

Enrica Caruso, Lucia Siracusa, Nadia Abbes,  
Alberto Moncada, Antonio Callea, Tullio Prestileo. Salvatore Corrao<sup>1</sup>

*Equità sanitaria e giustizia sociale:  
il modello dello Sportello Sociale per un Ospedale senza barriere*

## Introduzione

In un'epoca caratterizzata da crescenti disuguaglianze socio-sanitarie e da flussi migratori sempre più complessi, il diritto alla salute si configura come una delle sfide più urgenti per le società contemporanee. L'accesso ai servizi sanitari, sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana, non può essere garantito solo attraverso un'uguaglianza formale, ma richiede un approccio basato sull'equità e sulla giustizia sociale, che tenga conto delle diverse condizioni di partenza degli individui (Marmot, 2015). In questo contesto, lo Sportello Sociale per i Diritti Umani, nato presso l'Unità Operativa Dipartimentale di Patologie Infettive e il Centro Assistenza Stranieri "Lucia Pepe" dell'Ospedale Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, rappresenta un modello innovativo di accoglienza integrata, capace di rispondere alle esigenze multidimensionali delle popolazioni vulnerabili, in particolare dei migranti.

Lo sportello non si limita a erogare servizi sanitari, ma si configura come un punto di riferimento olistico, che promuove l'accesso ai diritti fondamentali attraverso un approccio integrato. Un elemento distintivo del modello è rappresentato dall'impiego della mediazione linguistico-culturale, che garantisce una comunicazione efficace e inclusiva, abbattendo le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi (Angelelli, 2004). Questo approccio, in linea con le teorie di Marmot (2005; 2015) sui determinanti sociali della salute, evidenzia come la riduzione delle disuguaglianze richieda un intervento su molteplici livelli: sanitario, sociale e relazionale.

L'obiettivo di questo contributo è esplorare come lo Sportello Sociale per i Diritti Umani possa ispirare un modello di ospedale senza barriere, fondato sui principi di equità, giustizia sociale e approccio centrato sulla persona. Attraverso un'analisi critica delle esperienze dei beneficiari, verranno esplorate le sinergie istituzionali che rendono possibile la co-progettazione di percorsi personalizzati, e si discuteranno le principali criticità riscontrate, quali la carenza di risorse e le rigidità burocratiche.

## 1. Uguaglianza ed equità: il ruolo dello Sportello Sociale per il Diritti Umani

Il concetto di uguaglianza nel contesto sanitario si riferisce alla garanzia che tutti gli individui, indipendentemente dalla loro condizione socio-economica, culturale o migratoria, abbiano accesso ai servizi sanitari. Tuttavia, come sottolineato da Amartya Sen (1992) nel suo lavoro *Inequality Reexamined*, l'uguaglianza formale non è sufficiente in contesti caratterizzati da profonde disuguaglianze strutturali.

---

<sup>1</sup> **Enrica Caruso** ha scritto introduzione, conclusione e il paragrafo 1 – Università degli Studi di Palermo

**Lucia Siracusa** ha collaborato alla revisione del testo ed all'attività clinico-assistenziale – Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, UOSD Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili Palermo

**Nadia Abbes** ha collaborato alla raccolta dati – Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, Centro Assistenza Stranieri "Lucia Pepe" Palermo

**Alberto Moncada** ha scritto il paragrafo 2 – Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, Centro Assistenza Stranieri "Lucia Pepe" Palermo

**Antonio Callea** ha scritto il paragrafo 3 – Università degli Studi di Palermo

**Tullio Prestileo** ha collaborato alla revisione del testo ed all'attività clinico-assistenziale – Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, UOSD Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili Palermo

**Salvatore Corrao** ha collaborato alla revisione del testo – Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina, Dipartimento di Medicina Clinica Palermo

Sen introduce il concetto di "capacità" (*capability approach*), secondo cui l'equità deve essere valutata in termini di opportunità reali che gli individui hanno di condurre una vita dignitosa, tenendo conto delle loro condizioni di partenza. Questo approccio è particolarmente rilevante nel contesto sanitario, dove le disuguaglianze di accesso possono tradursi in disparità significative negli esiti di salute (Sen, 1999).

Inoltre, Margaret Whitehead (1992), nel suo lavoro *The Concepts and Principles of Equity and Health*, definisce l'equità in salute come l'assenza di differenze sistematiche e potenzialmente evitabili nella salute tra gruppi sociali. Whitehead sottolinea che l'equità richiede non solo l'accesso ai servizi, ma anche la rimozione delle barriere strutturali che impediscono a determinati gruppi di beneficiare pienamente delle cure. Questo concetto è stato ulteriormente sviluppato da Paula Braveman e Sofia Gruskin (2003) nel loro articolo *Defining Equity in Health*, dove evidenziano come l'equità sanitaria debba essere intesa come un processo che mira a ridurre le disuguaglianze ingiuste e modificabili, attraverso politiche e interventi mirati.

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani incarna questo principio di equità attraverso un'offerta di servizi che va oltre la semplice erogazione di cure mediche. Lo sportello, infatti, facilita e supporta l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il rilascio di codici STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europei Non Iscritti), garantendo che anche i migranti privi di documenti regolari possano accedere alle cure. Questo approccio equo riconosce che le persone partono da condizioni diverse e hanno bisogno di supporti specifici per raggiungere un livello di benessere accettabile.

Un esempio concreto di questo impegno è rappresentato dal lavoro svolto dallo Sportello Sociale in collaborazione con organizzazioni come Médecins Sans Frontières (MSF), che da anni operano per garantire l'accesso alle cure sanitarie ai migranti e ai rifugiati in condizioni di vulnerabilità. MSF, nel suo rapporto *Access to Healthcare for Migrants in Europe* (2020), ha evidenziato come i migranti irregolari spesso affrontino barriere significative nell'accesso ai servizi sanitari, tra cui la mancanza di informazioni, la paura di essere denunciati e la complessità burocratica. Lo Sportello Sociale, attraverso il suo lavoro di assistenza e orientamento, contribuisce a superare queste barriere, garantendo che i diritti fondamentali alla salute siano rispettati.

Un altro esempio di equità è rappresentato dalla mediazione linguistico-culturale, che permette di superare le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi sanitari. Come evidenziato da Claudia Angelelli (2004) nel suo libro *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*, la mediazione non si limita a tradurre le informazioni, ma svolge un ruolo cruciale nel facilitare la comprensione reciproca tra migranti e operatori sanitari, contribuendo a creare un clima di fiducia e a migliorare l'efficacia delle cure. Questo approccio è stato ulteriormente confermato da studi più recenti, come quello di Maria Teresa Costa e colleghi (2018) pubblicato sulla rivista *BMC Health Services Research*, che ha dimostrato come la presenza di mediatori culturali nei contesti sanitari riduca significativamente le disuguaglianze nell'accesso alle cure e migliori la qualità dell'assistenza sanitaria per i pazienti migranti.

Inoltre, lo Sportello Sociale promuove l'equità attraverso iniziative di sensibilizzazione e formazione rivolte agli operatori sanitari, al fine di aumentare la consapevolezza sulle specifiche esigenze dei pazienti migranti. Questo approccio è in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che nel suo rapporto *Health Equity: A Framework for Changing Health Systems* (2014) sottolinea l'importanza di adottare strategie inclusive e culturalmente competenti per ridurre le disuguaglianze sanitarie.

Infine, è importante sottolineare come lo Sportello Sociale operi in sinergia con altre istituzioni e organizzazioni non governative per garantire un approccio integrato alla promozione dell'equità sanitaria. Ad esempio, collabora con il Servizio Sanitario Regionale e con associazioni come Medici senza Frontiere, Centro Diaconale Valdese, Arci Porco Rosso e InterSOS che da anni lavorano per garantire l'accesso ai servizi sanitari ai gruppi più vulnerabili. Questa rete di collaborazione è fondamentale per affrontare le sfide complesse poste dalle disuguaglianze sanitarie e per garantire che nessuno sia lasciato indietro.

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani rappresenta un esempio concreto di come i principi di uguaglianza ed equità possano essere tradotti in azioni concrete per garantire il diritto alla salute per tutti, indipendentemente dalla condizione sociale o migratoria. Attraverso un approccio olistico che combina assistenza pratica, mediazione culturale e sensibilizzazione, lo Sportello contribuisce a ridurre le disuguaglianze sanitarie e a promuovere un sistema sanitario più giusto e inclusivo.

## 1.2 Giustizia sociale: lo Sportello come motore di trasformazione

Il concetto di giustizia sociale, sviluppato da John Rawls (1971) nel suo lavoro *A Theory of Justice*, si riferisce alla redistribuzione delle risorse e delle opportunità a favore delle popolazioni più vulnerabili. Rawls introduce il principio di "differenza", secondo cui le disuguaglianze sociali ed economiche sono giustificabili solo se producono benefici per i meno avvantaggiati. Questo principio è particolarmente rilevante nel contesto sanitario, dove le disuguaglianze di accesso possono avere conseguenze drammatiche sulla salute delle popolazioni più vulnerabili. Rawls sostiene che una società giusta deve garantire a tutti i cittadini un "minimo sociale" che includa l'accesso ai servizi essenziali, come la sanità, l'istruzione e la sicurezza sociale.

Nel contesto dello Sportello Sociale, questo principio si traduce in un'azione concreta volta a ridurre le disuguaglianze socio-sanitarie e a promuovere l'inclusione sociale. Lo sportello non si limita a fornire servizi, ma agisce come strumento di giustizia sociale, redistribuendo risorse e opportunità a favore delle popolazioni più vulnerabili. Questo approccio, basato sulla collaborazione tra attori pubblici e privati, offre una risposta concreta alle sfide dell'accoglienza e dell'inclusione, contribuendo a costruire comunità più inclusive e resilienti.

Un esempio di giustizia sociale in azione è rappresentato dai percorsi personalizzati offerti dallo sportello, che tengono conto delle specifiche esigenze dei beneficiari e promuovono processi di partecipazione attiva. Questo approccio, basato sulla costruzione di relazioni di fiducia e sul riconoscimento delle competenze individuali, rappresenta un elemento cruciale per promuovere l'inclusione sociale e sanitaria. Ad esempio, lo Sportello Sociale collabora con organizzazioni come il Centro Astalli e la Clinica Legale di UNIPA per garantire che i migranti e i rifugiati possano accedere non solo alle cure mediche, ma anche a servizi di orientamento legale, supporto psicologico e formazione professionale. Questi percorsi integrati sono essenziali per affrontare le disuguaglianze strutturali e promuovere l'empowerment delle persone più vulnerabili.

Inoltre, lo Sportello Sociale adotta un approccio di giustizia riparativa, che mira a riparare le ingiustizie subite dalle popolazioni marginalizzate attraverso azioni concrete e mirate. Questo approccio è in linea con il lavoro di Martha Nussbaum (2011) nel suo libro *Creating Capabilities: The Human Development Approach*, dove l'autrice sostiene che la giustizia sociale deve concentrarsi sulla creazione di capacità e opportunità per tutti, specialmente per coloro che sono stati esclusi dai processi di sviluppo. Nussbaum, insieme a Sen, sottolinea l'importanza di garantire che ogni individuo abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa, indipendentemente dalle proprie condizioni di partenza.

Un altro esempio di giustizia sociale in azione è rappresentato dai programmi di mediazione culturale e educazione sanitaria promossi dallo Sportello Sociale. Questi programmi non solo facilitano l'accesso ai servizi sanitari, ma promuovono anche la consapevolezza dei diritti e delle opportunità disponibili. Come evidenziato da Fassin (2001) nel suo lavoro *The Biopolitics of Otherness*, l'inclusione sociale passa attraverso il riconoscimento delle diversità culturali e la creazione di spazi di dialogo e comprensione reciproca. Lo Sportello Sociale, attraverso la mediazione culturale, contribuisce a ridurre le barriere linguistiche e culturali, favorendo l'integrazione dei migranti e dei rifugiati nella società.

Infine, lo Sportello Sociale collabora con istituzioni locali e internazionali per promuovere politiche pubbliche inclusive. Ad esempio, lavora a stretto contatto con l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e il Centro Europeo per il Controllo e la Prevenzione delle malattie (e-CDC) per garantire che le politiche sanitarie e sociali siano allineate ai principi di giustizia sociale e diritti umani. Questo impegno è in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) delle Nazioni Unite, in particolare l'Obiettivo 3 (Salute e

Benessere) e l'Obiettivo 10 (Ridurre le disuguaglianze), che mirano a garantire un accesso equo ai servizi sanitari e a promuovere l'inclusione sociale.

### **1.3 Per un ospedale senza barriere**

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani rappresenta un modello innovativo che può ispirare la trasformazione dell'intero sistema sanitario in un ospedale senza barriere, fondato sui principi di equità, giustizia sociale e approccio centrato sulla persona. Attraverso un'analisi delle esperienze dei beneficiari, è possibile evidenziare come i principi e le pratiche dello sportello possano essere estesi a tutto l'ospedale, creando un'istituzione che sia realmente accessibile a tutti. Questo modello non solo migliora l'accesso ai servizi sanitari, ma attiva anche processi di trasformazione sociale, contribuendo a costruire un sistema sanitario più giusto e inclusivo.

Un esempio concreto è rappresentato dalla mediazione culturale, che potrebbe essere estesa a tutti i reparti dell'ospedale, garantendo che ogni paziente, indipendentemente dalla sua provenienza culturale o linguistica, possa accedere ai servizi sanitari in modo efficace e dignitoso. La mediazione culturale, come evidenziato da Claudia Angelelli (2004), non si limita a tradurre le informazioni, ma svolge un ruolo cruciale nel facilitare la comprensione reciproca tra pazienti e operatori sanitari, creando un clima di fiducia e migliorando l'efficacia delle cure. Questo approccio è particolarmente rilevante per i migranti e i rifugiati, che spesso affrontano barriere linguistiche e culturali nell'accesso ai servizi sanitari. Estendere la mediazione culturale a tutto l'ospedale significherebbe garantire che nessuno sia escluso dalle cure a causa di differenze linguistiche o culturali.

Allo stesso modo, l'approccio centrato sulla persona potrebbe diventare un pilastro fondamentale della pratica clinica, promuovendo un sistema sanitario più umano e inclusivo. Questo approccio, che tiene conto delle specifiche esigenze e condizioni di vita dei pazienti, è in linea con la teoria della gerarchia dei bisogni di Abraham Maslow (1943). Secondo Maslow, i bisogni umani sono organizzati in una struttura gerarchica, che parte da quelli di natura fisiologica (come alimentazione, idratazione e riparo) per giungere, progressivamente, a quelli di autorealizzazione. Maslow postula che i bisogni di ordine inferiore debbano essere soddisfatti affinché un individuo possa dedicarsi a quelli di ordine superiore, quali la salute, la sicurezza e l'appartenenza sociale.

Nel contesto delle popolazioni vulnerabili, come i migranti, questa gerarchia assume particolare rilevanza. Molti di questi individui si trovano in condizioni in cui i bisogni primari non sono garantiti, rendendo difficile, se non impossibile, concentrarsi sulla cura della propria salute o sull'accesso ai servizi sanitari. Lo Sportello Sociale, consapevole di questa dinamica, non si limita a erogare prestazioni sanitarie, ma opera anche come facilitatore per il soddisfacimento dei bisogni di base. Attraverso la mediazione culturale e il supporto nell'accesso ai servizi sociali, lo sportello contribuisce a creare le condizioni necessarie affinché i migranti possano dedicarsi al proprio benessere fisico e psicologico.

Inoltre, l'approccio olistico adottato dallo sportello, che include supporto psicologico, assistenza legale e mediazione culturale, risponde anche ai bisogni di livello superiore della gerarchia maslowiana, quali l'appartenenza, la stima e l'autorealizzazione. Questo modello non solo favorisce un accesso più equo ai servizi sanitari, ma promuove anche un senso di dignità e inclusione, elementi fondamentali per il benessere complessivo degli individui (Maslow, 1954). In tal modo, lo sportello si configura come un'istituzione capace di agire su più livelli, contribuendo sia al soddisfacimento dei bisogni immediati sia alla promozione di una condizione di vita più stabile e dignitosa.

L'estensione di questo modello a tutto l'ospedale potrebbe trasformare l'istituzione sanitaria in un vero e proprio ospedale senza barriere, fondato sui principi di inclusione e giustizia sociale. Un ospedale senza barriere non sarebbe solo un luogo di cura, ma un'istituzione che riconosce e valorizza le diversità, promuove l'equità e garantisce che tutti, indipendentemente dalla loro condizione socio-economica, culturale o migratoria, possano accedere ai servizi sanitari in modo dignitoso ed efficace. Questo approccio richiede una collaborazione tra attori pubblici e privati, nonché un impegno costante nella formazione degli operatori sanitari e nella sensibilizzazione della comunità.

In conclusione, lo Sportello Sociale per i Diritti Umani rappresenta un modello innovativo per promuovere uguaglianza, equità e giustizia sociale in un contesto urbano complesso. Questo modello, basato su un approccio centrato sulla persona e sulla mediazione culturale, può essere esteso a tutto l'ospedale, trasformandolo in un'istituzione senza barriere, fondata sui principi di inclusione e giustizia sociale. Attraverso un'analisi critica delle esperienze dei beneficiari, questo contributo ha mostrato come lo sportello non solo migliori l'accesso ai servizi, ma attivi processi di trasformazione sociale, contribuendo a costruire un sistema sanitario più giusto e inclusivo.

## 2. Il Ruolo Centrale del Mediatore Linguistico-Culturale

Come esposto nella prima parte di questo articolo, lo Sportello Sociale per i Diritti Umani mira a garantire l'equità nell'accesso alla salute delle popolazioni vulnerabili e straniere; il setting multidisciplinare costituito da un mediatore culturale esperto in ambito sociosanitario, un assistente sociale dell'area giustizia e una sociolinguista esperta dell'area sanitaria, cui si associa di volta in volta un mediatore culturale secondo l'esigenza linguistica dell'utente, permette di gestire il disagio portato dalla persona, spesso complesso e articolato, sotto diversi ambiti di intervento. L'utilizzo del mediatore linguistico-culturale consente l'abbattimento della barriera linguistica e un più efficace coinvolgimento dell'utente all'interno della progettualità: l'utente è il protagonista, e la restituzione della propria centralità e capacità di autodeterminazione (Rogers, 2013) è un *atto* che accompagna ogni intervento.

La funzione del mediatore linguistico-culturale non si limita però a rendere accessibili i contenuti all'utente e all'operatore, non si tratta soltanto di tradurre, ma di dischiudere possibilità: allo svilupparsi della comunicazione, dunque della relazione con l'altro, il supporto della mediazione aiuta a evitare o risolvere eventuali incidenti critici (Bennett, 2013) e a rinotificare, in forza dell'ascolto di un narrato espresso nella prima lingua (L1) dell'utente, quella posizione soggettiva non soltanto non giudicante, ma etnorelativa (*ibidem*), richiesta nel lavoro con persone straniere o migranti. Il *tra-durre* del mediatore agisce una funzione di decodifica e restituzione del testo (Eco, 2003) in maniera saliente e permette, simultaneamente, ad un tempo, di condurre (Treccani) e soprattutto di mantenere all'interno di un percorso di circolarità ermeneutica (Grotta *et al.*, 2014) gli attori impegnati nella comunicazione, favorendone la comprensione reciproca attraverso un processo dinamico e bidirezionale di interpretazione-reinterpretazione e, in un secondo tempo, di sospendere in una certa misura l'atteggiamento non giudicante, non già per *sovraparlare* l'altro, ma per non indugiare in una presa di posizione etica, onesta e dovuta nei suoi riguardi. (Vinci, 2024)

Detta circolarità mette in moto un ulteriore movimento benefico. Non di rado accade che la persona che accede ai servizi venga sostanzialmente privata della propria agentività (Bandura, 1997) passando dall'essere soggetto agente a oggetto passivo delle decisioni di operatore. Valga da esempio il non fornire chiare informazioni mediche o fornirne di parziali e, naturalmente, in una lingua non comprensibile dall'utente (nondimeno l'esempio vale per altri contesti come i servizi sociali, comunali etc). L'utente destituito della propria parola e depauperato della propria capacità di agire è perciò estraniato, escluso da qualcosa che lo riguarda direttamente, conducendo, proprio come osservato da Betancourt a «insoddisfazione del paziente, scarsa comprensione e aderenza, e cure di bassa qualità» (Betancourt *et al.*, 2002, pag. 5), (traduzione nostra). Di contro, così come rilevato all'interno del lavoro dello sportello, il coinvolgimento attivo dell'utente non ristabilisce soltanto la sua centralità formale, ma fattuale. L'utilizzo del mediatore permette sì un lavoro accurato sul piano linguistico: l'utente ci interroga, condivide dubbi e chiede chiarimenti, ma consente altresì di restituire quel potere di azione sulla propria vita di cui era stato deprivato, generando come risultato una persona informata, responsabilizzata e massimamente compliant.

Non è tutto: il superamento dell'ostacolo linguistico all'interno del setting assistenziale dello sportello, continua anche nell'ambito clinico dell'ospedale, in reparto come in ambulatorio. Il lavoro del mediatore non si esaurisce a decodifica di significanti. La condizione di malattia porta con sé un cascame di elementi culturalmente determinati e non sempre pronti ad essere interpretati in maniera corretta, neppure da operatori che condividono lo stesso background culturale del paziente; basti

pensare all'esperienza limite del ricevere una diagnosi oncologica o psichiatrica, della prospettiva di una chirurgia demolitiva e invasiva, o ancora di quel che accompagna una diagnosi di HIV. La promozione della sensibilità culturale prima, e lo sviluppo di una vera *cultural competence* dopo, consentono non soltanto di interagire in maniera più efficace e rispettosa verso la diversità culturale dell'altro, ma anche di migliorare la qualità delle cure fornite e di ridurre le disparità sanitarie, garantendo un'assistenza equa a tutte le popolazioni (*ibidem*).

## 2.2 Sfide e Opportunità dell'Assistenza Sanitaria in Italia

L'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri è un'attività che in Italia muove a velocità diverse, nonostante si tratti di un Paese la cui presenza di stranieri è significativamente alta tra progetti di studio internazionali (oltre 130 mila studenti iscritti all'anno accademico 2023/2024, MUR), lavoratori (452.000 cittadini lavoratori subordinati o autonomi programmati nell'attuale Decreto Flussi per il triennio 2023-2025), residenti (oltre 5.2 milioni censiti ISTAT al 01/01/2024) e migranti (poco meno di 67 mila persone, Frontex) laddove non si tratti di flussi formidabili, come per l'ambito del turismo (oltre 250 milioni di stranieri per il 2024, Istat) o massivi come per il Giubileo 2025 (stimati 32 milioni di arrivi dall'estero, Ministero del Turismo, 2023).

La diversa velocità si coniuga nell'utilizzo di dispositivi orientati alla comprensione e al rispetto della diversità culturale come l'uso della cartella etnografica a Torino (Pettirino, 2019) o come nel caso del questionario anamnestico multilingua usato nei poliambulatori territoriali di Bergamo (Gruppo Giomi, 2005) e di servizi altrettanto significativi, come appunto l'impiego dei mediatori culturali formati in ambito sanitario, attivi da tanti anni in Italia. La promozione di un'assistenza sanitaria equa e realmente inclusiva passa attraverso la costruzione di un rapporto di fiducia solido e continuo tra operatori sanitari, mediatori culturali e cittadini stranieri. La fiducia non nasce solo dalla possibilità di comprendere la lingua dell'altro, ma si alimenta grazie a un dialogo autentico, capace di valorizzare le differenze e riconoscere la centralità dell'esperienza dell'utente, considerato protagonista attivo del proprio percorso di cura.

In questo senso, il mediatore linguistico-culturale si configura come un facilitatore relazionale e culturale, in grado di agire non solo sulla decodifica linguistica, ma anche sull'interpretazione dei codici culturali che spesso influenzano la percezione della malattia, delle aspettative terapeutiche e delle modalità di relazione con l'équipe sanitaria. Solo attraverso un approccio etnorelativo e una reale alleanza tra le figure coinvolte è possibile promuovere percorsi assistenziali che non si limitino a rispondere a un bisogno immediato, ma che contribuiscano a rafforzare l'autodeterminazione e il benessere globale della persona. La creazione di ambienti sanitari sensibili alla diversità, fondati su rispetto e co-costruzione di significati, rappresenta oggi non solo una buona prassi, ma un imperativo etico e professionale per un ospedale senza barriere.

## 3. Empowerment e partecipazione attiva.

### Promuovere l'autonomia dei migranti nel percorso di cura.

Il concetto di *empowerment* è centrale nelle strategie di integrazione sociosanitaria, poiché implica il rafforzamento delle capacità individuali per gestire la propria salute in modo autonomo e consapevole (Bandura, 1997). L'auto-efficacia, ovvero la percezione di controllo sulle proprie condizioni di vita, risulta spesso compromessa nei contesti di vulnerabilità, rendendo necessario un accompagnamento strutturato e adeguato.

La condizione di vulnerabilità richiede strategie integrate che vadano oltre l'erogazione di servizi assistenziali, favorendo invece la partecipazione attiva degli utenti nel proprio percorso di cura.

In questo contesto, lo Sportello Sociale per i Diritti Umani, operante all'interno della UOSD Patologie Infettive e Popolazioni Vulnerabili e Migranti dell'ARNAS Civico di Palermo, rappresenta uno snodo fondamentale tra l'assistenza sanitaria e il supporto sociale.

Lo Sportello, in stretta connessione con l'Ambulatorio ed in interdipendenza con le risorse interne all'Ospedale, attraverso un approccio olistico, contribuisce a costruire percorsi di autonomia e partecipazione attiva del migrante/paziente (Priebe et al., 2016).

Favorendo la consapevolezza dei diritti, la capacità di interazione con il sistema sanitario e la valorizzazione delle competenze individuali, il servizio si configura come un modello di inclusione che mira a superare la logica dell'assistenzialismo per promuovere l'autodeterminazione dei migranti nel proprio percorso di cura e integrazione.

La garanzia di un accesso equo al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), attraverso il rilascio di codici STP (Straniero Temporaneamente Presente) ed ENI (Europeo Non Iscritto) a soggetti privi di soggiorno regolare per la fruizione delle cure mediche necessarie, attiva processi di *engagement* con l'interlocutore che si finalizzano a facilitarne la piena consapevolezza rispetto ai propri diritti sanitari. Azioni che permettono loro di muoversi successivamente e con maggiore autonomia nel complesso sistema di cura italiano.

Questo processo mira a rafforzare una capacità di *empowerment* nel soggetto, che diviene contemporaneamente maggiormente attivo di conoscenze sanitarie adeguate.

L'obiettivo è fornire gli strumenti per comprendere e gestire in modo autonomo la propria salute, migliorando l'aderenza terapeutica e la prevenzione delle patologie infettive.

In tal senso un aspetto centrale, come visto in precedenza, è la mediazione interculturale, garantita attraverso un servizio dedicato che assicura non solo la comprensione linguistica tra operatori sanitari e migranti.

La funzione di questi professionisti con competenze linguistiche specifiche consente, infatti, attraverso una comunicazione efficace, di ridurre le barriere all'accesso, di riconoscere e valorizzare le differenti rappresentazioni del sé, di incentivare la partecipazione attiva e il contributo della persona alle dinamiche di contesto in cui vive cure (Woodhead et al., 2021).

Perché noi siamo dell'avviso che la migrazione in sé non rappresenti una determinante sociale della salute (Castaneda et al., 2015) ma che questa, intersezionata (Hill Collins and Bilge, 2016) a condizioni di contesto, produca effetti diversificati sulla salute della persona.

Potenziare una comprensione in tal senso, anche attraverso forme di alfabetizzazione sanitaria, fornisce al migrante strumenti aggiuntivi utili. Poiché il supporto fornito non si limita alla mera informazione, ma comprende strategie di accompagnamento che aiutano il migrante a familiarizzare con le dinamiche del sistema sanitario, superando paure e diffidenze legate a esperienze pregresse di esclusione o discriminazione (Mladovsky et al., 2012).

### **3.2 Impatto sulla comunità: miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari, riduzione delle disuguaglianze sociosanitarie e creazione di una società più inclusiva.**

L'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti è un tema di crescente rilevanza, in particolare nei contesti urbani dove le vulnerabilità socioeconomiche si intersecano con ostacoli burocratici e barriere culturali.

La stabilizzazione del percorso di salute di queste persone non può prescindere da un'azione integrata che contempli l'empowerment individuale, la partecipazione attiva a programmi di supporto e la strutturazione di modelli di assistenza sanitaria culturalmente sensibili (WHO 2018).

I principali determinanti sociali della salute incidono sulla capacità dei migranti di accedere al sistema di cura. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2007: 2010: 2022), i determinanti sociali della salute, tra cui l'alloggio, l'istruzione, il reddito e le condizioni lavorative, hanno un impatto significativo sulla salute degli individui e sulle loro possibilità di accesso alle cure.

In particolare, il diritto alla casa rappresenta un fattore chiave nella stabilizzazione del percorso sanitario dei migranti determina condizioni di vita precarie, influenzando positivamente sulla possibilità di continuità terapeutica, poiché l'instabilità residenziale ostacola il follow-up clinico, la gestione delle terapie a lungo termine, altresì un'ottimizzazione delle risorse sanitarie (Hollander e al 2021).

L'operato dedicato dal servizio ha un impatto significativo sulla Comunità, incidendo sui processi di disuguaglianza sociosanitaria che interessano molti migranti, specialmente coloro che si trovano in condizioni cronicizzate di irregolarità sul territorio (Hacker et al., 2015; Scheppers et al., 2006).

Si consideri infatti che la Legge n. 176/2024, introducendo disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora a garanzia del diritto all'assistenza sanitaria di base alle persone prive di residenza anagrafica, ha specificato che requisito indispensabile è l'essere regolarmente soggiornanti nel territorio italiano.

Di conseguenza, lo Sportello, attraverso il rilascio del codice STP, garantisce un accesso alle cure maggiormente equo, così come regolato dall'articolo 35, comma 3, del Testo Unico sull'Immigrazione del 1998 e s. m. e i., prevenendo il rischio di esclusione e garantendo continuità assistenziale.

### **3.3. Storie di vita: esempi concreti di come l'interazione con i mediatori e gli operatori sanitari abbia migliorato l'accesso ai servizi e restituito dignità ai beneficiari.**

Gli esiti di processi olistici attivati in *engagement* con alcuni *case studies* migranti senza dimora conosciuti dallo scrivente in "attività ponte" con taluni insediamenti informali urbani presenti a Palermo, mostrano l'importanza di interventi integrati che combinino approcci sanitari, sociali e personali, che rispettano le specificità delle Comunità coinvolte e delle rappresentazioni del sé del migrante.

Facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari complessi vuol dire promuovere l'inclusione sociale della persona attraverso un vero e proprio processo di *advocacy* trasformativa, poiché la cura medica da sola non è sufficiente senza una contestuale possibilità di governare le proprie determinanti di salute, come casa, lavoro, relazioni informali e accesso costante ai servizi sanitari.

F. utilizzava l'alcol come mezzo per gestire le proprie crisi epilettiche, in assenza di un adeguato supporto sanitario, anche se spesse volte vi si era rivolto in situazioni di emergenza. W. cercava sollievo dai sintomi causati dalla gotta attraverso il consumo di alcol, che gli permetteva di dormire nonostante il disagio. Un utilizzo che per la stessa causa del malessere. M., con una ferita al piede da arma da fuoco, faceva uso di eroina e crack per alleviare il dolore, prima di passare a sostanze meno nocive una volta compresi gli effetti collaterali delle prime. A., con una storia personale complessa, praticava l'automedicazione utilizzando farmaci prescritti dai servizi sanitari, cercando di equilibrare il loro uso in modo non eccessivo. G. utilizzava l'alcol come pratica di autocura.

L'accesso ai servizi sanitari ambulatoriali del Civico ha rappresentato punto di svolta per alcuni di loro. Ad esempio, W. e G. hanno intrapreso percorsi di disintossicazione dall'alcol grazie a ripetuti accessi all'ambulatorio sanitario. G., in possesso di un titolo di soggiorno, ha beneficiato di una struttura di accoglienza notturna di primo livello, ha ripreso piccoli lavori e ha mantenuto contatti con altri migranti durante il giorno. Tuttavia, ha continuato a subire pressioni legate al suo passato, fino a tornare a vivere in strada. W., privo di titolo di soggiorno, attraverso un lavoro in sinergia con enti pubblici e del privato è stato ospitato in una struttura di secondo livello con accesso quasi giornaliero. M., ha avviato un percorso congiunto con il Ser.D. e verso l'ospedale per una terapia del dolore e la gestione della dipendenza da sostanze. Entrambi hanno iniziato a frequentare una chiesa evangelica locale e hanno ridotto la frequentazione dell'insediamento informale, se non per W. che continua la sua attività di parcheggiatore e cerca di aiutare altri migranti ghanesi con cui ha vissuto. M. dopo un primo periodo positivo ha avuto una ricaduta con le sostanze ed è tornato a vivere in strada a causata da pressioni contestuali sul territorio palermitano e nel paese di origine.

Le esperienze raccolte dimostrano che la presenza di mediatori culturali e operatori specializzati promuove processi di autonomia e partecipazione attiva dei beneficiari. In un contesto in cui persistono disuguaglianze sociosanitarie, i modelli di intervento sanitario olistico sembrano rispondere in maniera evidente ai bisogni di popolazioni vulnerabili, facilitando un buon esito del piano terapeutico, ma condizione che siano governabili talune dei determinati di salute descritte dall'OMS (2007: 2010), quali la capabilità di un alloggio e di accesso a forme di coesione sociale.



## Conclusione

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani, operante presso l'Ospedale Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, rappresenta un modello innovativo e inclusivo per garantire l'accesso ai servizi sanitari e ai diritti fondamentali delle popolazioni vulnerabili, in particolare dei migranti. Attraverso un approccio olistico che combina assistenza sanitaria, mediazione linguistico-culturale e supporto sociale, lo Sportello si configura come un punto di riferimento essenziale per la promozione dell'equità, della giustizia sociale e dell'inclusione.

Il lavoro dello Sportello evidenzia come l'uguaglianza formale non sia sufficiente per garantire il diritto alla salute in contesti caratterizzati da profonde disuguaglianze strutturali. L'approccio basato sull'equità e sulla giustizia sociale, ispirato dalle teorie di Amartya Sen, Margaret Whitehead e John Rawls, si traduce in azioni concrete che mirano a ridurre le disparità sanitarie e a promuovere un sistema sanitario più giusto e accessibile. La mediazione linguistico-culturale, in particolare, gioca un ruolo cruciale nel superare le barriere linguistiche e culturali, facilitando la comprensione reciproca tra pazienti e operatori sanitari e migliorando l'efficacia delle cure.

Inoltre, lo Sportello promuove l'empowerment e la partecipazione attiva dei migranti nel loro percorso di cura, contribuendo a rafforzare la loro autonomia e capacità di autodeterminazione. Attraverso iniziative di sensibilizzazione e formazione, lo Sportello non solo migliora l'accesso ai servizi sanitari, ma favorisce anche l'inclusione sociale e la costruzione di comunità più resilienti.

L'estensione di questo modello a tutto l'ospedale potrebbe trasformare l'istituzione sanitaria in un vero e proprio "ospedale senza barriere", fondato sui principi di inclusione, equità e giustizia sociale. Un ospedale senza barriere non sarebbe solo un luogo di cura, ma un'istituzione che riconosce e valorizza le diversità, promuove l'equità e garantisce che tutti, indipendentemente dalla loro condizione socio-economica, culturale o migratoria, possano accedere ai servizi sanitari in modo dignitoso ed efficace.

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani, infine, rappresenta un esempio concreto di come i principi di uguaglianza, equità e giustizia sociale possano essere tradotti in azioni concrete per garantire il diritto alla salute per tutti. Attraverso un approccio centrato sulla persona e sulla mediazione culturale, lo Sportello non solo migliora l'accesso ai servizi, ma attiva processi di trasformazione sociale, contribuendo a costruire un sistema sanitario più giusto e inclusivo.

## Ringraziamenti

il lavoro svolto è stato realizzato grazie al sostegno ed all'impegno quotidiano delle Assistenti Sociali, delle Mediatrici e dei mediatori culturali, delle volontarie e dei volontari di ANLAIDS che ogni giorno supportano la nostra attività di cura e promozione della salute:

Yodit Abraha, Maria Anello, Mohammed Alshamarkha, Abdoulie Bah, Nouha Beldi, Mariella Egitto, Donatella Fogazza, Gabriella Guidera, Gulzar Hussain, Maria Teresa La Mattina, Liliana Morana, Jumaky MD Abdur Mosamat, Rachida Najah, Maria Delfina Nunes, Gabriele Raspanti, Hamed Maruf Ripom, Maria Emanuela Sanfratello, Sonia Tazeghopnti, Giulia Urbano, Ferguson Andrew Xorse, Oksana Zhura

## Riferimenti Bibliografici

- Angelelli, C. V. (2004). *Medical Interpreting and Cross-Cultural Communication*. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. ERICKSON TRENTO.
- Bennett, M. (2013). *Basic Concepts of Intercultural Communication: Paradigms, Principles, and Practices*. John Murray Press.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. The Commonwealth Fund, n° 576.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2003). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. The Commonwealth Fund.

- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). *Defining equity in health*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Caritas Internationalis (2021). *Health and Migration: Ensuring Access to Care for Vulnerable Populations*.
- Castaneda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., De Trinidad Young, M. E., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). *Immigration is a social determinant of health*. *Annual Review of Public Health*, 36, 375–392.
- Centro Astalli (2022). *Rapporto Annuale sull'Accoglienza dei Rifugiati in Italia*.
- Costa, M. T., et al. (2018). *The impact of cultural mediation on healthcare access for migrants: A systematic review*. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-12.
- Decreto Flussi, Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.231 del 03-10-2023.
- Eco, U. (2003). *Dire quasi la stessa cosa*. Milano: Bompiani.
- Fassin, D. (2001). *The biopolitics of otherness: Undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate*. *Anthropology Today*, 17(1), 3-7.
- Foucault, M. (1986). *Of other spaces*. *Diacritics*, 16(1), 22-27.
- Frontex.europa.eu. (2025). *Irregular border crossings into EU drop sharply in 2024*.
- Grotta, R.L., Papini, M., & Tringali, D. (2014). *I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura*. Maggioli Editore.
- Gruppo Giomi (2005). *Manuale multilingua per l'anamnesi nei poliambulatori territoriali di Bergamo*.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). *Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review*. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175–183.
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Cambridge, Oxford, Boston, New York: Polity Press.
- Hollander, M. A. G., Cole, E. S., Donohue, J. M., & Roberts, E. T. (2021). *Changes in Medicaid utilization and spending associated with homeless adults' entry into permanent supportive housing*. *Journal of General Internal Medicine*, 36(8), 2353-2360.
- Istat, Statistiche Today, 6 Marzo 2025.
- Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury Publishing.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Medici del Mondo (2021). *Accesso alle cure sanitarie per i migranti: Barriere e soluzioni*.
- Médecins Sans Frontières (MSF) (2020). *Access to Healthcare for Migrants in Europe*.
- Ministero del Turismo (2023). *Giubileo 2025: Protocollo per l'accoglienza turistica*.
- Mladovsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., & McKee, M. (2012). *Responding to diversity: An exploratory study of migrant health policies in Europe*. *Health Policy*, 105(1), 1-9.
- Nazioni Unite (2015). *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs)*.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press.
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) (2020). *Migrazione e Salute: Promuovere l'Inclusione attraverso Politiche Pubbliche*.
- Pettirino, F. (2019). *La cartella etnografica in ambito medico. Un percorso sperimentale di antropologia applicata alla cura di pazienti stranieri nell'ambulatorio MISA dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino*. *L'Uomo*, vol. IX, n. 1, pp. 95-118. La Sapienza Università Editrice.
- Prestileo T., Siracusa L., Verdone L., La Rosa G., Federica Zimmerhofer F., Mazza M.G., Corrao S.: *Treating and caring for migrant populations suffering from infectious diseases: the experience of the hub&spoke network set up by the Civico Benfratelli ARNAS Hospital in Palermo (Sicily Region, Southern Italy)*. *Epidemiol Prev.* 2024 Jul-Oct;48(4-5):117-123. doi: 10.19191/EP24.4-5.S1.122
- Prestileo T, Di Marco V, Dino O, Sanfilippo A, Tutone M, Milesi M, Di Marco L, Picchio CA, Craxì A, Lazarus JV; Immigrant Take Care Advocacy (ITaCA) team: *Effectiveness of a screening program for HBV, HCV, and HIV infections in African migrants to Sicily*. *Dig Liver Dis.* 2022 Jun;54(6):800-804. doi: 10.1016/j.dld.2021.08.024. Epub 2021 Oct 11.
- Prestileo T, Pipitone G, Sanfilippo A, Ficalora A, Natoli G, Corrao S, for Immigrant Take Care Advocacy (ITaCA) Team: *Tuberculosis among Migrant Populations in Sicily: A Field Report*. *J Trop Med.* 2021 Mar 30;2021:7856347. doi: 10.1155/2021/7856347. eCollection 2021.

- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Rappaport, J. (1987). *Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology*. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (2013). *La terapia centrata-sul-cliente*. Giunti Psychometrics.
- Save the Children (2019). *Barriers to Healthcare for Migrant Children in Europe*.
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review*. *Family Practice*, 23(3), 325–348.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Harvard University Press.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
- Treccani.it. Enciclopedia online.
- UNHCR (2019). *Global Trends: Forced Displacement in 2019*.
- Vinci, S. (2024). *Una via d'uscita per i soggetti migranti*. <https://www.slp-cf.it/rete-lacan-67/una-via-duscita-per-i-soggetti-migranti/>
- Whitehead, M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization.
- Woodhead, C., Onwumere, J., Rhead, R., Bora-White, M., Chui, Z., Clifford, N., Connor, L., Gunasinghe, C., Harwood, H., Meriez, P., Mir, G., Jones Nielsen, J., Rafferty, A. M., Stanley, N., Peprah, D., & Hatch, S. L. (2022). *Race, ethnicity and COVID-19 vaccination: A qualitative study of UK healthcare staff*. *Ethnicity & Health*, 27(7), 1555-1574.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Health Equity: A Framework for Changing Health Systems*.
- World Health Organization (WHO) (2018). *Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region: No Public Health Without Refugee and Migrant Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.