molte di loro non sapessero cosa fossero i contraccettivi né come venissero utilizzati, a causa di una diffusa confusione in merito.

Un altro esperto sottolinea come parlare di tematiche legate alla sessualità rappresenti un vero e proprio stigma sociale, profondamente radicato nella cultura bangladesa.

Diverse donne intervistate affermano che, dopo il matrimonio, è considerato naturale avere figli, soprattutto in giovane età. In relazione alla possibilità di scegliere se avere o meno figli, alcune donne sostengono che sia normale che, una volta sposate, le donne diventino madri.

Una donna, in particolare, afferma che non si possa concepire l'idea di potere decidere autonomamente se avere o meno figli.

Alcune donne affermano di comprendere come, all'interno della società, della famiglia e della cultura bangladese, il matrimonio e la maternità non siano vissuti come scelte strettamente personali. Una donna, in particolare, con una visione più emancipata, sostiene che tali percorsi sono generalmente decisi dalla famiglia e che spesso la decisione di avere figli sia fortemente influenzata dalle pressioni culturali esercitate dalla stessa comunità bangladese.

*“Appena arrivata, non volevo rimanere incinta subito: volevo prima ambientarmi, capire com'era la vita qui. Ma poi, dopo un po', ho avuto paura- anche perché in tanti parlavano, commentavano, e sentivo la pressione della gente. “ (P17)*

Dal punto di vista degli uomini, alcuni intervistati dichiarano di non conoscere i metodi contraccettivi, mentre altri ne possiedono una conoscenza soltanto parziale. Diversi uomini sostengono che la responsabilità dell'utilizzo dei metodi anticoncezionali ricade esclusivamente sulla donna e non sull'uomo. La maggioranza degli uomini intervistati ritiene inoltre che una donna non possa decidere di non avere figli, poiché tale scelta viene percepita come innaturale. Secondo questa prospettiva, la donna avrebbe il compito di garantire la continuità generazionale attraverso la maternità. Solo un intervistato afferma che la donna può decidere di non avere figli, ma esclusivamente nel caso in cui il marito sia d'accordo.

*“Conosco il preservativo per gli uomini e le pillole per le donne. Poi so che ci sono altri metodi, ma non li conosco” (P22)*

In questo contesto emerge una forte diffidenza nei confronti dell'educazione sessuale scolastica. Una ricercatrice, in particolare, evidenzia come molti genitori manifestino una marcata sfiducia verso tali percorsi educativi e come, in alcuni casi, decidano di non mandare i figli a scuola proprio per evitare che vengano affrontate tematiche legate alla sessualità

#### **3.2.4.2. Stili di vita, lavoro e salute: prevenzione ostacolata dalle condizioni quotidiane**

In relazione ai determinanti degli stili di vita, un'esperta racconta di aver osservato come, in alcuni casi, la piramide alimentare venga simbolicamente “disegnata al contrario”, a indicare una scarsa consapevolezza rispetto a un'alimentazione sana.

Un altro ricercatore evidenzia come il posizionamento lavorativo rappresenti un fattore determinante nello stile di vita: contratti instabili, precari e spesso deregolamentati ostacolano non solo la prevenzione, ma anche la possibilità di prendersi permessi per effettuare visite mediche. La salute risulta quindi condizionata dai tempi del lavoro, dalla precarietà economica e dalla difficoltà di sottrarre tempo alla produzione di reddito.

Un ulteriore esperto sottolinea come la vita quotidiana, soprattutto degli uomini, sia fortemente incentrata sul lavoro. Essi tendono a lavorare molte ore al giorno, limitandosi poi a mangiare e dormire, senza prestare particolare attenzione alla qualità dell'alimentazione o alla prevenzione. Di conseguenza, fanno spesso ricorso a cibi processati, non svolgono attività fisica regolare e faticano a costruire routine orientate alla tutela della salute.

#### **3.2.4.3. Alimentazione quotidiana, migrazione e identità culturale: riso, consumo e “buona genitorialità”**

Sia gli uomini sia le donne intervistati riferiscono di seguire prevalentemente un'alimentazione tradizionale bangladese, caratterizzata dal consumo quotidiano di riso, generalmente presente sia a pranzo sia a cena. Un uomo, a titolo esemplificativo, racconta di acquistare abitualmente sacchi da 18 chilogrammi di riso per il proprio nucleo familiare, consumati in tempi brevi proprio per la centralità di questo alimento nella dieta quotidiana.

Le interviste agli esperti confermano tale aspetto, evidenziando come il riso rivesta un ruolo non solo nutrizionale, ma anche culturale e simbolico. Una ricercatrice sottolinea che, nel linguaggio comune, chiedere a un familiare “hai mangiato?” equivale spesso a chiedere se abbia mangiato riso. La stessa osserva come, anche dopo aver consumato il pasto a scuola, i bambini vengano frequentemente invitati a mangiare nuovamente il

riso una volta rientrati a casa, poiché l'assenza di questo alimento è spesso percepita come sinonimo di un pasto incompleto.

Accanto alle abitudini alimentari tradizionali, una donna intervistata evidenzia l'importanza di promuovere il movimento e l'attività fisica, soprattutto per la salute dei bambini. Questo elemento si collega alle osservazioni degli esperti, secondo cui la prevenzione richiede, oltre alla modifica dei consumi alimentari, anche un cambiamento più ampio delle routine quotidiane.

Diversi esperti sottolineano inoltre come l'accesso al junk food sia particolarmente diffuso tra i membri della comunità bangladese, soprattutto per quanto riguarda alimenti che nel Paese di origine risultano costosi e sono associati a uno status symbol. La conseguenza è che, in alcuni casi, si riscontrano diete poco equilibrate, in particolare tra i bambini, che vengono alimentati con cibi di scarsa qualità nutrizionale. Secondo alcuni esperti, i genitori tendono ad assecondare completamente le richieste alimentari dei figli. Al momento dell'arrivo in Italia, molti bangladesi consumano grandi quantità di dolci, facilmente reperibili a basso costo e percepiti come un indicatore di benessere. Tali pratiche alimentari vengono interpretate come una riproduzione degli standard di "buona genitorialità" propri del contesto di origine, in cui offrire determinati cibi rappresenta un segnale di successo, cura e miglioramento delle condizioni di vita.

#### **3.2.4.4. Uso di sostanze: farmaci, alcol e droghe**

Diversi esperti intervistati sottolineano come, all'interno della comunità bangladese, sia diffuso un uso significativo di sostanze, in particolare di benzodiazepine. Secondo gli intervistati, accanto all'utilizzo di farmaci da parte degli adulti, si riscontra anche un abuso di alcol. Un esperto evidenzia in particolare come la depressione, spesso associata all'abuso di alcol, rappresenti un fattore scatenante di episodi di aggressività, violenza e violenza domestica.

Un altro osservatore privilegiato sottolinea la diffusione dello Yaba, una sostanza a base di metanfetamina ampiamente presente nel subcontinente indiano e nel Sud-Est asiatico. Secondo l'osservatore, tale sostanza viene talvolta importata e utilizzata anche da alcuni migranti bangladesi, in particolare come strategia per non percepire la

fatica fisica durante attività lavorative pesanti, soprattutto in contesti di lavoro operaio caratterizzati da elevati carichi e ritmi intensi.

Alcuni ricercatori sottolineano, inoltre, che il consumo di queste droghe è in aumento anche tra i giovani bangladesi.

#### **3.2.4.5. La prevenzione assente: salute riconosciuta solo nella malattia**

Diversi esperti sottolineano la presenza, all'interno della comunità bangladesi, di una limitata cultura della prevenzione sanitaria. La malattia tende spesso a essere riconosciuta soprattutto in presenza di sintomi fisici evidenti o eventi acuti. Alcuni riportano casi di patologie croniche o pregresse, come diabete o esiti di ictus, non diagnosticate o non seguite nel Paese di origine, proprio perché, nella loro concezione, la malattia esiste soltanto quando si manifesta con sintomi immediatamente visibili.

In questa prospettiva, la prevenzione, intesa come controllo periodico o accesso anticipato ai servizi, risulta spesso marginale. Una ricercatrice riferisce, ad esempio, che molte donne non conoscono o non hanno mai effettuato screening come il Pap test o la mammografia. Anche tra gli uomini intervistati emerge una concezione della salute prevalentemente legata all'assenza di problemi fisici, con difficoltà a formulare una definizione più ampia di benessere.

Alcune donne, infine, pur dichiarando il desiderio di dedicare maggiore attenzione alla propria salute e all'alimentazione, segnalano come i tempi della vita quotidiana, il carico domestico e le lunghe ore di lavoro rendano difficile seguire le indicazioni dei medici o riservare spazio alla cura di sé e alla prevenzione.

#### **3.2.4.6. Salute come capacità di adempiere agli obblighi familiari ed economici**

Dalle interviste con i migranti bangladesi emerge in modo diretto come il concetto di salute venga frequentemente associato alla capacità di adempiere agli obblighi economici e familiari.

In particolare, molti uomini riferiscono che “stare bene” o “essere in salute” significa innanzitutto avere i documenti in regola, un lavoro stabile e una casa. Per alcuni, il benessere è strettamente legato alla possibilità di sostenere economicamente la famiglia.

Un uomo afferma esplicitamente di non avere un concetto definito di salute e di non sapere cosa significhi essere in salute. Tuttavia, il “non stare bene” non viene associato a una condizione fisica, bensì a uno stato di sofferenza legato ai pensieri e alle preoccupazioni, in particolare quelle connesse alla precarietà dei documenti, all’ansia e all’incertezza rispetto al futuro.

Un altro uomo identifica il benessere e la salute con la capacità di assolvere alle proprie responsabilità, come quella di sostenere la famiglia in Bangladesh inviando denaro o di riuscire a pagare il proprio visto. Egli riferisce che, da quando ha trovato un lavoro e riesce ad inviare regolarmente denaro alla famiglia, si sente bene, mentre in precedenza, quando era disoccupato e non riusciva a farlo, stava male.

Una concezione analoga emerge anche dalle interviste con le donne. Per diverse donne intervistate, stare bene significa avere una casa e una situazione di vita stabile. Una donna, in particolare, afferma che il benessere coincide con la possibilità di fare ciò che desidera. Un’altra sottolinea come sentirsi bene significhi riuscire a fare la spesa in autonomia, percependo così un senso di libertà, di controllo sulle spese e di indipendenza.

*““Stare bene” significa compiere le mie responsabilità come figlio, quindi mandare i soldi alla mia famiglia e pagare il debito che ho per il mio viaggio. Da quando ho trovato il lavoro, riesco a mandare dei soldi tutti i mesi. Questo mi dà soddisfazione e questo significa per me “stare bene”. “Stare male” è il contrario, non avere un lavoro e non potere mandare dei soldi alla mia famiglia. Quando non avevo un lavoro mi sentivo piccolo verso me stesso e verso la mia famiglia e quindi stavo male per questo pensiero.” (P20)*

*“Non ho nessun concetto di salute, non so rispondere. “Stare male” non è solo avere un problema fisico, ma anche avere tanti pensieri e preoccupazioni. Per esempio: io sono entrato in Italia con un visto, ma non sapevo se avrei ottenuto i documenti alla Prefettura. Questo pensiero costante mi ha fatto stare male. Quindi “stare male” è anche l’ansia e l’incertezza del futuro.” (P19)*

*“Il mio obiettivo è lavorare e sentirmi utile. Stare bene per me è anche poter fare quello che voglio, senza dipendere sempre dagli altri.” (P14)*

#### **3.2.4.7. Religione, controllo e appartenenza: effetti sulle pratiche di salute**

Diversi esperti intervistati concordano nel ritenere che la religione occupi una posizione centrale nella cultura bangladese e rappresenti un elemento rilevante nelle scelte di vita quotidiane. Secondo alcuni osservatori privilegiati, tale centralità si sarebbe progressivamente rafforzata nel tempo, parallelamente alla crescita numerica della comunità e al bisogno di preservare un'identità culturale e collettiva nel contesto migratorio.

Gli esperti evidenziano come la dimensione religiosa influenzi anche aspetti legati alla salute, all'educazione e ai percorsi di integrazione. Un'assistente sociale riporta il caso di una ragazza di sedici anni con disturbo dello spettro autistico che, una volta arrivata al centro, si toglie il velo e alcuni indumenti per sentirsi più libera, tornando tuttavia a indossarli al momento del rientro a casa. In un altro caso, una madre ha rifiutato di iscrivere la figlia con disturbo dello spettro autistico a un corso di nuoto per il timore che negli spogliatoi fossero presenti uomini.

Diversi osservatori privilegiati sottolineano inoltre che, in alcuni casi, le famiglie possono mostrare difficoltà ad accogliere percorsi alternativi proposti dai servizi quando questi entrano in tensione con pratiche culturali e religiose consolidate, rendendo più complessa la presa in carico. Una ricercatrice osserva come, soprattutto tra i giovani di seconda generazione, possano emergere tensioni tra i messaggi provenienti dalla scuola, dai servizi e dai consultori e quelli trasmessi dalla famiglia e dalla religione.

Un ulteriore elemento emerso riguarda il ruolo delle moschee e dei centri bangladesi, descritti dagli esperti come importanti punti di riferimento non solo religiosi, ma anche sociali e comunitari. In particolare, il ruolo dell'imam viene considerato determinante nell'orientare opinioni e comportamenti, con possibili ricadute sulle scelte familiari, educative e, indirettamente, anche sulla salute.

Le interviste ai membri della comunità confermano la centralità della religione nella vita quotidiana. Tutti gli uomini intervistati riferiscono di frequentare regolarmente la moschea, descritta non solo come luogo di culto, ma anche come importante spazio di aggregazione e sostegno sociale. Alcuni raccontano di aver trovato nella religione conforto durante momenti particolarmente difficili della propria vita, mentre altri sottolineano come il matrimonio e l'educazione dei figli siano profondamente legati ai precetti religiosi e alla trasmissione dei valori alle nuove generazioni.

Anche dalle interviste con le donne emerge un forte senso di appartenenza religiosa. Una partecipante riferisce che gruppi di donne si riuniscono regolarmente nelle abitazioni private per pregare insieme, evidenziando come la religione rappresenti anche uno spazio di socialità, supporto reciproco e costruzione di reti comunitarie femminili.

### 3.3. Risultati dell'analisi quantitativa

La sezione presenta i risultati dell'analisi quantitativa condotta sui dati del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera relativi al periodo 2018-2025. L'esposizione distingue il volume complessivo dell'attività, il profilo socio-demografico e migratorio dei pazienti bangladesi, la condizione amministrativa e abitativa, le prestazioni erogate, i bisogni clinici prevalenti e i principali risultati dei modelli statistici.

#### 3.3.1. Volume complessivo dell'attività e peso della popolazione bangladesa

Come riportato nella Tabella 7, nel periodo 2018-2025 il dataset comprende 67.464 prestazioni/accessi complessivi. Le prestazioni riferite a pazienti bangladesi sono 7.300, pari al 10,8% del totale. Considerando i pazienti unici, il dataset include 8.604 persone; i pazienti bangladesi unici sono 1.145, pari al 13,3%.

*Tabella 7. Volume complessivo dell'attività e peso della popolazione bangladesa.*

| Indicatore          | Totale | Bangladesi n (%) |
|---------------------|--------|------------------|
| Prestazioni/accessi | 67.464 | 7.300 (10,8%)    |
| Pazienti unici      | 8.604  | 1.145 (13,3%)    |

Il confronto tra prestazioni/accessi e pazienti unici mostra che la popolazione bangladesa rappresenta una quota rilevante sia del volume complessivo dell'attività sia della popolazione presa in carico. Il peso percentuale dei pazienti bangladesi unici, pari al 13,3%, è superiore al peso delle prestazioni, pari al 10,8%, indicando che la comunità bangladesa costituisce una componente consistente dell'utenza del Poliambulatorio, non limitata a un numero ridotto di pazienti ad alta frequenza di accesso.

Come mostrato nella Tabella 8, tra le nazionalità registrate nella cittadinanza primaria, il Bangladesh occupa la prima posizione per numero di prestazioni/accessi, con 7.208 prestazioni, pari al 10,7% del totale. Seguono Marocco, Romania, Italia e Ucraina.

*Tabella 8. Prime cinque nazionalità per numero di prestazioni/accessi.*

| Posizione | Nazionalità | Prestazioni n (%) |
|-----------|-------------|-------------------|
| 1         | Bangladesh  | 7.208 (10,7%)     |
| 2         | Marocco     | 7.030 (10,4%)     |
| 3         | Romania     | 5.279 (7,8%)      |
| 4         | Italia      | 4.968 (7,4%)      |

| Posizione | Nazionalità | Prestazioni n (%) |
|-----------|-------------|-------------------|
| 5         | Ucraina     | 4.561 (6,8%)      |

La collocazione del Bangladesh al primo posto tra le nazionalità registrate conferma la centralità di questa comunità nell'attività del Poliambulatorio. La tendenza annuale riportata nel Grafico 1 mostra, inoltre, un incremento marcato delle prestazioni nel periodo osservato: gli accessi passano da 183 nel 2018 a 1.592 nel 2025, con un aumento particolarmente evidente a partire dal 2021 e una stabilizzazione su valori superiori alle mille prestazioni annue dal 2022 in poi.

*Grafico 1. Trend annuale delle prestazioni rivolte a pazienti bangladesi, 2018-2025.*



### 3.3.2. Profilo socio-demografico e migratorio

#### 3.3.2.1. Genere, età e periodo di arrivo

La popolazione bangladesi è composta soprattutto da uomini: l'83,3% (n=954) è di genere maschile, mentre il 16,7% (n=191) è di genere femminile. I minori sono il 5,6% del campione (n=64).

Come riportato nella Tabella 9, la distribuzione per età evidenzia una popolazione prevalentemente adulta, con una forte concentrazione nelle fasce 18-34 anni e 35-50 anni. Tra le donne emerge una quota più elevata di minori rispetto agli uomini, mentre questi ultimi risultano maggiormente concentrati nelle fasce adulte centrali. Questo profilo descrive una composizione differenziata per genere, con una presenza maschile più ampia e adulta e una componente femminile numericamente più contenuta ma più eterogenea per età.

Tabella 9. Distribuzione dei pazienti bangladesi per genere e fascia d'età.

| Fascia d'età | Donne n (%) | Uomini n (%) |
|--------------|-------------|--------------|
| <18          | 38 (19,9%)  | 26 (2,7%)    |
| 18-34        | 99 (51,8%)  | 506 (53,0%)  |
| 35-50        | 42 (22,0%)  | 371 (38,9%)  |
| >50          | 11 (5,8%)   | 51 (5,3%)    |
| Non rilevata | 1 (0,5%)    | 0 (0,0%)     |

Come mostrato nella Tabella 10, tra i pazienti bangladesi che accedono ai servizi di EMERGENCY emerge una componente migratoria fortemente recente: la maggioranza risulta arrivata in Italia negli ultimi cinque anni, cioè tra il 2020 e il 2025. Questa tendenza interessa entrambi i generi, ma appare più marcata tra le donne: oltre sei donne su dieci risultano arrivate in questo periodo, mentre tra gli uomini la quota è inferiore, pur rimanendo consistente. Il dato suggerisce una diversa distribuzione temporale dei percorsi migratori per genere: tra gli uomini si osserva una presenza più omogenea nei diversi periodi di arrivo studiati, con quote rilevanti anche nelle fasi precedenti al 2020; tra le donne, invece, gli arrivi risultano maggiormente concentrati nel periodo 2020-2025.

Tabella 10. Periodo di arrivo in Italia per genere.

| Periodo di arrivo in Italia | Donne n (%) | Uomini n (%) |
|-----------------------------|-------------|--------------|
| Prima del 2000              | 1 (0,5%)    | 32 (3,4%)    |
| 2000-2009                   | 14 (7,3%)   | 109 (11,4%)  |
| 2010-2014                   | 12 (6,3%)   | 145 (15,2%)  |
| 2015-2019                   | 32 (16,8%)  | 209 (21,9%)  |
| 2020-2025                   | 121 (63,4%) | 445 (46,6%)  |
| Non rilevato                | 11 (5,8%)   | 14 (1,4%)    |

### 3.3.2.2. Motivi della partenza dal Paese d'origine

Come riportato nella Tabella 11, i motivi della partenza dal Bangladesh evidenziano una netta differenziazione di genere. Tra le donne il ricongiungimento familiare rappresenta la modalità nettamente prevalente, mentre tra gli uomini domina la motivazione economica. La voce “guerra” compare esclusivamente tra gli uomini, mentre tra le donne rimane assente nel dataset analizzato. Le altre motivazioni risultano residuali in entrambi i gruppi.

La Tabella 11 mostra quindi due profili migratori distinti: da un lato un profilo maschile prevalentemente legato alla ricerca di lavoro e alle condizioni del percorso

migratorio; dall'altro un profilo femminile quasi interamente collegato al ricongiungimento familiare. Questa distinzione costituisce uno degli elementi descrittivi più marcati del profilo migratorio del campione.

*Tabella 11. Motivi della partenza dal Paese di origine, per genere.*

| Motivo della partenza | Donne n (%) | Uomini n (%) |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Economico             | 7 (3,7%)    | 716 (75,1%)  |
| Ricongiungimento      | 170 (89,0%) | 57 (6,0%)    |
| Guerra                | 0 (0,0%)    | 113 (11,8%)  |
| Problemi familiari    | 1 (0,5%)    | 44 (4,6%)    |
| Nessuna migrazione    | 9 (4,7%)    | 5 (0,5%)     |
| Studio                | 2 (1,0%)    | 5 (0,5%)     |
| Salute                | 1 (0,5%)    | 3 (0,3%)     |
| Non rilevato          | 1 (0,5%)    | 7 (0,7%)     |

### **3.3.2.3. Conoscenza della lingua italiana e livello di istruzione**

In questa sezione sono state analizzate due dimensioni rilevanti del profilo socio-demografico dei pazienti bangladesi che accedono ai servizi di EMERGENCY: la conoscenza della lingua italiana e il livello di istruzione dichiarato nel Paese di origine. Queste variabili aiutano a comprendere possibili condizioni di maggiore o minore autonomia nell'accesso ai servizi, nella comunicazione con gli operatori e nella comprensione delle informazioni sanitarie. Il dato quantitativo si collega inoltre a quanto emerso nelle interviste qualitative, dove la lingua italiana è stata indicata come una delle principali barriere nella relazione con i servizi, mentre una maggiore competenza linguistica è stata associata a un miglioramento dell'accesso e della comunicazione.

Come riportato nella Tabella 12, la conoscenza della lingua italiana presenta livelli complessivamente bassi in entrambi i generi, ma con differenze significative nella distribuzione. Tra le donne prevale nettamente la conoscenza nulla dell'italiano, pari al 58,6% (n=112), mentre tra gli uomini la categoria più frequente è la conoscenza scarsa, pari al 35,8% (n=342). Se si considerano insieme le categorie "nulla" e "scarsa", emerge che oltre tre quarti delle donne, il 77,4% (n=148), e quasi due terzi degli uomini, il 63,2% (n=603), presentano una competenza linguistica limitata. Questo dato indica che la lingua rappresenta una variabile descrittiva particolarmente rilevante per comprendere il profilo della popolazione presa in carico, soprattutto perché può incidere sull'autonomia nel prendere appuntamenti, descrivere sintomi,

comprendere indicazioni mediche e orientarsi all'interno del sistema dei servizi. Le donne risultano più concentrate nella categoria “conoscenza nulla”, mentre gli uomini sono distribuiti in misura maggiore tra “scarsa”, “sufficiente” e “media”. Ciò suggerisce una maggiore vulnerabilità linguistica della componente femminile, che può essere collegata anche alla più recente storia migratoria di molte donne bangladesi e alle minori occasioni di apprendimento della lingua italiana, soprattutto quando la vita quotidiana è centrata sulla casa, sulla cura dei figli e sulla dipendenza da familiari per la mediazione con l'esterno.

*Tabella 12. Conoscenza della lingua italiana, per genere.*

| <b>Conoscenza dell'italiano</b> | <b>Donne n (%)</b> | <b>Uomini n (%)</b> |
|---------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nulla                           | 112 (58,6%)        | 261 (27,4%)         |
| Scarsa                          | 36 (18,8%)         | 342 (35,8%)         |
| Sufficiente                     | 18 (9,4%)          | 218 (22,9%)         |
| Media                           | 10 (5,2%)          | 112 (11,7%)         |
| Ottima                          | 9 (4,7%)           | 13 (1,4%)           |
| Madrelingua                     | 4 (2,1%)           | 3 (0,3%)            |
| Non rilevata                    | 2 (1,0%)           | 4 (0,4%)            |
| Non valutabile                  | 0 (0,0%)           | 1 (0,1%)            |

Come mostrato nella Tabella 13, anche il livello di istruzione nel Paese di origine presenta un quadro articolato. In entrambi i generi la categoria più rappresentata è quella dei 9-13 anni di studio: 30,9% (n=59) tra le donne e 36,7% (n=350) tra gli uomini. Questo significa che una parte consistente della popolazione bangladesi ha avuto un percorso scolastico medio o medio-lungo. Tuttavia, il dato non è omogeneo. Tra le donne si osserva una quota molto più elevata di assenza di istruzione rispetto agli uomini, pari al 23,6% (n=45) contro l'8,7% (n=83). Al tempo stesso, tra le donne è presente anche una quota con più di 13 anni di studio, pari all'11,5% (n=22) superiore a quella osservata tra gli uomini, pari al 7,8% (n=74).

La popolazione femminile appare quindi più polarizzata: da un lato vi è una quota rilevante di donne senza istruzione, dall'altro una componente con percorsi formativi prolungati. Gli uomini, invece, risultano maggiormente distribuiti nelle categorie intermedie, in particolare tra 6-8 e 9-13 anni di studio. Questo aspetto è importante perché mostra che la popolazione bangladesi presa in carico è composta al suo interno da profili molto diversi, che possono tradursi in bisogni differenti rispetto

all'orientamento ai servizi, alla comprensione delle informazioni sanitarie e alla capacità di interagire autonomamente con il sistema socio-sanitario.

*Tabella 13. Livello di istruzione nel Paese di origine, per genere.*

| <b>Livello di istruzione</b> | <b>Donne n (%)</b> | <b>Uomini n (%)</b> |
|------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nessuna istruzione           | 45 (23,6%)         | 83 (8,7%)           |
| 1-5 anni di studio           | 22 (11,5%)         | 179 (18,8%)         |
| 6-8 anni di studio           | 28 (14,7%)         | 228 (23,9%)         |
| 9-13 anni di studio          | 59 (30,9%)         | 350 (36,7%)         |
| >13 anni di studio           | 22 (11,5%)         | 74 (7,8%)           |
| Non rilevato                 | 15 (7,9%)          | 40 (4,2%)           |

Nelle Tabelle 14 e 15 viene riportato, per ogni fascia d'età e per ogni periodo di arrivo in Italia, il livello di istruzione più rappresentato. Questo valore corrisponde alla categoria modale, cioè alla classe di istruzione che raccoglie il maggior numero di pazienti all'interno di quel sottogruppo.

La Tabella 14 mostra che, nelle fasce adulte, il livello di istruzione più frequente è generalmente quello dei 9-13 anni di studio. Questo vale sia per le donne sia per gli uomini nelle fasce 18-34 e 35-50 anni. Tra gli uomini con più di 50 anni rimane più frequente la categoria 9-13 anni, mentre tra le donne della stessa fascia prevale l'assenza di istruzione. Quest'ultimo dato va però interpretato con cautela, perché il numero assoluto è ridotto. Nei minori, invece, la categoria "nessuna istruzione" risulta la più frequente, ma non deve essere letta automaticamente come assenza definitiva di scolarizzazione: in questa fascia d'età il percorso scolastico può essere ancora in corso, incompleto o non pienamente registrato al momento della presa in carico.

*Tabella 14. Livello di istruzione prevalente per genere e fascia d'età.*

| <b>Fascia d'età</b> | <b>Donne</b>                      | <b>Uomini</b>                     |
|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <18                 | Nessuna istruzione - 60,5% (n=23) | Nessuna istruzione - 42,3% (n=11) |
| 18-34               | 9-13 anni - 43,4% (n=43)          | 9-13 anni - 38,5% (n=195)         |
| 35-50               | 9-13 anni - 31,0% (n=13)          | 9-13 anni - 35,8% (n=133)         |
| >50                 | Nessuna istruzione - 36,4% (n=4)  | 9-13 anni - 39,2% (n=20)          |

La Tabella 15 consente invece di osservare il livello di istruzione più frequente in relazione al periodo di arrivo in Italia. Nei pazienti arrivati più recentemente, in particolare nel periodo 2020-2025, la categoria dei 9-13 anni di studio è la più

frequente sia tra le donne sia tra gli uomini. Questo dato suggerisce che la componente migratoria più recente è caratterizzata da percorsi scolastici medio-lunghi.

*Tabella 15. Livello di istruzione prevalente per genere e periodo di arrivo.*

| <b>Periodo di arrivo</b> | <b>Donne</b>                     | <b>Uomini</b>                    |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Prima del 2000           | 6-8 anni - 100,0% (n=1)          | 9-13 anni - 34,4% (n=11)         |
| 2000-2009                | 6-8 anni - 28,6% (n=4)           | 9-13 anni - 37,6% (n=41)         |
| 2010-2014                | 9-13 anni - 50,0% (n=6)          | 9-13 anni - 39,3% (n=57)         |
| 2015-2019                | 9-13 anni - 31,2% (n=10)         | 6-8 anni - 31,1% (n=65)          |
| 2020-2025                | 9-13 anni - 32,2% (n=39)         | 9-13 anni - 41,1% (n=183)        |
| Non rilevato             | Nessuna istruzione - 63,6% (n=7) | Nessuna istruzione - 38,5% (n=5) |

I risultati mostrano una combinazione importante: da un lato, la popolazione presa in carico presenta livelli di conoscenza dell'italiano generalmente bassi, soprattutto tra le donne; dall'altro, il livello di istruzione nel Paese di origine è più differenziato e non coincide automaticamente con una bassa scolarizzazione. In altri termini, una persona può avere avuto un percorso scolastico medio o anche elevato in Bangladesh, ma trovarsi comunque in una condizione di forte vulnerabilità comunicativa nel contesto italiano.

### **3.3.3. Status amministrativo e situazione sanitaria amministrativa**

Come riportato nella Tabella 16, poco più della metà dei pazienti bangladesi risulta in una condizione amministrativa regolare, pari al 52,5% del campione (n=601). La quota di pazienti con status irregolare è pari al 31,0% (n=355). La distribuzione per genere non mostra differenze marcate: tra le donne il 55,0% risulta regolare (n=105) e il 28,3% irregolare (n=54), mentre tra gli uomini il 52,0% risulta regolare (n=496) e il 31,6% irregolare (n=301). Le categorie “non dichiarato” e “non rilevato” rappresentano una quota non trascurabile del campione e indicano la presenza di informazioni amministrative non sempre complete o disponibili.

*Tabella 16. Status amministrativo dei pazienti bangladesi, per genere.*

| <b>Status amministrativo</b> | <b>Donne n (%)</b> | <b>Uomini n (%)</b> | <b>Totale n (%)</b> |
|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Regolare                     | 105 (55,0%)        | 496 (52,0%)         | 601 (52,5%)         |
| Irregolare                   | 54 (28,3%)         | 301 (31,6%)         | 355 (31,0%)         |
| Non dichiarato               | 15 (7,9%)          | 76 (8,0%)           | 91 (7,9%)           |
| Non rilevato                 | 17 (8,9%)          | 81 (8,4%)           | 98 (8,5%)           |
| Totale                       | 191 (100,0%)       | 954 (100,0%)        | 1.145 (100,0%)      |

### 3.3.4. Condizione abitativa, lavoro e precedenti percorsi di cura

La Tabella 17 incrocia la condizione abitativa con la presenza o meno di un'attività lavorativa dichiarata, distinguendo tra uomini e donne. L'obiettivo è verificare se la condizione occupazionale si associ a una maggiore stabilità abitativa oppure se, al contrario, lavoro e precarietà abitativa possano coesistere.

Tra le donne bangladesi, la quota di occupate è più elevata tra coloro che vivono in un'abitazione stabile, pari al 38,6% (n=54), rispetto a chi si trova in una condizione abitativa instabile o insicura, dove la quota scende al 27,9% (n=12). Questo dato suggerisce che, nella componente femminile, la presenza di un'attività lavorativa possa associarsi più frequentemente a una maggiore stabilità abitativa.

Tra gli uomini, invece, la relazione tra lavoro e abitazione appare meno lineare. La quota di occupati è simile tra chi vive in un'abitazione stabile, pari al 36,3% (n=130), e chi si trova in una condizione abitativa instabile o insicura, pari al 38,2% (n=182). Anche tra gli uomini senza dimora, la quota di occupati rimane consistente, pari al 35,8% (n=38). Questo elemento mostra che, nella componente maschile, la presenza di un lavoro o di un'attività dichiarata non coincide necessariamente con una condizione abitativa stabile.

Lavoro e vulnerabilità abitativa possono coesistere, probabilmente per effetto di redditi insufficienti, lavori discontinui, condizioni contrattuali precarie, costi abitativi elevati o forme di convivenza e sistemazione temporanea.

La tabella evidenzia quindi una differenza di genere: tra le donne il lavoro sembra associarsi maggiormente alla stabilità abitativa, mentre tra gli uomini l'attività lavorativa non appare sufficiente a proteggere dalla precarietà abitativa. Il dato è particolarmente rilevante perché suggerisce che la sola presenza di un'occupazione non può essere interpretata automaticamente come indicatore di integrazione socio-economica o di sicurezza materiale.

*Tabella 17. Relazione tra condizione abitativa e lavoro, per genere.*

| Genere | Condizione abitativa          | Occupato/attività n (%) | Non occupato n (%) | Non rilevato n (%) |
|--------|-------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Donne  | Stabile                       | 54 (38,6%)              | 64 (45,7%)         | 22 (15,7%)         |
| Uomini | Stabile                       | 130 (36,3%)             | 176 (49,2%)        | 52 (14,5%)         |
| Donne  | Abitazione instabile/insicura | 12 (27,9%)              | 21 (48,8%)         | 10 (23,3%)         |
| Uomini | Abitazione instabile/insicura | 182 (38,2%)             | 186 (39,1%)        | 108 (22,7%)        |
| Donne  | Senza dimora                  | 3 (75,0%)               | 1 (25,0%)          | 0 (0,0%)           |

| Genere | Condizione abitativa  | Occupato/attività n (%) | Non occupato n (%) | Non rilevato n (%) |
|--------|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
| Uomini | Senza dimora          | 38 (35,8%)              | 49 (46,2%)         | 19 (17,9%)         |
| Uomini | Abitazione inadeguata | 1 (33,3%)               | 1 (33,3%)          | 1 (33,3%)          |
| Donne  | Non rilevata          | 2 (50,0%)               | 2 (50,0%)          | 0 (0,0%)           |
| Uomini | Non rilevata          | 6 (54,5%)               | 3 (27,3%)          | 2 (18,2%)          |

La Tabella 18 analizza la relazione tra status amministrativo e situazione abitativa dei pazienti bangladesi presi in carico. In particolare, confronta la distribuzione delle diverse condizioni abitative (stabile, instabile o insicura, senza dimora) all'interno delle principali categorie amministrative: regolare, irregolare, non dichiarato. L'obiettivo è verificare se e in che misura la stabilità o instabilità giuridico-amministrativa si associ a diverse forme di vulnerabilità abitativa.

La precarietà abitativa attraversa tutte le condizioni amministrative considerate. L'abitazione instabile o insicura non riguarda infatti solo i pazienti irregolari, tra i quali rappresenta la categoria più frequente, pari al 44,5% (n=158), ma è molto presente anche tra i pazienti regolari, dove interessa il 42,1% (n=253). Questo dato mostra che la regolarità amministrativa, pur associandosi a una quota più alta di abitazione stabile, pari al 47,9% (n=288), non garantisce necessariamente una condizione abitativa sicura.

Tra i pazienti irregolari, la quota di abitazione stabile è inferiore, pari al 40,8% (n=145), mentre risulta più elevata la condizione di senza dimora, che riguarda il 13,2% (n=47), rispetto all'8,5% (n=51) osservato tra i pazienti regolari. La categoria "non dichiarato" presenta una situazione di particolare vulnerabilità abitativa: il 62,6% (n=57) vive in un'abitazione instabile o insicura, mentre solo il 30,8% (n=28) dispone di un'abitazione stabile. Anche tra i pazienti con status amministrativo non rilevato, oltre la metà si trova in una condizione abitativa instabile o insicura, pari al 51,5% (n=50).

*Tabella 18. Status amministrativo e situazione abitativa.*

| Status amministrativo | Abitazione stabile n (%) | Abitazione instabile/insicura n (%) | Senza dimora n (%) | Altro/non rilevato n (%) |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Regolare              | 288 (47,9%)              | 253 (42,1%)                         | 51 (8,5%)          | 9 (1,5%)                 |
| Irregolare            | 145 (40,8%)              | 158 (44,5%)                         | 47 (13,2%)         | 5 (1,4%)                 |
| Non dichiarato        | 28 (30,8%)               | 57 (62,6%)                          | 5 (5,5%)           | 1 (1,1%)                 |
| Non rilevato          | 37 (38,1%)               | 50 (51,5%)                          | 7 (7,2%)           | 3 (3,1%)                 |
| PDS effettivo         | 0 (0,0%)                 | 1 (100,0%)                          | 0 (0,0%)           | 0 (0,0%)                 |

La Tabella 19 analizza i percorsi di cura riferiti dagli utenti prima dell'accesso al Poliambulatorio, con l'obiettivo di comprendere se il servizio rappresenti un primo punto di contatto con il sistema sanitario oppure una tappa successiva a precedenti tentativi di cura in Italia.

I riferimenti più frequenti sono il medico di base, riportato dal 19,4% delle donne (n=37) e dal 18,7% degli uomini (n=178), e il pronto soccorso, indicato dal 13,6% delle donne (n=26) e dal 18,2% degli uomini (n=174).

Il ricorso al pronto soccorso risulta quindi proporzionalmente più frequente tra gli uomini, mentre il ricorso al medico di base appare sostanzialmente simile nei due generi. Questo dato suggerisce che una parte degli utenti aveva già avuto un contatto con il sistema sanitario prima dell'arrivo al Poliambulatorio, ma attraverso canali differenti: più ordinari e territoriali nel caso del medico di base, più episodici o legati all'urgenza nel caso del pronto soccorso.

Una quota consistente di utenti non presenta invece un percorso precedente indicato o rilevato: 60,2% delle donne (n=115) e 52,9% degli uomini (n=505). Questo dato va interpretato con cautela, perché può includere sia persone che non avevano avuto precedenti contatti sanitari in Italia, sia casi in cui l'informazione non è stata raccolta o registrata. Tuttavia, segnala che per una parte rilevante degli utenti il Poliambulatorio può rappresentare uno dei primi punti di accesso, orientamento o presa in carico sanitaria.

Quote più contenute riguardano altri canali o modalità di gestione del bisogno di salute: contatto precedente con Emergency, gestione autonoma del problema, ricorso alla farmacia, a servizi privati, a medici dei centri di accoglienza, ad associazioni o ad ambulatori STP/ENI. Questi percorsi, pur numericamente meno frequenti, mostrano la presenza di modalità di accesso diversificate e talvolta frammentate prima dell'arrivo al Poliambulatorio.

*Tabella 19. Precedenti percorsi di cura o problemi di salute in Italia, per genere.*

| <b>Percorso precedente dichiarato</b>         | <b>Donne n (%)</b> | <b>Uomini n (%)</b> | <b>Totale n (%)</b> |
|-----------------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Nessun percorso indicato / non rilevato       | 115 (60,2%)        | 505 (52,9%)         | 620 (54,1%)         |
| Medico di base                                | 37 (19,4%)         | 178 (18,7%)         | 215 (18,8%)         |
| Pronto soccorso                               | 26 (13,6%)         | 174 (18,2%)         | 200 (17,5%)         |
| Emergency / contatto precedente con Emergency | 3 (1,6%)           | 38 (4,0%)           | 41 (3,6%)           |
| Nessuno: gestione autonoma                    | 7 (3,7%)           | 29 (3,0%)           | 36 (3,1%)           |

| Percorso precedente dichiarato   | Donne n (%) | Uomini n (%) | Totale n (%) |
|----------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| Farmacia                         | 0 (0,0%)    | 12 (1,3%)    | 12 (1,0%)    |
| Medico del centro di accoglienza | 0 (0,0%)    | 9 (0,9%)     | 9 (0,8%)     |
| Privato                          | 1 (0,5%)    | 5 (0,5%)     | 6 (0,5%)     |
| Medico di base di un amico       | 1 (0,5%)    | 2 (0,2%)     | 3 (0,3%)     |
| ONG/Associazioni                 | 0 (0,0%)    | 2 (0,2%)     | 2 (0,2%)     |
| Ambulatorio STP/ENI              | 1 (0,5%)    | 0 (0,0%)     | 1 (0,1%)     |

### 3.3.5. Prestazioni erogate e continuità assistenziale al Poliambulatorio di Marghera

Come riportato nella Tabella 20, le prestazioni rivolte ai pazienti bangladesi sono concentrate soprattutto su visite mediche, supporto al percorso di cura e inserimento nel SSN. Alcune differenze emergono nelle prestazioni meno frequenti: le medicazioni sono proporzionalmente più presenti tra gli uomini, mentre le prestazioni di salute mentale risultano proporzionalmente più frequenti tra le donne. Anche il confronto esterno e il colloquio sociale compaiono in entrambi i gruppi, confermando la presenza di attività non limitate alla sola visita medica.

Tabella 20. Principali prestazioni erogate ai pazienti bangladesi, per genere.

| Prestazione               | Donne n (%) | Uomini n (%)  |
|---------------------------|-------------|---------------|
| Visita medica             | 326 (26,9%) | 1.952 (32,1%) |
| Supporto percorso di cura | 299 (24,6%) | 1.441 (23,7%) |
| Inserimento SSN           | 141 (11,6%) | 672 (11,0%)   |
| Confronto esterno         | 115 (9,5%)  | 430 (7,1%)    |
| Odontoiatria              | 101 (8,3%)  | 444 (7,3%)    |
| Medicazione               | 17 (1,4%)   | 308 (5,1%)    |
| Mental Health             | 49 (4,0%)   | 82 (1,3%)     |
| Colloquio sociale         | 42 (3,5%)   | 171 (2,8%)    |

Come mostrato nella Tabella 21, la distribuzione delle prestazioni prevalenti per periodo di arrivo in Italia evidenzia una certa continuità nei bisogni sanitari intercettati dal Poliambulatorio. In tutte le coorti considerate, infatti, la visita medica rimane una delle prestazioni più frequenti: rappresenta il 32,6% (n=129) delle prestazioni tra le persone arrivate prima del 2000, il 30,7% (n=335) tra chi è arrivato nel periodo 2000-2009, il 33,7% (n=362) nel gruppo 2010-2014, il 32,7% (n=505) nel gruppo 2015-2019 e il 30,9% (n=908) tra gli arrivi più recenti, avvenuti tra il 2020 e il 2025. Questo

dato indica che, indipendentemente dal tempo di permanenza in Italia, la domanda di valutazione clinica di base rimane centrale.

Accanto alla visita medica, anche il supporto al percorso di cura compare stabilmente tra le prestazioni principali. La sua frequenza è pari al 31,1% (n=123) tra gli arrivi precedenti al 2000, al 27,7% (n=302) nel periodo 2000-2009, al 26,4% (n=283) nel periodo 2010-2014, al 23,0% (n=356) nel periodo 2015-2019 e al 21,0% (n=618) tra gli arrivi del 2020-2025. Questo elemento suggerisce che il bisogno riguarda l'accompagnamento nella continuità assistenziale, nell'orientamento ai servizi e nella gestione dei passaggi successivi del percorso sanitario.

Un elemento interessante riguarda l'inserimento nel Servizio Sanitario Nazionale, che compare tra le prestazioni più frequenti nei gruppi arrivati dal 2010 in poi. È presente nel 12,3% (n=132) delle prestazioni tra gli arrivi del 2010-2014, nell'11,7% (n=181) tra quelli del 2015-2019 e nel 12,2% (n=359) tra gli arrivi del 2020-2025. Quindi, tra le persone arrivate più recentemente, il Poliambulatorio svolge una funzione importante di facilitazione dell'accesso al sistema sanitario, aiutando gli utenti a entrare all'interno del SSN.

Nei gruppi arrivati prima del 2010, invece, tra le prime tre prestazioni compare il confronto esterno, pari all'8,3% (n=33) tra gli arrivi precedenti al 2000 e al 9,2% (n=100) tra gli arrivi del periodo 2000-2009. Questo mostra una maggiore necessità di raccordo con altri servizi, professionisti o strutture sanitarie per persone che, pur essendo presenti in Italia da più tempo, continuano a presentare bisogni di orientamento, mediazione o continuità assistenziale.

*Tabella 21. Prestazioni prevalenti per periodo di arrivo in Italia.*

| <b>Periodo di arrivo</b> | <b>Prestazioni più frequenti nel periodo</b>                                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima del 2000           | Visita medica: 32,6% (n=129); Supporto percorso di cura: 31,1% (n=123); Confronto esterno: 8,3% (n=33)  |
| 2000-2009                | Visita medica: 30,7% (n=335); Supporto percorso di cura: 27,7% (n=302); Confronto esterno: 9,2% (n=100) |
| 2010-2014                | Visita medica: 33,7% (n=362); Supporto percorso di cura: 26,4% (n=283); Inserimento SSN: 12,3% (n=132)  |
| 2015-2019                | Visita medica: 32,7% (n=505); Supporto percorso di cura: 23,0% (n=356); Inserimento SSN: 11,7% (n=181)  |
| 2020-2025                | Visita medica: 30,9% (n=908); Supporto percorso di cura: 21,0% (n=618); Inserimento SSN: 12,2% (n=359)  |
| Non rilevato             | Odontoiatria: 23,3% (n=58); Supporto percorso di cura: 23,3% (n=58); Visita medica: 14,9% (n=37)        |

La Tabella 22 descrive la continuità assistenziale erogata dal Poliambulatorio attraverso il numero di accessi o prestazioni registrate per ciascun paziente bangladese. Il dato più rilevante riguarda la categoria “5 volte o più”, che rappresenta la quota più consistente sia tra le donne sia tra gli uomini: 37,4% (n=73) tra le donne e 39,8% (n=385) tra gli uomini. Questo risultato indica che, per una parte importante dei pazienti presi in carico, il rapporto con il Poliambulatorio non si esaurisce in un singolo contatto, ma assume la forma di una relazione assistenziale ripetuta.

Anche osservando le categorie intermedie emerge una tendenza alla presa in carico continuativa. Infatti, i pazienti che hanno avuto almeno tre accessi o prestazioni rappresentano il 62,6% delle donne (n=122) e il 62,5% degli uomini (n=604). Questo dato rafforza l’idea che il Poliambulatorio funzioni come servizio capace di accompagnare nel tempo una quota consistente di utenti. La continuità può riflettere bisogni clinici che richiedono monitoraggio, necessità di orientamento nel sistema sanitario, supporto nella gestione di percorsi diagnostici o terapeutici, oppure situazioni amministrative e sociali che rendono più complesso l’accesso autonomo ai servizi.

La distribuzione appare molto simile tra donne e uomini. Le differenze percentuali tra i due gruppi sono contenute: l’accesso singolo riguarda il 20,0% delle donne (n=39) e il 18,3% degli uomini (n=177), mentre due accessi/prestazioni riguardano il 17,4% delle donne (n=34) e il 19,2% degli uomini (n=186). Anche nelle classi più alte la distanza rimane limitata. Questo suggerisce che la continuità assistenziale rappresenta una caratteristica trasversale della presa in carico dei pazienti bangladesi.

Un ulteriore elemento da sottolineare è che la quota di pazienti con un solo accesso rimane minoritaria, intorno a un quinto del totale: 20,0% (n=39) tra le donne e 18,3% (n=177) tra gli uomini. Quindi, nella maggior parte dei casi, il bisogno del Poliambulatorio richiede più di un contatto.

*Tabella 22. Continuità assistenziale: numero di accessi/prestazioni per paziente bangladese.*

| <b>Numero di accessi/prestazioni</b> | <b>Donne n (%)</b> | <b>Uomini n (%)</b> |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 volta                              | 39 (20,0%)         | 177 (18,3%)         |
| Due volte                            | 34 (17,4%)         | 186 (19,2%)         |
| Tre volte                            | 22 (11,3%)         | 119 (12,3%)         |
| Quattro volte                        | 27 (13,8%)         | 100 (10,3%)         |
| Cinque volte o più                   | 73 (37,4%)         | 385 (39,8%)         |

### 3.3.6. Bisogni clinici prevalenti: diagnosi ICD-10

La Tabella 23 riporta le diagnosi ICD-10 più frequenti registrate tra i pazienti bangladesi. Diabete mellito di tipo due e ipertensione essenziale compaiono tra le diagnosi principali sia tra le donne sia tra gli uomini. Tra le donne assumono rilievo anche le diagnosi legate alla gravidanza e alla salute riproduttiva, mentre tra gli uomini compaiono con maggiore frequenza diagnosi odontoiatriche, muscolo-scheletriche e traumatiche, come carie dentaria, dorsalgia e ferite della mano.

Le diagnosi di ansia risultano proporzionalmente più frequenti tra le donne rispetto agli uomini, mentre le diagnosi odontoiatriche e muscolo-scheletriche risultano più rappresentate nella componente maschile. Il quadro complessivo mostra quindi una compresenza di bisogni cronici, riproduttivi, odontoiatrici, muscolo-scheletrici e respiratori.

Tabella 23. Diagnosi ICD-10 più frequenti, riportate con il nome della diagnosi.

| Diagnosi ICD-10                        | Donne n (%) | Uomini n (%) |
|----------------------------------------|-------------|--------------|
| Diabete mellito di tipo 2              | 347 (8,4%)  | 1.322 (6,3%) |
| Ipertensione essenziale                | 284 (6,9%)  | 1.047 (5,0%) |
| Carie dentaria                         | 54 (1,3%)   | 927 (4,4%)   |
| Dorsalgia                              | 56 (1,4%)   | 737 (3,5%)   |
| Supervisione di gravidanza normale     | 236 (5,7%)  | -            |
| Accertamento di gravidanza             | 208 (5,0%)  | -            |
| Esame generale e controllo sanitario   | 106 (2,6%)  | 544 (2,6%)   |
| Disturbi d'ansia                       | 110 (2,7%)  | 142 (0,7%)   |
| Diabete mellito di tipo 1              | 109 (2,6%)  | 377 (1,8%)   |
| Rinofaringite acuta/raffreddore comune | 53 (1,3%)   | 380 (1,8%)   |

### 3.3.7. Fattori associati alla presenza di diagnosi cardio-metaboliche

Complessivamente, il 17,6% dei pazienti bangladesi (n=202) presenta almeno una diagnosi cardio-metabolica. A partire da questo dato, la Tabella 24 esplora quali caratteristiche individuali, sociali e di accesso ai servizi risultino associate alla presenza di tali diagnosi.

L'obiettivo dell'analisi è quindi individuare se la probabilità di avere almeno una diagnosi cardio-metabolica varia in relazione a fattori come il sesso, l'età, la condizione abitativa, la conoscenza della lingua italiana, lo status amministrativo, la condizione lavorativa e l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. In questo modo,

la tabella permette di osservare quali gruppi di pazienti risultino maggiormente esposti o più frequentemente intercettati con questo tipo di diagnosi.

Il risultato più evidente riguarda l'età. Rispetto ai pazienti con meno di 35 anni, i pazienti tra 35 e 50 anni presentano odds quasi sei volte superiori di avere almeno una diagnosi cardio-metabolica, con un OR pari a 5,97, IC 95% 4,11-8,68 e  $p < 0,001$ . L'associazione è ancora più marcata tra i pazienti con più di 50 anni, per i quali le odds risultano circa venti volte superiori rispetto ai più giovani, con un OR pari a 19,55, IC 95% 10,75-35,56 e  $p < 0,001$ . Questo dato indica che l'età è il principale fattore associato alla presenza di diagnosi cardio-metaboliche nel campione analizzato.

Accanto all'età, anche la conoscenza nulla o scarsa della lingua italiana mostra un'associazione statisticamente significativa. I pazienti con competenza linguistica nulla o scarsa presentano odds più elevate di avere almeno una diagnosi cardio-metabolica rispetto a chi ha una migliore conoscenza dell'italiano, con un OR pari a 1,52, IC 95% 1,06-2,18 e  $p = 0,024$ . L'intensità dell'associazione è più contenuta rispetto a quella osservata per l'età, ma il dato è rilevante perché suggerisce che la barriera linguistica possa accompagnarsi a una maggiore vulnerabilità sanitaria o a maggiori difficoltà nella prevenzione, nell'accesso precoce alle cure e nella gestione continuativa delle condizioni croniche.

Le altre variabili incluse nel modello non mostrano associazioni statisticamente significative con la presenza di diagnosi cardio-metaboliche. Il sesso femminile presenta un OR pari a 1,20, IC 95% 0,73-1,95 e  $p = 0,475$ , indicando che non emerge una differenza significativa tra donne e uomini. Anche l'abitazione instabile o disagiata, pur mostrando un OR superiore a 1, non raggiunge la significatività statistica: OR 1,30, IC 95% 0,91-1,86,  $p = 0,147$ . Lo stesso vale per la condizione di non lavoro, con OR 1,30, IC 95% 0,91-1,86 e  $p = 0,152$ .

Lo status amministrativo irregolare non risulta associato all'outcome considerato, con un OR pari a 1,02, IC 95% 0,67-1,55 e  $p = 0,910$ , valore molto vicino all'assenza di associazione. Anche la mancata iscrizione al SSN o la presenza di altro codice non mostra una relazione significativa con le diagnosi cardio-metaboliche, con OR 0,88, IC 95% 0,55-1,40 e  $p = 0,586$ .

*Tabella 24. Fattori associati alla presenza di diagnosi cardio-metaboliche tra i pazienti bangladesi.*

| Variabile       | OR   | IC 95%    | p-value |
|-----------------|------|-----------|---------|
| Sesso femminile | 1,20 | 0,73-1,95 | 0,475   |

| Variabile                        | OR    | IC 95%      | p-value |
|----------------------------------|-------|-------------|---------|
| Età 35-50 anni                   | 5,97  | 4,11-8,68   | <0,001  |
| Età >50 anni                     | 19,55 | 10,75-35,56 | <0,001  |
| Abitazione instabile/disagiata   | 1,30  | 0,91-1,86   | 0,147   |
| Italiano nullo/scarso            | 1,52  | 1,06-2,18   | 0,024   |
| Status amministrativo irregolare | 1,02  | 0,67-1,55   | 0,910   |
| Non lavora                       | 1,30  | 0,91-1,86   | 0,152   |
| Non iscritto al SSN/altro codice | 0,88  | 0,55-1,40   | 0,586   |

*Nota. OR=odds ratio; IC=intervallo di confidenza; p-value=valore di significatività statistica.*

### 3.3.8. Fattori associati alla mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

La Tabella 25 descrive il rapporto tra status amministrativo e iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di capire se la regolarità giuridico-amministrativa si traduca effettivamente in una copertura sanitaria ordinaria. La tabella permette di osservare se esiste uno scarto tra la possibilità teorica di accesso al SSN e l'iscrizione effettiva.

Nel campione complessivo, solo il 20,4% dei pazienti bangladesi (n=234) risulta iscritto al SSN, mentre il 71,3% (n=816) presenta assenza di copertura SSN ordinaria. Il dato più rilevante riguarda i pazienti regolari o in percorso di regolarizzazione. In questo gruppo, solo il 26,9% (n=162) risulta iscritto al SSN, mentre il 72,3% (n=435) è privo di copertura SSN. Questo risultato evidenzia che la regolarità amministrativa, da sola, non garantisce necessariamente l'inserimento effettivo nel sistema sanitario ordinario. Anche tra persone che potrebbero avere maggiore possibilità di accesso al SSN, permane quindi una quota molto elevata di mancata iscrizione.

È presente quindi un elemento centrale: l'assenza di copertura SSN ordinaria non riguarda soltanto i pazienti irregolari, ma è molto frequente anche tra coloro che risultano regolari.

*Tabella 25. Iscrizione al SSN per status amministrativo.*

| Status amministrativo       | Iscritto SSN n (%) | Mancata iscrizione/assenza SSN n (%) | Non classificabile n (%) | Totale |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------|
| Regolare/in percorso        | 162 (26,9%)        | 435 (72,3%)                          | 5 (0,8%)                 | 602    |
| Irregolare                  | 0 (0,0%)           | 355 (100,0%)                         | 0 (0,0%)                 | 355    |
| Non dichiarato/non rilevato | 72 (38,3%)         | 26 (13,8%)                           | 90 (47,9%)               | 188    |
| Totale                      | 234 (20,4%)        | 816 (71,3%)                          | 95 (8,3%)                | 1.145  |

La Tabella 26 approfondisce proprio questo aspetto, limitando l'analisi ai pazienti regolari o in percorso di regolarizzazione. Questa scelta è importante perché consente di escludere la componente più "strutturale" legata all'irregolarità amministrativa e di concentrarsi sui pazienti per i quali la mancata iscrizione al SSN può indicare più direttamente una difficoltà di accesso, orientamento o completamento delle procedure. In questo modello, l'outcome analizzato è la mancata iscrizione o assenza di copertura SSN ordinaria. L'obiettivo è quindi verificare se, tra i pazienti regolari o in regolarizzazione, alcuni fattori siano associati a una maggiore probabilità di non essere iscritti al SSN. Le variabili considerate sono sesso, età, condizione abitativa, periodo di arrivo in Italia, conoscenza della lingua italiana e condizione lavorativa.

L'unica variabile che mostra un'associazione statisticamente significativa con la mancata iscrizione o assenza di copertura SSN ordinaria è il periodo di arrivo 2015-2019. Rispetto ai pazienti arrivati fino al 2014, coloro che sono arrivati tra il 2015 e il 2019 presentano odds più elevate di mancata iscrizione o assenza di copertura SSN, con OR 1,87, IC 95% 1,02-3,41 e  $p=0,041$ . Questo risultato suggerisce una possibile maggiore difficoltà di inserimento nel SSN ordinario per questa coorte di arrivo.

Anche l'arrivo nel periodo 2020-2025 mostra odds superiori rispetto agli arrivi fino al 2014, con OR 1,33, IC 95% 0,77-2,29 e  $p=0,304$ ; tuttavia, l'associazione non raggiunge la significatività statistica. Il dato non consente quindi di affermare una relazione chiara per il gruppo più recente, pur indicando una direzione compatibile con una possibile maggiore difficoltà di iscrizione tra chi è arrivato più tardi.

Le altre variabili considerate non risultano associate in modo statisticamente significativo alla mancata iscrizione o assenza di copertura SSN ordinaria. Il sesso femminile presenta OR 1,04, IC 95% 0,61-1,78 e  $p=0,889$ , indicando l'assenza di differenze rilevanti rispetto agli uomini. Anche l'età non mostra associazioni significative: per la fascia 35-50 anni l'OR è 0,75, con IC 95% 0,48-1,16 e  $p=0,201$ , mentre per i pazienti con più di 50 anni l'OR è 1,17, con IC 95% 0,48-2,84 e  $p=0,732$ . Allo stesso modo, non emergono associazioni significative per l'abitazione instabile o disagiata, con OR 0,91, IC 95% 0,61-1,35 e  $p=0,641$ , per la conoscenza nulla o scarsa dell'italiano, con OR 1,12, IC 95% 0,70-1,80 e  $p=0,651$ , né per la condizione di non lavoro, con OR 0,95, IC 95% 0,64-1,41 e  $p=0,806$ .

Nel complesso, la Tabella 26 suggerisce che, tra i pazienti regolari o in percorso di regolarizzazione, la mancata iscrizione al SSN non appare spiegata in modo

significativo dalla maggior parte delle caratteristiche considerate. L'unico segnale statisticamente significativo riguarda l'arrivo nel periodo 2015-2019, che risulta associato a odds più elevate di mancata copertura ordinaria. Questo dato rafforza l'idea che la regolarità amministrativa non coincida automaticamente con l'effettivo inserimento nel SSN e che possano persistere barriere procedurali, informative o organizzative anche tra soggetti formalmente più vicini alla possibilità di iscrizione.

*Tabella 26. Fattori associati alla mancata iscrizione o assenza di SSN tra i pazienti bangladesi regolari o in percorso di regolarizzazione.*

| <b>Variabile</b>               | <b>OR</b> | <b>IC 95%</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------------------|-----------|---------------|----------------|
| Sesso femminile                | 1,04      | 0,61-1,78     | 0,889          |
| Età 35-50 anni                 | 0,75      | 0,48-1,16     | 0,201          |
| Età >50 anni                   | 1,17      | 0,48-2,84     | 0,732          |
| Abitazione instabile/disagiata | 0,91      | 0,61-1,35     | 0,641          |
| Arrivo 2015-2019               | 1,87      | 1,02-3,41     | 0,041          |
| Arrivo 2020-2025               | 1,33      | 0,77-2,29     | 0,304          |
| Italiano nullo/scarso          | 1,12      | 0,70-1,80     | 0,651          |
| Non lavora                     | 0,95      | 0,64-1,41     | 0,806          |

Nota. Categorie di riferimento: sesso maschile, età inferiore a 35 anni, abitazione stabile, arrivo fino al 2014, conoscenza dell'italiano sufficiente o superiore, lavora o dichiara un'attività lavorativa. OR=odds ratio; IC=intervallo di confidenza.

#### **4. Discussione e raccomandazioni**

Il presente studio ha analizzato la condizione socio-sanitaria della comunità bangladesa nel territorio veneziano, con particolare attenzione all'area di Marghera e all'utenza che accede al Poliambulatorio EMERGENCY. L'adozione di un disegno mixed-methods ha consentito di integrare tre livelli di analisi: la revisione della letteratura, l'indagine qualitativa e l'analisi quantitativa dei dati assistenziali 2018-2025. La triangolazione tra queste tre componenti permette di leggere i bisogni di salute come esito dell'interazione tra traiettorie migratorie, condizioni materiali di vita, status amministrativo, genere, lingua, reti comunitarie e organizzazione dei servizi. Il dato più rilevante che attraversa l'intero studio è la distanza tra presenza territoriale, diritto formale e accesso effettivo. La comunità bangladesa emerge come una componente numericamente centrale nell'attività del Poliambulatorio, ma anche come una popolazione esposta a barriere multilivello: amministrative, linguistiche, abitative, lavorative, relazionali e di genere. Questa condizione non può essere ricondotta a una

sola causa, né a una generica ‘fragilità culturale’. Al contrario, i risultati mostrano che la vulnerabilità socio-sanitaria è prodotta da determinanti sociali concreti e da un’interazione spesso difficile con servizi che non sempre riescono a intercettare tempestivamente i bisogni.

La discussione è organizzata in cinque sezioni. La prima interpreta i risultati principali attraverso la triangolazione tra dati quantitativi, risultati qualitativi e letteratura. La seconda approfondisce i determinanti sociali e le condizioni di vulnerabilità. La terza analizza la dimensione di genere. La quarta discute le implicazioni per servizi e politiche locali. La quinta propone raccomandazioni operative orientate alla presa in carico, alla prevenzione e alla promozione della salute.

#### **4.1. Interpretazione dei risultati principali**

La triangolazione tra revisione della letteratura, analisi qualitativa e analisi quantitativa mette in evidenza un primo elemento centrale: la comunità bangladese è centrale nell’attività del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera. Nel periodo 2018-2025, i pazienti bangladesi costituiscono il 10,8% delle prestazioni/accessi e il 13,3% dei pazienti unici. Inoltre, considerando le nazionalità registrate, il Bangladesh occupa il primo posto per numero di prestazioni/accessi. La tendenza annuale mostra un aumento marcato, da 183 prestazioni nel 2018 a 1.592 nel 2025, con valori stabilmente superiori alle mille prestazioni annue dal 2022. Questo dato quantitativo conferma, sul piano assistenziale, quanto emerso nell’introduzione e nella revisione della letteratura: la presenza bangladese è strutturale nel territorio veneziano e rappresenta una componente stabile della domanda socio-sanitaria locale (1–3).

Uno dei risultati più significativi riguarda la distanza tra diritto formale e accesso effettivo. Sebbene oltre la metà dei pazienti bangladesi risulti in condizione amministrativa regolare, solo il 20,4% del campione complessivo è iscritto al Servizio Sanitario Nazionale, mentre il 71,3% presenta mancata iscrizione.

Anche tra i pazienti regolari o in percorso di regolarizzazione, la mancata iscrizione al SSN rimane molto frequente, riguardando oltre sette pazienti su dieci. Questo elemento conferma che la regolarità giuridica non si traduce necessariamente in accesso reale alle cure ordinarie.

L'analisi qualitativa permette di comprendere i meccanismi che stanno dietro al dato quantitativo. Le interviste mostrano che l'accesso al SSN, alla medicina generale, alla pediatria, ai consultori e agli sportelli amministrativi è spesso ostacolato dalla barriera linguistica, dalla complessità burocratica, dalla scarsa conoscenza dei percorsi e dalla dipendenza da reti informali. Amici, connazionali, datori di lavoro, familiari e mediatori di fatto svolgono un ruolo importante nel facilitare l'orientamento iniziale, ma possono anche produrre dipendenza, informazioni parziali e ritardi nell'accesso ai diritti. Il Poliambulatorio EMERGENCY si colloca quindi in uno spazio intermedio: non sostituisce il servizio pubblico, ma intercetta persone che, pur avendo bisogni sanitari e talvolta requisiti amministrativi per accedere al sistema ordinario, non riescono a trasformare il diritto alla cura in percorso effettivo.

Le prestazioni erogate confermano questa funzione di ponte. Le principali attività rivolte ai pazienti bangladesi sono visite mediche, supporto al percorso di cura e inserimento nel SSN. Inoltre, una quota ampia di pazienti ritorna più volte al Poliambulatorio: il 37,4% delle donne e il 39,8% degli uomini ha cinque accessi o più. Questo dato suggerisce che il Poliambulatorio, oltre a svolgere una funzione di primo contatto, svolge anche un'attività di accompagnamento, orientamento e continuità assistenziale. La domanda espressa al Poliambulatorio oltre che clinica, è amministrativa, informativa e di presa in carico.

Sul piano clinico, la triangolazione evidenzia la presenza di bisogni cronici e preventivi. La letteratura sulla popolazione bangladesa in Italia segnala una vulnerabilità rispetto all'insorgenza precoce di patologie croniche, in particolare diabete, obesità e condizioni cardio-metaboliche (38–40). L'analisi quantitativa mostra che diabete mellito di tipo due e ipertensione essenziale compaiono tra le diagnosi più frequenti in entrambi i generi. Il modello multivariato indica che il 17,6% dei pazienti presenta almeno una diagnosi cardio-metabolica; l'età è il fattore più fortemente associato, ma anche la conoscenza nulla o scarsa dell'italiano risulta associata in modo statisticamente significativo alla presenza di almeno una diagnosi cardio-metabolica. Questo risultato non consente inferenze causali, ma segnala una relazione importante tra vulnerabilità clinica e barriera linguistica.

La componente qualitativa arricchisce l'interpretazione di questo dato, mostrando come la prevenzione non sia necessariamente assente, ma spesso collocata in secondo piano rispetto ad altre priorità percepite come più urgenti: lavoro, debito, documenti, casa, invio di rimesse e cura familiare. Nelle interviste, la salute viene frequentemente definita in termini funzionali, come capacità di lavorare, sostenere la famiglia e non presentare sintomi evidenti. La malattia tende quindi a essere riconosciuta soprattutto quando diventa acuta, visibile o limitante rispetto alla capacità produttiva e ai ruoli familiari.

Questa condizione può essere letta come una diversa interpretazione del percorso di cura, non necessariamente coincidente con il modello preventivo più diffuso nei servizi sanitari occidentali, centrato sull'anticipazione del rischio, sugli screening e sul controllo periodico anche in assenza di sintomi. Per molti intervistati, invece, la cura sembra attivarsi principalmente in presenza di un bisogno concreto e immediato. Tale concezione non va interpretata semplicemente come mancanza di attenzione alla salute, ma come il risultato dell'intreccio tra rappresentazioni culturali, condizioni materiali di vita e vincoli migratori.

Questo elemento è importante per l'organizzazione delle attività di prevenzione e presa in carico: proporre interventi preventivi efficaci richiede infatti di considerare il modo in cui le persone definiscono la salute, riconoscono la malattia e attribuiscono priorità ai bisogni quotidiani. La prevenzione, in questo senso, non può essere pensata solo come offerta di prestazioni, ma deve essere accompagnata da mediazione linguistico-culturale, orientamento, costruzione di fiducia e capacità di collegare il messaggio sanitario alle condizioni concrete di vita e lavoro.

Un ulteriore risultato interessante riguarda la compresenza di vulnerabilità e agency. La letteratura e i documenti territoriali descrivono una forte presenza bangladese nel commercio e nei servizi, con un numero elevato di attività imprenditoriali che contribuisce al radicamento economico locale (3). Questo elemento segnala che all'interno della comunità esistono risorse, capacità organizzative e forme di iniziativa economica. Tuttavia, l'analisi qualitativa e i dati del Poliambulatorio mostrano che questa agency non è distribuita in modo omogeneo: una parte della popolazione resta collocata in condizioni di dipendenza lavorativa, debito, precarietà abitativa e scarsa autonomia amministrativa. L'apparente contrasto tra imprenditorialità comunitaria e

vulnerabilità socio-sanitaria rivela la forte stratificazione e diversità interna della comunità bangladese.

#### **4.2. Determinanti sociali e vulnerabilità**

I risultati confermano che la salute della popolazione bangladese nel territorio veneziano è profondamente modellata dai determinanti sociali. Lavoro, abitazione, status amministrativo, lingua, istruzione, reti sociali e rapporto con i servizi agiscono in modo interdependente.

Il lavoro emerge come uno dei determinanti più importanti. La letteratura sul territorio veneziano e sulla cantieristica navale descrive l'inserimento di molti lavoratori bangladesi in filiere produttive caratterizzate da appalti, subappalti, intermediazione e condizioni di ricattabilità (2,4,5). L'analisi qualitativa conferma questo quadro: molti uomini descrivono il lavoro come asse centrale dell'esperienza migratoria, ma anche come fonte di stress, fatica fisica, malessere e dipendenza economica. La centralità del lavoro è rafforzata dal debito migratorio, che spinge ad accettare condizioni difficili pur di mantenere il reddito, inviare rimesse e sostenere la famiglia nel Paese di origine.

L'analisi dei dati consente di osservare un aspetto particolarmente rilevante: lavoro e stabilità abitativa non coincidono automaticamente. Tra gli uomini, la quota di occupati o con attività dichiarata è simile sia tra chi vive in abitazione stabile sia tra chi vive in abitazione instabile o insicura. Anche tra gli uomini senza dimora è presente una quota non trascurabile di persone occupate o con attività dichiarata. Questo dato, letto insieme alle interviste, mostra che l'inserimento lavorativo non garantisce necessariamente protezione sociale. In una parte del campione, il lavoro appare insufficiente a produrre stabilità abitativa e sicurezza di vita.

La condizione abitativa rappresenta infatti un secondo determinante cruciale. I dati quantitativi mostrano che l'abitazione instabile o insicura riguarda una quota elevata di pazienti, sia regolari sia irregolari. Tra i pazienti regolari, il 42,1% vive in condizione abitativa instabile o insicura; tra gli irregolari la quota sale al 44,5%, e la condizione di senza dimora è più frequente tra questi ultimi. Questo dato risponde a una delle osservazioni emerse nel lavoro qualitativo: i permessi di soggiorno di breve

durata, i redditi bassi e la difficoltà di sostenere affitti elevati alimentano precarietà abitativa anche quando la persona non è completamente esclusa dal mercato del lavoro.

Le interviste restituiscono la dimensione concreta del dato abitativo: coabitazioni forzate, spazi sovraffollati, mancanza di privacy, convivenze con persone non appartenenti al nucleo familiare, tensioni domestiche e carico di lavoro riproduttivo sulle donne. L'abitare è un determinante che incide sulla salute fisica, mentale e relazionale. Può ostacolare il riposo, la gestione delle terapie, l'alimentazione, la cura dei figli e la possibilità di costruire una vita familiare stabile.

Lo status amministrativo è un ulteriore elemento di vulnerabilità, ma i risultati indicano che non agisce da solo. Il 52,5% dei pazienti bangladesi afferenti al Poliambulatorio risulta regolare, mentre il 31,0% è irregolare. Tuttavia, la mancata iscrizione al SSN è frequente anche tra i regolari. Questo dato è particolarmente importante: la vulnerabilità non riguarda soltanto chi non ha un titolo di soggiorno, ma anche chi, pur avendo una posizione formalmente regolare, incontra difficoltà nel completare le procedure necessarie per accedere ai servizi ordinari.

La lingua attraversa tutti questi ambiti. La conoscenza nulla o scarsa dell'italiano riguarda il 77,4% delle donne e il 63,2% degli uomini.

La regressione sulle diagnosi cardio-metaboliche mostra inoltre un'associazione tra conoscenza nulla o scarsa dell'italiano e presenza di almeno una diagnosi cardio-metabolica. Questo risultato va interpretato con cautela, ma è coerente con quanto emerge dalle interviste: la lingua limita la capacità di orientarsi nei servizi, comprendere le prescrizioni, spiegare i sintomi, seguire i percorsi di prevenzione e costruire una relazione stabile con gli operatori.

Il livello di istruzione contribuisce a rendere il quadro più articolato. Nel campione quantitativo la categoria più frequente è quella dei 9-13 anni di studio, ma tra le donne si osserva una distribuzione maggiormente polarizzata: una quota più elevata senza istruzione rispetto agli uomini e, al tempo stesso, una quota non trascurabile con più di 13 anni di studio. Questo risultato si intreccia con l'analisi qualitativa, nella quale gli osservatori privilegiati segnalano un cambiamento nelle traiettorie femminili: accanto a donne arrivate attraverso ricongiungimento e con bassa scolarizzazione,

emergono donne più giovani e istruite, con aspettative di studio, lavoro e autonomia. Il dato quantitativo non conferma in modo lineare l'immagine di un profilo femminile uniformemente più istruito, ma mostra una polarizzazione che rende la comunità femminile internamente differenziata.

La vulnerabilità è il risultato di accumuli e intersezioni. Un paziente può essere regolare ma non iscritto al SSN; lavorare ma vivere in abitazione instabile; avere bisogni clinici cronici ma non disporre della lingua per seguire un percorso; avere reti comunitarie ma dipendere da esse per ogni passaggio amministrativo; avere fiducia nella medicina italiana ma non conoscere le procedure per accedervi. Questa è la forma specifica di vulnerabilità che emerge dallo studio: non esclusione totale, ma inclusione incompleta, fragile e spesso mediata da percorsi informali.

#### **4.3. Genere e salute migrante**

Il genere rappresenta una chiave interpretativa fondamentale per comprendere la salute migrante nella comunità bangladese. I risultati quantitativi, qualitativi e la revisione della letteratura convergono nel mostrare che uomini e donne vivono traiettorie migratorie diverse, accedono in modo differente alle risorse e incontrano barriere specifiche nel rapporto con la salute e con i servizi.

Al Poliambulatorio di Marghera la popolazione bangladesa è composta prevalentemente da uomini: l'83,3% dei pazienti è di genere maschile, mentre le donne rappresentano il 16,7%. Questo dato è coerente con una migrazione storicamente avviata da uomini adulti per motivi economici. I motivi della partenza confermano tale differenziazione: tra gli uomini prevale la motivazione economica, mentre tra le donne il ricongiungimento familiare rappresenta la modalità nettamente prevalente. La donna migra quindi più spesso come moglie, madre o componente ricongiunta, mentre l'uomo migra più frequentemente come lavoratore. Questa differenza iniziale produce effetti successivi sull'autonomia, sulla lingua, sulla socialità, sul lavoro e sull'accesso ai servizi.

La dimensione temporale rafforza questa lettura. Oltre sei donne su dieci risultano arrivate tra il 2020 e il 2025, una quota superiore a quella degli uomini. Questo dato suggerisce una presenza femminile più recente, coerente con i percorsi di

ricongiungimento familiare. Allo stesso tempo, la distribuzione per istruzione mostra una componente femminile non omogenea: la quota senza istruzione è più alta tra le donne, ma anche la quota con più di 13 anni di studio è proporzionalmente superiore rispetto agli uomini. Questa apparente ambivalenza è importante perché conferma quanto emerso dalle interviste: il profilo femminile non può essere ridotto alla sola immagine della donna isolata e poco scolarizzata; accanto a questa figura emergono donne più giovani, istruite e portatrici di aspettative di autonomia.

La barriera linguistica, tuttavia, colpisce in modo particolarmente marcato le donne. La conoscenza nulla dell'italiano riguarda il 58,6% delle donne, contro il 27,4% degli uomini. Considerando insieme conoscenza nulla e scarsa, la quota raggiunge il 77,4% tra le donne. L'analisi qualitativa consente di interpretare questo dato: molte donne ricongiunte vivono prevalentemente nello spazio domestico, hanno minori occasioni di contatto con il contesto esterno, dipendono dal marito o dai figli per la traduzione e incontrano ostacoli nel frequentare corsi di lingua a causa del carico familiare e domestico.

Questa dipendenza linguistica incide direttamente sulla salute. Le donne possono avere difficoltà a spiegare sintomi, bisogni dei figli, problemi ginecologici, disagio psicologico o situazioni familiari delicate. Quando la mediazione è affidata al marito, a figli o a figure informali, la relazione di cura può diventare meno autonoma e meno sicura, soprattutto nei temi legati a sessualità, contraccezione, gravidanza, violenza o salute mentale.

La salute femminile appare fortemente intrecciata con maternità, cura familiare e controllo sociale. La revisione della letteratura evidenzia che le donne migranti incontrano barriere specifiche nell'accesso alla salute sessuale e riproduttiva, alla prevenzione e ai percorsi di screening (20–22). I risultati qualitativi confermano che, nella comunità bangladese, sessualità, contraccezione e scelta di avere figli sono temi attraversati da norme familiari, religiose e comunitarie. Il matrimonio e la maternità sono spesso considerati passaggi attesi, mentre la scelta individuale può essere limitata o sottoposta al giudizio della famiglia e della comunità.

Tuttavia, la letteratura e le interviste mostrano che tale accesso può essere ambivalente: da un lato apre uno spazio di relazione con consultori, ambulatori e servizi; dall'altro

può aumentare il carico di cura e l'isolamento, soprattutto quando manca la rete familiare allargata del Paese di origine.

Un elemento che merita attenzione è il rapporto tra salute mentale, genere e isolamento. Nelle diagnosi più frequenti, i disturbi d'ansia risultano proporzionalmente più rappresentati tra le donne rispetto agli uomini. Questo risultato è coerente con le interviste, che descrivono donne esposte a solitudine, perdita di opportunità formative, stigma comunitario, carico domestico, dipendenza economica e difficoltà comunicative. Anche le prestazioni di salute mentale risultano proporzionalmente più frequenti tra le donne rispetto agli uomini. La convergenza tra dato quantitativo e qualitativo suggerisce che il disagio emotivo femminile sia un'area importante da intercettare.

Il genere incide anche sugli uomini. La maschilità migrante appare fortemente legata al ruolo di breadwinner: lavorare, sostenere la famiglia, pagare il debito e inviare rimesse diventano condizioni essenziali per sentirsi 'in salute' o 'stare bene'. Questo spiega perché la malattia venga spesso riconosciuta solo quando ostacola la capacità di lavorare.

Per gli uomini, la salute è spesso subordinata alla produttività e alla responsabilità economica. Per le donne, la salute è intrecciata alla maternità, alla cura familiare, alla lingua, all'autonomia e alla possibilità di uscire dallo spazio domestico. La promozione della salute nella comunità bangladese deve quindi includere una prospettiva di genere capace di riconoscere sia le vulnerabilità specifiche sia le risorse trasformative delle donne, soprattutto in termini di educazione, mediazione, cura dei figli, trasmissione linguistica e partecipazione sociale.

#### **4.4. Implicazioni per servizi e politiche locali**

I risultati dello studio evidenziano alcune implicazioni rilevanti per i servizi socio-sanitari e per le politiche locali.

Un primo aspetto riguarda l'accessibilità amministrativa. La presenza di una quota elevata di pazienti regolari ma non iscritti al SSN mostra che il problema riguarda soprattutto la sua effettiva fruibilità. L'iscrizione al SSN, la scelta del medico di medicina generale, l'accesso alla pediatria, ai consultori, agli screening, alla

specialistica e ai percorsi di continuità richiedono infatti informazioni chiare, documentazione, competenze linguistiche e accompagnamento.

Questa distanza tra diritto formale e accesso effettivo individua uno spazio specifico di intervento per l'infermieristica avanzata territoriale. L'Infermiere di Famiglia e Comunità può assumere una funzione di prossimità e di raccordo, intercettando precocemente i bisogni socio-sanitari, orientando le persone nei percorsi amministrativi e assistenziali, facilitando il collegamento con MMG, pediatria, consultori, servizi sociali e specialistica, e contribuendo alla costruzione di percorsi di presa in carico continuativi.

Una seconda implicazione riguarda la mediazione linguistico-culturale, che non può essere considerata un servizio accessorio o occasionale.

I risultati indicano la necessità di renderla disponibile nei principali punti di contatto con la popolazione migrante: medicina generale, pediatria, consultori, servizi sociali, scuola, neuropsichiatria infantile, sportelli amministrativi e pronto soccorso. La mediazione deve inoltre andare oltre la traduzione linguistica, contribuendo a rendere comprensibili procedure, diagnosi, indicazioni terapeutiche, prevenzione e diritti.

Le criticità emerse nelle interviste mostrano anche l'importanza di rafforzare la competenza transculturale dei servizi. Nei percorsi relativi a minori, disabilità, salute mentale, neuropsichiatria infantile e genitorialità, l'assenza di strumenti culturalmente e linguisticamente adeguati può favorire incomprensioni, valutazioni incomplete o difficoltà nella relazione con le famiglie. La competenza transculturale dovrebbe quindi essere integrata nella qualità ordinaria dei servizi, non attivata solo in situazioni considerate eccezionali.

Un ulteriore elemento riguarda la frammentazione degli interventi. I bisogni emersi attraversano più ambiti, sanitario, sociale, amministrativo, abitativo, lavorativo, educativo e linguistico, e richiedono quindi risposte coordinate. Se ogni servizio interviene solo su una parte del problema, il rischio è produrre percorsi discontinui e difficili da comprendere. Diventa quindi centrale rafforzare il lavoro di rete tra Azienda ULSS, Comune, medici di medicina generale, consultori, servizi sociali, scuole, patronati, mediatori, associazioni bangladesi, terzo settore ed EMERGENCY.

In questo quadro, il Poliambulatorio EMERGENCY può assumere un ruolo strategico come osservatorio di prossimità e ponte verso il sistema pubblico. La continuità degli accessi mostra che il servizio non intercetta soltanto bisogni episodici, ma costruisce relazioni assistenziali che possono facilitare l'orientamento verso percorsi ordinari. Tuttavia, questa funzione deve integrarsi in una rete territoriale capace di trasformare l'aggancio iniziale in continuità istituzionale.

Un'altra implicazione riguarda la prevenzione, in particolare rispetto ai bisogni cardio-metabolici. I risultati quantitativi, insieme alle interviste, suggeriscono la necessità di interventi culturalmente adattati. Nel caso della comunità bangladesa, parlare di alimentazione e stili di vita significa considerare il ruolo centrale del riso, il valore simbolico di alcuni cibi, il consumo di junk food come segno di benessere, i tempi di lavoro, il reddito e il ruolo delle donne nella preparazione dei pasti. Interventi generici su dieta, attività fisica e prevenzione rischiano quindi di essere poco efficaci se non tengono conto delle condizioni concrete di vita e delle rappresentazioni culturali della salute.

La prospettiva di genere rappresenta un ulteriore asse di intervento. Le donne bangladesi devono essere considerate soggetti centrali delle politiche locali. Investire sull'autonomia linguistica, sull'accesso ai consultori, sulla salute sessuale e riproduttiva, sulla prevenzione, sul sostegno alla genitorialità e sulla socialità femminile può produrre effetti positivi sull'intero nucleo familiare e sulla salute comunitaria.

Infine, le politiche locali dovrebbero riconoscere la doppia natura delle reti comunitarie, in particolare modo della Moschea. Da un lato, esse rappresentano una risorsa importante perché offrono orientamento, sostegno, traduzione informale, accesso al lavoro, appartenenza religiosa e socialità. Dall'altro, possono generare dipendenza, controllo sociale, esclusione delle persone più vulnerabili e riproduzione di gerarchie interne. Per questo motivo, è importante collaborare con le reti comunitarie senza delegare loro funzioni che spettano ai servizi pubblici, soprattutto quando sono coinvolti diritti, salute, minori, violenza o accesso amministrativo.

#### **4.5. Raccomandazioni operative**

Alla luce dei risultati emersi, si propongono alcune raccomandazioni operative volte a migliorare l'accesso ai servizi, rafforzare la presa in carico territoriale e promuovere la salute della popolazione bangladese. Le raccomandazioni mirano a ridurre la distanza tra diritto formale e accesso effettivo, valorizzando il ruolo della mediazione linguistico-culturale, della medicina di prossimità, delle figure infermieristiche territoriali e delle reti comunitarie, senza delegare a queste ultime la responsabilità istituzionale della presa in carico.

##### **1. Garantire mediazione linguistico-culturale nei servizi chiave.**

La mediazione linguistico-culturale dovrebbe essere presente nei principali punti di accesso: sportelli amministrativi, medicina generale, pediatria, consultori, servizi sociali, scuola, neuropsichiatria infantile e pronto soccorso. Non dovrebbe limitarsi alla traduzione linguistica, ma facilitare la comprensione di procedure, diagnosi, terapie, prevenzione, diritti e percorsi di cura. La mediazione rappresenta quindi una funzione strutturale del servizio, necessaria per migliorare accessibilità, continuità assistenziale e qualità della relazione di cura. Nei percorsi riguardanti salute sessuale e riproduttiva, maternità, violenza, salute mentale e genitorialità, è importante prevedere anche mediatrici donne.

##### **2. Rafforzare la medicina di prossimità e il rapporto con il medico di medicina generale.**

Una maggiore accessibilità della medicina generale potrebbe favorire la continuità assistenziale, migliorare la gestione delle patologie croniche e ridurre il ricorso al pronto soccorso per bisogni gestibili nelle cure primarie. A questo scopo sono utili materiali informativi multilingue, mediazione programmata, strumenti di comunicazione semplici e percorsi di accompagnamento per i nuovi iscritti al SSN. È inoltre necessario lavorare sulle aspettative dei pazienti rispetto ai tempi e alle modalità di accesso alla medicina generale, chiarendo il funzionamento degli appuntamenti, delle prescrizioni, degli invii specialistici e dei percorsi di urgenza.

### **3. Valorizzare il ruolo dell’Infermiere di Famiglia e Comunità nei percorsi integrati di presa in carico.**

Nei percorsi territoriali rivolti a persone e famiglie con bisogni complessi, l’Infermiere di Famiglia e Comunità può svolgere una funzione di accoglienza, primo filtro, valutazione iniziale dei bisogni, educazione sanitaria, monitoraggio e orientamento ai servizi. In particolare, può facilitare passaggi essenziali come l’iscrizione al SSN, la scelta del medico di medicina generale, l’accesso alla pediatria, ai consultori, agli screening, alle prenotazioni e alla specialistica. Nei casi più complessi, può inoltre assumere una funzione di raccordo tra paziente, famiglia, medico di medicina generale, servizi distrettuali, consultori, servizi sociali, scuola e terzo settore. Tale ruolo non sostituisce la mediazione linguistico-culturale, ma richiede una collaborazione stabile con mediatori e mediatrici, soprattutto quando la barriera linguistica, la scarsa conoscenza del sistema o la complessità amministrativa ostacolano la continuità assistenziale.

### **4. Promuovere prevenzione cardio-metabolica culturalmente adattata.**

Gli interventi su diabete, ipertensione, obesità e salute cardiovascolare dovrebbero essere costruiti con mediatori, operatori sanitari e membri della comunità. Nel caso della popolazione bangladesi, le indicazioni su alimentazione e stili di vita devono considerare il ruolo del riso, dei dolci, delle bevande zuccherate, del junk food, dei tempi di lavoro, del reddito e del ruolo delle donne nella preparazione dei pasti. Raccomandazioni generiche rischiano di essere poco efficaci se non collegate alle condizioni concrete di vita. In questo ambito, anche l’Infermiere di Famiglia e Comunità può contribuire attraverso educazione sanitaria, counselling breve, monitoraggio dei fattori di rischio, promozione dell’aderenza terapeutica e raccordo con il medico di medicina generale.

### **5. Sostenere spazi dedicati alle donne bangladesi.**

È importante promuovere luoghi accessibili in cui integrare apprendimento della lingua italiana, orientamento ai servizi, educazione sanitaria, salute sessuale e riproduttiva, sostegno alla maternità, informazioni sui diritti e occasioni di socialità. Questi spazi dovrebbero prevedere mediazione femminile, orari compatibili con i tempi di cura, eventuale supporto per i bambini e collegamenti con consultori, scuole e servizi sociali. Non si tratta soltanto di offrire informazioni, ma di creare contesti di

fiducia in cui le donne possano esprimere bisogni, acquisire strumenti di autonomia e ridurre la dipendenza esclusiva da reti familiari o informali.

#### **6. Formare gli operatori alla competenza transculturale.**

Medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, insegnanti e personale amministrativo dovrebbero ricevere una formazione pratica sui temi emersi nello studio: accesso amministrativo, ruoli di genere, salute riproduttiva, significati della malattia, alimentazione, disabilità, salute mentale, reti comunitarie e rapporto con la religione. La formazione dovrebbe essere orientata al miglioramento della comunicazione, della presa in carico e della capacità di riconoscere bisogni non sempre esplicitati dai pazienti. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata alla relazione di cura con persone che presentano bassa alfabetizzazione sanitaria, scarsa conoscenza del sistema e forte dipendenza da familiari o intermediari informali.

#### **7. Collaborare con le reti comunitarie senza sostituire la responsabilità dei servizi.**

Associazioni, moschee, scuole comunitarie, mediatori e figure di riferimento possono facilitare fiducia, orientamento e diffusione delle informazioni. Tuttavia, il supporto comunitario deve integrare, non sostituire, il ruolo delle istituzioni, soprattutto nei percorsi che riguardano salute, minori, violenza, disabilità e accesso ai diritti. La collaborazione con le reti comunitarie dovrebbe quindi essere strutturata, trasparente e finalizzata a rafforzare l'accesso ai servizi pubblici, evitando che la presa in carico venga delegata esclusivamente a figure informali.

### **5. Limiti e punti di forza**

Il presente studio presenta alcuni limiti. L'analisi quantitativa si basa su dati secondari provenienti dal sistema gestionale del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera e riguarda quindi solo i pazienti bangladesi che hanno avuto accesso a questo servizio. I risultati non sono pertanto generalizzabili all'intera comunità bangladesa del territorio veneziano o nazionale, ma descrivono una popolazione specifica, intercettata da un presidio socio-sanitario del terzo settore.

Un ulteriore limite riguarda la natura retrospettiva e amministrativa dei dati, raccolti originariamente per finalità assistenziali e non di ricerca. Alcune variabili presentano quindi informazioni mancanti o incomplete. Anche le diagnosi ICD-10 devono essere

interpretate con cautela, poiché rappresentano le patologie registrate nel percorso di presa in carico e non la reale prevalenza delle malattie nella popolazione bangladese. Le analisi multivariate hanno inoltre carattere esplorativo e consentono di individuare associazioni, ma non relazioni causali.

La componente qualitativa presenta limiti legati al numero contenuto di interviste e al campionamento intenzionale e di convenienza. I risultati non sono quindi generalizzabili, ma permettono di approfondire vissuti, barriere e significati che difficilmente emergerebbero dai soli dati quantitativi.

Infine, la letteratura disponibile sulla popolazione bangladese in Italia resta limitata, eterogenea e non sempre centrata sulla dimensione sanitaria.

Accanto a questi limiti, lo studio presenta diversi punti di forza. Il principale è l'approccio mixed-methods, che integra revisione della letteratura, analisi quantitativa e interviste qualitative, consentendo una lettura più completa del fenomeno. L'analisi quantitativa copre inoltre un arco temporale ampio, dal 2018 al 2025, permettendo di osservare l'evoluzione dell'accesso della popolazione bangladese al Poliambulatorio.

Un ulteriore punto di forza è l'attenzione alla dimensione di genere, che consente di evidenziare differenze nei percorsi migratori, nell'accesso ai servizi, nelle condizioni di isolamento e nei ruoli familiari. Infine, il radicamento territoriale dello studio permette di collegare i bisogni di salute alle condizioni concrete di vita, lavoro, abitazione, accesso al SSN e rapporto con i servizi locali. In questo senso, il lavoro contribuisce a rendere visibile una popolazione ancora poco indagata dal punto di vista socio-sanitario e offre indicazioni utili per futuri interventi territoriali.

## **6. Conclusioni**

I risultati mostrano che la popolazione bangladese rappresenta una componente rilevante dell'utenza del Poliambulatorio EMERGENCY di Marghera. Nel periodo 2018-2025, i pazienti bangladesi costituiscono il 13,3% dei pazienti unici e il 10,8% delle prestazioni complessive. Il Bangladesh risulta inoltre la prima nazionalità registrata per numero di prestazioni. Questo dato conferma la centralità della comunità bangladese nell'attività del Poliambulatorio e rende evidente la necessità di comprendere in modo più approfondito i bisogni specifici di questa popolazione.

La triangolazione dei risultati evidenzia che la vulnerabilità socio-sanitaria della comunità bangladesese deriva da fattori multipli. Essa deriva piuttosto dall'interazione tra percorsi migratori, debito, condizioni lavorative, precarietà abitativa, status amministrativo, conoscenza della lingua italiana, reti informali, norme di genere e culturali, rapporto con i servizi e significati attribuiti alla salute. In questa prospettiva, la salute è il prodotto delle condizioni sociali, economiche, familiari e istituzionali in cui le persone vivono.

Uno dei risultati più rilevanti riguarda la distanza tra diritto formale e accesso effettivo. Sebbene una quota significativa di pazienti risulti in condizione amministrativa regolare, la mancata iscrizione o assenza di copertura ordinaria al Servizio Sanitario Nazionale rimane molto frequente. Questo dato mostra che la regolarità amministrativa non garantisce automaticamente l'accesso al sistema sanitario pubblico. Lingua, burocrazia, scarsa conoscenza dei diritti, difficoltà di orientamento e frammentazione dei servizi possono trasformare un diritto riconosciuto in un percorso difficile da utilizzare concretamente.

L'analisi qualitativa permette di comprendere i meccanismi attraverso cui tali barriere si producono nella vita quotidiana. Le persone intervistate descrivono spesso una forte dipendenza da reti informali, come connazionali, amici, familiari, datori di lavoro o intermediari comunitari, per accedere al lavoro, alla casa, ai documenti e ai servizi. Queste reti svolgono una funzione importante di supporto, soprattutto nelle prime fasi dell'arrivo, ma possono anche produrre dipendenza, ricattabilità, informazioni incomplete e limitata autonomia. Il Poliambulatorio EMERGENCY si colloca in questo spazio di intermediazione, rispondendo a bisogni clinici, ma anche a esigenze di orientamento, accompagnamento amministrativo e connessione con il sistema pubblico.

I risultati quantitativi indicano inoltre la presenza di bisogni clinici rilevanti, in particolare nell'area cardio-metabolica. Diabete mellito di tipo due e ipertensione essenziale compaiono tra le diagnosi più frequenti in entrambi i generi. L'analisi multivariata mostra che la presenza di almeno una diagnosi cardio-metabolica è associata soprattutto all'età adulta e avanzata, ma anche alla conoscenza nulla o scarsa della lingua italiana. Questo dato, letto insieme ai risultati qualitativi e alla letteratura,

suggerisce che le barriere linguistiche possano incidere sulla prevenzione, sull'accesso precoce ai servizi, sulla comprensione delle indicazioni sanitarie e sulla continuità della presa in carico.

La prevenzione emerge come una delle aree più critiche. Dalle interviste risulta che la salute viene spesso riconosciuta solo in presenza di sintomi evidenti o quando la malattia compromette la capacità di lavorare, sostenere la famiglia e adempiere agli obblighi economici. In particolare, per molti uomini, “stare bene” significa poter lavorare, inviare denaro, mantenere la famiglia e avere documenti in regola. Questa concezione della salute è strettamente legata alle condizioni migratorie e lavorative: debito, precarietà, responsabilità familiari e necessità di reddito possono rendere secondaria la prevenzione.

La dimensione di genere rappresenta un asse centrale dello studio. I dati quantitativi mostrano una popolazione prevalentemente maschile, coerente con un modello migratorio storicamente fondato sulla migrazione economica degli uomini. Le donne risultano più spesso arrivate tramite ricongiungimento familiare e presentano una conoscenza dell'italiano più frequentemente nulla rispetto agli uomini. Le interviste mostrano come tale condizione si traduca spesso in isolamento domestico, dipendenza dal marito per documenti e accesso ai servizi, difficoltà a frequentare corsi di lingua e limitata autonomia nella relazione con il medico, il pediatra o gli uffici amministrativi.

Allo stesso tempo, lo studio mette in luce che le donne svolgono un ruolo centrale nella cura familiare, nella gestione dell'alimentazione, nella salute dei figli, nella trasmissione linguistica e culturale e nel rapporto con scuola e servizi. Inoltre, dalle interviste emerge un desiderio crescente di autonomia, studio, lavoro e partecipazione sociale, soprattutto tra le donne più giovani e istruite. Investire sulla salute, sulla lingua e sull'autonomia delle donne significa quindi rafforzare il benessere dell'intero nucleo familiare e favorire processi di inclusione più stabili.

L'abitare e il lavoro emergono come determinanti sociali decisivi. Le condizioni abitative sovraffollate, la coabitazione forzata e la difficoltà di sostenere i costi dell'affitto incidono sulla qualità della vita, sul riposo, sulla salute mentale, sulla gestione della cura e sui rapporti familiari. Il lavoro, soprattutto in contesti

caratterizzati da subappalto, bassa retribuzione, ritmi intensi e ricattabilità, condiziona la possibilità di prevenzione, il tempo disponibile per le visite, l'alimentazione e la continuità terapeutica. In questo quadro, salute, casa, lavoro e status amministrativo risultano dimensioni strettamente intrecciate.

Le implicazioni operative dello studio riguardano soprattutto la necessità di rafforzare l'accessibilità dei servizi. La mediazione linguistico-culturale deve essere considerata una componente strutturale dei percorsi di cura. Essa è necessaria per rendere comprensibili diagnosi, procedure, diritti, indicazioni terapeutiche e percorsi amministrativi. Allo stesso modo, i servizi devono sviluppare competenze transculturali e strumenti capaci di ridurre il rischio di incomprensioni cliniche, frammentazione degli interventi e presa in carico discontinua.

I risultati indicano inoltre la necessità di interventi di prevenzione culturalmente adattati. Alimentazione, diabete, ipertensione, salute cardiovascolare, attività fisica, salute sessuale e riproduttiva e screening devono essere affrontati tenendo conto delle condizioni materiali e simboliche della vita quotidiana: il ruolo del riso nella dieta, il significato culturale del cibo, gli orari di lavoro, il reddito, la casa, le responsabilità familiari e la mediazione delle donne nella cura. Interventi generici o non contestualizzati rischiano di essere poco efficaci; al contrario, percorsi costruiti con mediatori, operatori sanitari e membri della comunità possono favorire maggiore adesione e continuità.

Lo studio sottolinea infine l'importanza di costruire una rete stabile tra servizi pubblici, terzo settore e comunità. Il Poliambulatorio EMERGENCY svolge una funzione cruciale di prossimità, intercettazione del bisogno, orientamento e accompagnamento. Tuttavia, i bisogni rilevati non possono essere affrontati da un singolo presidio. È necessario rafforzare il collegamento tra Azienda ULSS, Comune, medici di medicina generale, pediatri, consultori, servizi sociali, scuole, mediatori linguistico-culturali, associazioni bangladesi e realtà del terzo settore. Solo una rete integrata può trasformare l'accesso episodico in continuità assistenziale e l'intercettazione del bisogno in effettiva esigibilità del diritto alla salute.

La comunità bangladese nel territorio veneziano appare come una popolazione radicata, numericamente rilevante e socialmente articolata, ma attraversata da vulnerabilità profonde e diseguali. Queste vulnerabilità sono riconducibili all'intreccio tra migrazione, lavoro, abitare, genere, lingua, status amministrativo e organizzazione dei servizi. La promozione della salute richiede quindi un approccio integrato, capace di agire sui determinanti sociali, rafforzare la mediazione, sostenere l'autonomia delle donne, migliorare l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, promuovere prevenzione culturalmente sensibile e costruire percorsi di presa in carico continuativi.

In questa prospettiva, il contributo dell'infermieristica avanzata territoriale risulta centrale. L'Infermiere di Famiglia e Comunità può rappresentare una figura strategica per trasformare l'accesso occasionale ai servizi in un percorso assistenziale più stabile, culturalmente competente e integrato con la rete territoriale. La presa in carico della popolazione bangladese riguarda anche la valorizzazione di competenze avanzate capaci di collegare clinica, comunità, prevenzione e diritti.

Il contributo principale di questo studio consiste nell'aver reso visibile tale complessità attraverso l'integrazione di dati quantitativi, evidenze qualitative e revisione della letteratura. Questa prospettiva consente di superare letture frammentarie o emergenziali e di orientare interventi più equi, accessibili e culturalmente competenti. In questo senso, il caso della comunità bangladese a Marghera rappresenta un osservatorio privilegiato sulle sfide più ampie dell'equità sanitaria, dell'inclusione sociale e del diritto alla salute nelle popolazioni migranti.

## 7. Bibliografia e sitografia

1. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La comunità bangladese in Italia: rapporto annuale 2025 [Internet]. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Sviluppo Lavoro Italia; 2025 [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/la-comunita-bangladese-in-italia-2025>
2. Bastasin A, Penzo B, Stinà E, Morello D, Tonioli V. Bangladesh... una, tante comunità da conoscere: report. Analisi e proposte di intervento: tavolo di lavoro Bangladesh. Venezia: Comune di Venezia, Area Coesione Sociale; 2024.
3. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La presenza dei migranti nella Città Metropolitana di Venezia. Rapporto 2020. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; 2020.
4. Rabby AA, Sacchetto D. Bangladeshi workers on the edge of the labour regime in Italian Fincantieri shipyards. *J Ind Relat.* 2025;67(1):80–100. doi:10.1177/00221856251318421
5. Consiglio Regionale del Veneto. Sfruttamento del lavoro e caporalato in Veneto: risultanze del percorso conoscitivo della Quarta Commissione consiliare [Internet]. Venezia: Consiglio Regionale del Veneto; 2025 mar [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.consiglioveneto.it/documents/34871/1fd33ee6-ebcd-39a5-3ffc-24883d04fad1>
6. Shkopi E. “Noi ci siamo integrati e voi?” L’impegno sociale della collettività bangladese a Venezia. L’esperienza e l’attivismo della “Venice Bangla School”. In: Partecipo quindi dono. CSVnet; Centro Studi Medi; 2023. p. 146–55.
7. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
9. Hill-Briggs F, Fitzpatrick SL. Overview of social determinants of health in the development of diabetes. *Diabetes Care.* 2023;46(9):1590–8. doi:10.2337/dci23-0001
10. Pantoja-Ruiz C, Akinyemi R, Lucumi-Cuesta DI, Youkee D, Emmett E, Soley-Bori M, et al. Socioeconomic status and stroke: a review of the latest evidence on inequalities and their drivers. *Stroke.* 2025;56(3):794–805. doi:10.1161/STROKEAHA.124.049474
11. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2015;36(1):375–92. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182419
12. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1039. doi:10.1186/s12889-020-08749-8
13. World Health Organization, Regional Office for Europe. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region: technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
14. Luzi AM, Pasqualino GM, Pugliese L, Schwarz M, Suligoi B, curatori. L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. 2a ed. Roma: Istituto Superiore di Sanità; Ministero della Salute; 2015.

15. Marro G, Splendi E, Russo G, Scher A, Longo E, Giacomino D, et al. Navigating barriers and building solutions: a mixed-methods study on sexual and reproductive healthcare for migrant women in Milan. *Prim Health Care Res Dev.* 2026;27:e29. doi:10.1017/S1463423626100954
16. Vyas MV, Redditt V, Mohamed S, Abraha M, Sheth J, Shah BR, et al. Determinants, prevention, and incidence of cardiovascular disease among immigrant and refugee populations. *Can J Cardiol.* 2024;40(6):1077–87. doi:10.1016/j.cjca.2024.02.011
17. Acquadro-Pacera G, Valente M, Facci G, Molla Kiros B, Della Corte F, Barone-Adesi F, et al. Exploring differences in the utilization of the emergency department between migrant and non-migrant populations: a systematic review. *BMC Public Health.* 2024;24(1):963. doi:10.1186/s12889-024-18472-3
18. Pattillo M, Stieglitz S, Angoumis K, Gottlieb N. Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review. *Int J Equity Health.* 2023;22(1):201. doi:10.1186/s12939-023-02014-1
19. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
20. Trentin M, Rubini E, Bahattab A, Loddo M, Della Corte F, Ragazzoni L, et al. Vulnerability of migrant women during disasters: a scoping review of the literature. *Int J Equity Health.* 2023;22(1):135. doi:10.1186/s12939-023-01951-1
21. Pérez-Sánchez M, Immordino P, Romano G, Giordano A, García-Gil C, Morales F. Access of migrant women to sexual and reproductive health services: a systematic review. *Midwifery.* 2024;139:104167. doi:10.1016/j.midw.2024.104167
22. De Marchi C, Di Lullo F, Ferrari C, Pettinicchio V, Sinopoli A, Lombardo P, et al. Interventions to improve cancer screening adherence in migrants and ethnic minorities in the European Region: a systematic review. *J Cancer Policy.* 2026;47:100677. doi:10.1016/j.jcpo.2025.100677
23. Jain A, Levy D. Conflicting cultural perspectives: meanings and experiences of postnatal depression among women in Indian communities. *Health Care Women Int.* 2013;34(11):966–79. doi:10.1080/07399332.2013.807258
24. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
25. Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, Baatout S, Verrept H. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):513. doi:10.1186/s12913-019-4353-1
26. Anzini A, Caggianelli G, Tomasin RP, Segala A, Giangrazi S, Paccagnella C, et al. Transcultural challenges in the nurse-migrant patient caring relationship: a phenomenological study. *Appl Nurs Res.* 2025;83:151954. doi:10.1016/j.apnr.2025.151954
27. Costituzione della Repubblica Italiana. Articolo 32.
28. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero [Internet]. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 191, 18 agosto 1998, Suppl. Ordinario n. 139* [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1998/08/18/098G0348/sg>
29. Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero [Internet]. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 258, 3 novembre 1999, Suppl. Ordinario n. 190* [consultato

- 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/11/03/099G0265/sg>
30. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Accordo 20 dicembre 2012. Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome [Internet]. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 32, 7 febbraio 2013 [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00918/sg>
31. Regione del Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale n. 753 del 04 giugno 2019. Linee guida in materia di assistenza sanitaria ai cittadini appartenenti all'Unione Europea e ai cittadini extracomunitari [Internet]. Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 64, 14 giugno 2019 [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=395922>
32. Regione del Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1084 del 26 luglio 2011. Disposizioni in merito all'assistenza sanitaria a cittadini comunitari dimoranti in Italia e privi di copertura sanitaria. Istituzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto) [Internet]. Venezia: Regione del Veneto; 2011 [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://salute.regione.veneto.it/normative/deliberazione-della-giunta-regionale-n-1084-del-26-luglio-2011>
33. Azienda ULSS 3 Serenissima. Guida alla salute per i cittadini non comunitari [Internet]. Venezia: Azienda ULSS 3 Serenissima; 2023 [aggiornato 2024 dic 9; consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.aulss3.veneto.it/home/azienda/sociale/guida-alla-salute-per-i-cittadini-non-comunitari>
34. EMERGENCY ONG ETS. Carta dei servizi: Poliambulatorio di Marghera. Programma Italia [Internet]. Milano: EMERGENCY; 2022 gen [consultato 2026 mag 15]. Disponibile su: <https://www.emergency.it/wp-content/uploads/2017/05/EMERGENCY-Ambulatorio-di-Marghera-Carta-dei-servizi.pdf>
35. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
36. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JB I Evid Synth*. 2020;18(10):2119–26. doi:10.11124/JBIES-20-00167
37. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73. doi:10.7326/M18-0850
38. Montanari A. Invisible youth mobility: the Bangladesh population in Rome. *Belgeo*. 2018;(3). doi:10.4000/belgeo.23322
39. Piombo L, Nicoletta G, Barbarossa G, Tubili C, Pandolfo MM, Castaldo M, et al. Outcomes of culturally tailored dietary intervention in the North African and Bangladeshi diabetic patients in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8932. doi:10.3390/ijerph17238932
40. Marchesini S. Il diabete nella comunità bengalese di Monfalcone e il ruolo degli stili di vita [tesi di laurea]. Padova: Università degli Studi di Padova; 2022–2023.
41. Martini M. La condizione di doppia vulnerabilità degli stranieri con disabilità: una ricerca sulla disabilità nella vita delle famiglie bangladesi a Venezia [tesi di laurea magistrale]. Venezia: Università Ca' Foscari Venezia; 2018–2019.
42. Mammana L, Gherardi G, Quargnolo M, Da Mosto D, Bodini C, Fantini MP. Modelli organizzativi e criticità dei percorsi assistenziali per richiedenti e titolari di protezione internazionale: la risposta dell'Emilia-Romagna ai recenti fenomeni

- migratori. *Epidemiol Prev.* 2020;44(5-6 Suppl 1):107–14. doi:10.19191/EP20.5-6.S1.P107.080
43. Knights M. Bangladeshi immigrants in Italy: from geopolitics to micropolitics. *Trans Inst Br Geogr.* 1996;21(1):105–23. doi:10.2307/622928
44. Knights M, King R. The geography of Bangladeshi migration to Rome. *Int J Popul Geogr.* 1998;4(4):299–321. doi:10.1002/(SICI)1099-1220(199812)4:4<299::AID-IJPG106>3.0.CO;2-J
45. Fontefrancesco MF, Mendonce S. Migrant entrepreneurship and social integration: a case-study analysis among Bangladeshi vendors in Rome. *Societies.* 2022;12(5):139. doi:10.3390/soc12050139
46. King R, Della Puppa F. Times of work and social life: Bangladeshi migrants in Northeast Italy and London. *Int Migr Rev.* 2021;55(2):402–30. doi:10.1177/0197918320927012
47. Della Puppa F, King R. The new ‘twice migrants’: motivations, experiences and disillusionments of Italian-Bangladeshis relocating to London. *J Ethn Migr Stud.* 2019;45(11):1936–52. doi:10.1080/1369183X.2018.1438251
48. Morad M, Sacchetto D. For the future of the children? The onward migration of Italian Bangladeshis in Europe. *Int Migr.* 2021;59(6):142–55. doi:10.1111/imig.12765
49. Mantovan C. Bangladeshi immigrants’ self-organization and associationism in Venice (Italy). *Migr Lett.* 2021;18(1):109–20. doi:10.33182/ml.v18i1.1063
50. Ferro G. The linguistic heritage of the Bangladeshi ‘new communities’ of Venice (Italy): between Italian and Bangla and beyond. *Annali di Ca’ Foscari. Serie orientale.* 2025;61:275–298. doi:10.30687/AnnOr/2385-3042/2025/01/008
51. Goglia F. Italian-Bangladeshis in London: onward migration and its effects on their linguistic repertoire. *Languages.* 2021;6(3):121. doi:10.3390/languages6030121
52. Dovigo F. Beyond the vulnerability paradigm: fostering inter-professional and multi-agency cooperation in refugee education in Italy. *Int J Incl Educ.* 2021;25(2):166–81. doi:10.1080/13603116.2019.1707301

## **8. Ringraziamenti**

Grazie ad Alessandro, per esserci sempre stato, una guida puntuale e precisa, dall'Ucraina, all'Afghanistan, fino a Gaza. Un punto di riferimento.

Grazie ad Hasna, per aver dato vita all'idea di questo progetto.

Un ringraziamento speciale a Cedric, compagno di viaggio con cui ho condiviso la revisione della letteratura e la ricerca qualitativa, e a Silvia, il cui contributo è stato oltremodo fondamentale per l'analisi qualitativa.

Grazie a Marta, per il supporto e la calorosa accoglienza presso il Poliambulatorio, e a Mirella, per l'affiancamento e la guida costante e professionale.

Grazie a Sauro, per aver condiviso preziosi aneddoti su Gino, custodendone la memoria.

Grazie Emanuele per i puntualissimi spunti.

Grazie a Maria Pia per il supporto e le indicazioni che hanno orientato il lavoro.

Grazie alla mia famiglia, per essermi stata vicino in ogni momento: grazie a Cecilia, Aldo, Lorella, Fernando e Alina per avermi sempre messo nelle condizioni di potere intraprendere e portare avanti questo percorso.

Grazie a Emergency che, nonostante tutto, ci permette di sognare un mondo più giusto.