



2
Aprile 2025

**The Social Desk for Human Rights as a Model of Integrated Reception:
Personalized Pathways and Access to Services**

**Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani come modello di accoglienza integrata:
percorsi personalizzati e accesso ai servizi¹**

**Enrica Caruso¹, Antonio Callea¹, Alberto Moncada², Lucia Siracusa², Tullio Salvatore
Prestileo²**

¹ *Università degli Studi di Palermo*

² *Ospedale ARNAS Civico Benfratelli Di Cristina Palermo*

enrica.caruso@unipa.it
antonio.callea@unipa.it
alberto.moncada@outlook.it
luciasira@gmail.com
prestileotullio@gmail.com

Doi: https://doi.org/10.14668/QTimes_17224

¹ Il paragrafo 2, introduzione e conclusione sono stati scritti da Enrica Caruso - Università degli Studi di Palermo; il paragrafo 3 è stato scritto da Alberto Moncada - ARNAS Civico; il paragrafo 4 è stato scritto da Antonio Callea - Università degli Studi di Palermo

ABSTRACT

The Social Desk for Human Rights at the Ospedale Civico Benfratelli in Palermo represents an innovative model of integrated reception, capable of responding to the multidimensional needs of foreigners in an urban context marked by socio-health inequalities. Through linguistic and cultural mediation and collaborations between public institutions, the desk facilitates access to the National Health Service SSN, the issuance of STP/ENI codes, and social counseling. Following theories on the social determinants of health, the model activates empowerment processes and restores centrality to the individual. Through a qualitative analysis, the study explores institutional synergies, the barriers faced by migrants, and resilience strategies. It discusses critical issues such as resource shortages, emphasizing the importance of a person-centered approach. The desk emerges as a space for inclusion and participation, stimulating reflections on reception processes and social justice.

Keywords: integrated reception, linguistic and cultural mediation, social determinants of health, empowerment, social justice.

RIASSUNTO

Lo sportello sociale per i diritti umani presso l'Ospedale Civico Benfratelli di Palermo rappresenta un modello innovativo di accoglienza integrata, capace di rispondere alle esigenze multidimensionali degli stranieri in un contesto urbano segnato da disuguaglianze sociosanitarie. Attraverso la mediazione linguistico-culturale e collaborazioni tra enti pubblici, lo sportello facilita l'accesso al SSN, il rilascio di codici STP/ENI e consulenze sociali. Seguendo le teorie sui determinanti sociali della salute, il modello attiva processi di empowerment e restituisce centralità alla persona. Attraverso un'analisi qualitativa, lo studio esplora le sinergie istituzionali, le barriere affrontate dai migranti e le strategie di resilienza. Si discutono criticità come le carenze di risorse, sottolineando l'importanza di un approccio centrato sulla persona. Lo sportello emerge come uno spazio di inclusione e partecipazione, stimolando riflessioni sui processi di accoglienza e giustizia sociale.

Parole chiave: accoglienza integrata, mediazione linguistico-culturale, determinanti sociali della salute, empowerment, giustizia sociale.

1. INTRODUZIONE

Lo *Sportello Sociale per i Diritti Umani* nato per volontà dell'Ambulatorio di Patologie Infettive per le popolazioni Vulnerabili e Migranti coordinato dal dott. Tullio Prestileo, presso l'Ospedale Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, rappresenta un modello operativo innovativo di accoglienza

integrata, capace di rispondere alle esigenze multidimensionali degli stranieri in un contesto urbano segnato da profonde disuguaglianze socio-sanitarie. In un'epoca caratterizzata da crescenti flussi migratori e da una sempre maggiore complessità dei bisogni sanitari e sociali, lo sportello si configura come un punto di riferimento cruciale per i migranti, ma non solo, offrendo un supporto olistico che va oltre la semplice erogazione di servizi sanitari. Attraverso un approccio integrato, lo sportello fornisce orientamento per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il rilascio di codici STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o ENI (Europei Non Iscritti), oltre a orientare la persona verso consulenze legali e sociali in collaborazione con enti pubblici e del terzo settore. Un elemento cruciale del modello è l'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. 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. La mediazione linguistico-culturale 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.

Il presente contributo adotta un approccio qualitativo, basato sulla narrazione di storie di vita raccolte presso lo sportello, per analizzare i vissuti dei migranti e le risposte del sistema. Le testimonianze selezionate mostrano come l'interazione con lo sportello non solo migliori l'accesso ai servizi, ma attivi processi di *empowerment* (Zimmerman, 1995), restituendo centralità ai bisogni percepiti dalla persona e dignità ai soggetti coinvolti. 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. Il contributo che segue si sviluppa in tre parti principali, ciascuna delle quali affronta un aspetto distintivo del progetto dello Sportello Sociale per i Diritti Umani. La prima sezione si concentrerà sull'analisi teorica e concettuale che ha posto le basi per la nascita e lo sviluppo di questo intervento sociale, esaminando i principi e le motivazioni che ne hanno guidato la creazione. La seconda parte presenterà un resoconto dettagliato dell'esperienza diretta dello Sportello, approfondendo le modalità di interazione con enti privati e organizzazioni del terzo settore, e illustrando il valore di queste collaborazioni nel rafforzamento dell'efficacia dell'iniziativa. Infine, la terza sezione si soffermerà su un aspetto cruciale dell'accesso alla salute per i migranti che è rappresentato dalla condizione di coloro che vivono in insediamenti informali, spesso esclusi dai circuiti istituzionali di assistenza. In particolare, il caso degli insediamenti di Palermo permette di osservare come la precarietà abitativa e amministrativa influenzi la possibilità di ricevere cure adeguate. Attraverso un'indagine etnografica condotta con l'osservazione partecipante, questa ricerca esplora le condizioni di vita dei giovani migranti africani che risiedono in uno di questi insediamenti, analizzando le barriere all'accesso ai servizi sanitari e le strategie alternative di cura che emergono in un contesto di marginalità estrema.

Lo sportello sociale emerge così come uno spazio eterotopico (Foucault, 2005), in cui la vulnerabilità si trasforma in opportunità di inclusione e partecipazione. Questo contributo, arricchito da un dialogo teorico con autori come Haraway (1991) e Marmot, intende fornire una riflessione critica e multidimensionale sui processi di accoglienza.

2. LA COMUNICAZIONE PUBBLICA E SANITARIA: UN QUADRO TEORICO

La comunicazione pubblica e sanitaria rappresenta un ambito cruciale per la promozione della salute e dell'inclusione sociale, soprattutto in contesti caratterizzati da disuguaglianze socio-economiche e culturali. Come evidenziato De Mauro e Vedovelli (2001), la comunicazione pubblica non è solo un mezzo per trasmettere informazioni, ma un processo complesso che coinvolge aspetti linguistici, culturali e sociali. Nel contesto sanitario, la comunicazione assume una rilevanza ancora maggiore, poiché l'accesso alle informazioni e la comprensione delle stesse sono fondamentali per garantire il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana (Serianni, 2005).

La comunicazione sanitaria, in particolare, deve bilanciare precisione scientifica e accessibilità, garantendo che le informazioni trasmesse siano accurate e comprensibili per un pubblico non specializzato (Fischhoff, 2013). Questo duplice obiettivo rende la comunicazione sanitaria particolarmente complessa, poiché richiede una mediazione tra il linguaggio tecnico degli esperti e il linguaggio comune dei cittadini (Guttman & Salmon, 2004). In questo contesto, la mediazione linguistico-culturale emerge come uno strumento essenziale per superare le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi sanitari.

Un ulteriore contributo teorico è offerto da Habermas (2022), il quale, nella sua teoria dell'agire comunicativo, sottolinea l'importanza di una comunicazione basata sulla comprensione reciproca e sul dialogo. Nel contesto sanitario, questo approccio si traduce nella necessità di creare spazi di interazione in cui i pazienti possano esprimere i propri bisogni e ricevere risposte adeguate, superando le asimmetrie di potere tra professionisti e utenti (Waitzkin, 1993).

2.2. I determinanti sociali della salute e il ruolo della lingua

La teoria dei determinanti sociali della salute, sviluppata da Marmot (2005, 2015), sottolinea come le disuguaglianze sanitarie siano il risultato di fattori socio-economici, culturali e ambientali. Tra questi, la lingua rappresenta un determinante cruciale, poiché influenza direttamente la capacità degli individui di accedere alle informazioni sanitarie, comprendere le diagnosi e seguire i trattamenti prescritti. Come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2007), la competenza linguistica è un fattore chiave per garantire un accesso equo ai servizi sanitari, soprattutto per le popolazioni non italofone.

Un ulteriore approfondimento è offerto da Freire (1970), il quale, nella sua pedagogia degli oppressi, sottolinea l'importanza di un linguaggio accessibile e inclusivo per promuovere l'emancipazione sociale. Nel contesto sanitario, questo approccio si traduce nella necessità di adottare strategie comunicative che tengano conto delle diversità linguistiche e culturali, promuovendo un accesso equo ai servizi (Betancourt *et al.*, 2003).

La mediazione linguistico-culturale rappresenta un approccio innovativo per superare le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi sanitari. Come evidenziato da Baraldi e Gavoli (2019), la mediazione non si limita a tradurre le informazioni, ma svolge un ruolo cruciale nel facilitare la comprensione reciproca tra migranti e operatori sanitari. Questo approccio, basato sulla decodificazione delle informazioni sanitarie e sull'adattamento culturale, contribuisce a creare un clima di fiducia e a migliorare l'efficacia delle cure.

Un ulteriore contributo teorico è offerto da Hall (1976), il quale, nella sua teoria della comunicazione interculturale, sottolinea l'importanza di comprendere le differenze culturali per costruire relazioni efficaci. Nel contesto dello sportello sociale, la mediazione linguistico-culturale rappresenta un elemento distintivo del modello operativo, poiché permette di superare le barriere linguistiche e culturali, promuovendo un accesso equo ai servizi sanitari.

Nel contesto dello sportello sociale per i diritti umani presso l'Ospedale Civico Benfratelli di Palermo, la mediazione linguistico-culturale rappresenta un elemento distintivo del modello operativo. Attraverso l'impiego di mediatori formati, lo sportello garantisce una comunicazione efficace e inclusiva, abbattendo le barriere linguistiche e culturali che spesso ostacolano l'accesso ai servizi.

2.3. Lo Sportello Sociale come strumento di empowerment

L'*empowerment* rappresenta un concetto chiave per comprendere i processi di inclusione sociale e sanitaria. Come definito da Rappaport (1987), l'*empowerment* è un processo attraverso il quale gli individui acquisiscono il controllo sulle proprie vite, sviluppando competenze e risorse per affrontare le sfide quotidiane. Nel contesto dello sportello sociale, l'*empowerment* si manifesta attraverso la restituzione di centralità ai bisogni percepiti dalla persona e la promozione di processi di partecipazione attiva.

Le testimonianze raccolte presso lo sportello mostrano come l'interazione con i mediatori e gli operatori sanitari non solo migliori l'accesso ai servizi, ma attivi tali processi, restituendo dignità e partecipazione ai soggetti coinvolti. 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.

Il concetto di eterotopia, sviluppato da Foucault (2005), offre una prospettiva interessante per analizzare il ruolo dello sportello sociale come spazio di inclusione e partecipazione. Le eterotopie sono spazi reali che funzionano come "controparti" degli spazi ordinari, offrendo possibilità di trasformazione e cambiamento. Nel contesto dello sportello sociale, la vulnerabilità si trasforma in opportunità di inclusione, grazie alla creazione di un ambiente accogliente e inclusivo.

Lo sportello sociale rappresenta così uno spazio eterotopico, in cui le disuguaglianze socio-sanitarie vengono affrontate attraverso un approccio olistico e integrato. Questo modello, 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.

L'*empowerment*, in linea con l'Etica della Cura (Gilligan, 1982; Tronto, 1993), si configura come un processo relazionale in cui gli operatori, attraverso un ascolto attivo e una risposta responsabile ai bisogni dei migranti, creano condizioni per una partecipazione attiva e per il riconoscimento della dignità della persona.

3. LO SPORTELLO SOCIALE PER I DIRITTI UMANI

Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani nasce nell'aprile 2024 presso l'Unità Dipartimentale di Patologie Infettive nelle Popolazioni Vulnerabili e Migranti dell'Ospedale ARNAS Civico di Palermo. Questo servizio viene istituito con l'obiettivo di dare risposta ai bisogni sempre più complessi e stratificati degli utenti che accedono all'ambulatorio di patologie infettive, portatori di

un bisogno di salute che supera quello della mera prestazione sanitaria e che tocca quei determinanti (Marmot, 2006) di salute capaci di incidere negativamente sulla condizione di benessere della persona. L'accesso allo sportello può essere diretto e senza prenotazione, indipendente dal servizio ambulatoriale, oppure programmato, su segnalazione o *outreach*, ed è disponibile una mattina a settimana. Agli utenti sono garantite confidenzialità, riservatezza e assistenza fino al *drop-off*; è inoltre offerta una rete wi-fi aperta per contattare i familiari all'estero. Lo sportello sostiene la promozione della salute e l'alfabetizzazione sanitaria o *health literacy*. Il paziente che accede all'ambulatorio è spesso portatore di un malessere che non insiste, clinicamente, solo sul corpo in forma di segno, ma su qualcosa d'altro, inficiandone lo stato di salute (Callea *et al.*, 2025). La mera assenza di malattia non permette, infatti, di definire una persona come in salute (OMS, 1946) se elementi significativi della propria vita attiva (e.g. lavoro e indipendenza economica) ed emotiva (e.g. relazioni personali, benessere interiore) non raggiungono una determinata soglia di soddisfazione. Disoccupazione, povertà estrema e *homelessness*, *background* migratorio e *status* dello straniero, detenzione e misure alternative al carcere, violenza declinata in ogni forma e modalità, sono alcuni degli elementi apprezzabili, in maniera trasversale, nel racconto degli utenti che accedono al servizio. Elementi che esprimono, in maniera inconfondibile, una condizione di vulnerabilità.

All'interno di questa cornice, gli elementi di matrice sociale (Beneduce, 2021) capaci di determinare disagio trovano occasione di espressione all'interno dei colloqui che si svolgono durante le giornate di sportello: la possibilità di poter parlare all'interno di un ambiente protetto e non giudicante, non soltanto del proprio problema ma dell'esperienza individuale, degli effetti che il problema ha arrecato nella vita del soggetto, dischiude a quelle dinamiche trasformative e migliorative tipiche dei processi di consapevolezza critica (Freire, 1970). A sostegno della fattibilità di questo *setting*, lo sportello - così come l'ambulatorio - ricorre all'utilizzo dei mediatori linguistico-culturali: la facilitazione linguistica permette una comunicazione efficace, consentendo all'utente un accesso e una condivisione dei propri contenuti nella propria prima lingua, affrancandolo dall'utilizzo, talvolta faticoso, della lingua italiana o di una lingua franca, permettendo all'operatore un ascolto e una comprensione più salienti riducendo i margini di ambiguità, garantendo, in ultima istanza, la possibilità di un atto comunicativo chiaro e coerente.

Lo sportello assume, dunque, primariamente, la funzione di luogo di significazione (Bateson, 2000) in cui è possibile esprimere il proprio malessere o disagio; questa impostazione permette alla persona di mettere in forma di parola, come detto, sia il problema attuale che l'esperienza personale derivata da esso, possibilità non di rado preclusa presso altri servizi in forza dei tempi serrati dei colloqui, sacrificando l'adeguatezza dell'intervento. Occorre già qui chiarire che lo sportello è coordinato da tre operatori con funzioni strutturali: un mediatore culturale esperto in area sanitaria, un assistente sociale esperto in area giustizia e una sociolinguista esperta in comunicazione sanitaria; a questi si associano i già citati mediatori linguistici e il personale sanitario dell'ambulatorio, estendendo la rete, per quanto concerne l'ambito intraospedaliero, agli ambulatori -dunque ai dirigenti medici- delle altre discipline mediche specialistiche e al servizio sociale ospedaliero. L'occasione di poter dire del proprio malessere innesca, all'interno di questo spazio di significazione, effetti immediatamente salutaris nell'utente: destituisce il problema della propria centralità e pervasività, ricostituendolo ad oggetto meglio gestibile. In sintesi «io ho un problema, ma non sono il mio problema». Lo Sportello, in linea con i principi dell'Etica della Cura (Noddings, 1984), si configura come uno spazio in cui la

relazione tra operatore e utente è fondata sull'ascolto, sulla fiducia e sulla risposta concreta ai bisogni, superando logiche burocratiche e promuovendo un'accoglienza autenticamente umana.

La possibilità di poter essere ascoltati, e ancor di più e meglio, di essere nuovamente coinvolti nei processi decisionali delle azioni dello sportello porta con sé un ulteriore miglioramento: il riappropriarsi dell'agentività (Bandura, 1997). Molti utenti descrivono infatti esperienze in cui sono essi stessi l'oggetto passivo di un qualche intervento sociale e non già il soggetto agente e centrale di un agire condiviso. Condivisione che passa anzitutto da una corretta, completa e comprensibile informazione di cosa si stia facendo. L'agire degli operatori dello sportello abbatte qualsivoglia verticalità e distanza in questo, pur mantenendo la formalità di un servizio ospitato presso un'istituzione, coinvolgendo attivamente l'utente all'interno dei processi decisionali che lo riguardano e informandolo circa il senso delle azioni da intraprendere e del contesto esteso di quelle stesse azioni. Uno dei principali campi d'azione dello sportello riguarda l'accesso ai servizi sanitari. Cittadini stranieri e migranti, ex detenuti, persone senza fissa dimora che muovono da una linea di partenza arretrata rispetto ad altre categorie di cittadini, si trovano o rischiano di trovarsi in una condizione di esclusione nell'accedere e soddisfare la domanda di salute, nonostante la Costituzione, dunque il testo fondativo della Repubblica Italiana, riconosca e garantisca i diritti inviolabili dell'uomo, tuteli la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e preservi l'integrità fisica dei lavoratori (Costituzione, 1947). In ottica attuativa e in riferimento alla popolazione straniera in generale, le modalità di accesso al Sistema Sanitario Nazionale sono basate sul cosiddetto Accordo Stato-Regioni (2012) contenente le indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane. Ciononostante, le linee di guida nazionali e regionali vengono ancora oggi non applicate e i principi di tutela disattesi, portando come effetto l'esclusione anziché la garanzia di un diritto fondamentale. Questo si traduce inoltre in un disimpegno da parte dell'utente a gestire il proprio bisogno di salute, ricorrendo a cure improprie o temporanee, di giusto accomodo, o all'automedicazione.

Lo sportello fornisce un quadro chiaro del diritto all'accesso ai servizi sanitari pubblici, informando e accompagnando l'utente durante il percorso, ingiustamente farraginoso, di riconoscimento di qualcosa che gli è dovuto.

Ai cittadini non italiani aventi diritto vengono erogati i codici ENI/STP come previsto dal già citato Accordo Stato-Regioni, codici che garantiscono tutte le cure medicalmente necessarie, siano esse in regime di emergenza-urgenza che d'elezione, nonché la partecipazione a screening, vaccinazioni e campagne di prevenzione, l'emissione di prescrizioni, l'accesso ai farmaci, ai piani terapeutici e alle concessioni di ausili e presidi medicali e protesici.

A questo punto entrano in campo attori esterni all'ospedale, istituzioni locali e associazioni che a vario titolo puntellano il percorso del cittadino. L'utente è ora non soltanto coinvolto, ma responsabilizzato circa i passi da percorrere e informato della relazione che quella azione ha con il suo bisogno, sia essa diretta o propedeutica. La maggior parte degli invii riguardano, per il comparto comunale, i servizi sociali territoriali e gli uffici anagrafe per quel che attiene alle iscrizioni anagrafiche, l'emissione di determinati certificati e l'unità centrale di marginalità adulti per l'accesso ai servizi a bassa soglia come mense comunitarie e centri di ospitalità notturna a gestione pubblica; mentre per quel che riguarda il comparto sanitario il principale attore è costituito dall'Azienda Sanitaria Provinciale, ente operativamente responsabile per le iscrizioni SSN/SSR. Rispetto agli enti

del terzo settore, le segnalazioni e gli invii riguardano principalmente l'assistenza legale (con particolare riferimento alla regolarizzazione dei cittadini non comunitari) i centri diurni e notturni gestiti da ETS o enti caritatevoli e, infine, le realtà associative per i diritti della popolazione LGBTQIA+ o di lotta allo stigma delle persone sieropositive. Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani si configura come uno spazio di accoglienza, ascolto e supporto per le persone in condizioni di vulnerabilità, all'interno di un ospedale pubblico. L'approccio integrato e interdisciplinare contribuisce a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla salute, offrendo un accompagnamento informato e consapevole. La sua esistenza evidenzia l'importanza di strategie inclusive che, partendo dal contesto sanitario, si estendono ai determinanti sociali del benessere, riaffermando il principio che la salute è un diritto fondamentale e universale.

4. STRATEGIE DI AUTOCURA E PERCORSI DI ACCESSO AI SERVIZI SANITARI: IL CASO DEI MIGRANTI SENZA DIMORA A PALERMO

4.1 Nota metodologica

La presente ricerca si è avvalsa di un approccio etnografico della durata di 12 mesi (aprile 2024-aprile 2025), focalizzato sull'analisi delle strategie di accesso alla salute tra migranti irregolari residenti in insediamenti informali nel quartiere Kalsa di Palermo. Lo studio ha coinvolto prevalentemente soggetti di origine ghanese, nigeriana, maliana, eritrea e gambiana, di età compresa tra i 18 e i 35 anni, caratterizzati da condizioni di estrema marginalità sociale e amministrativa.

La raccolta dati è stata condotta attraverso osservazione partecipante sistematica, affiancata da interviste narrative approfondite con 15 soggetti selezionati per diversificazione di provenienza e background migratorio. L'analisi si è concentrata in particolare sulle pratiche di autocura, sulle barriere all'accesso ai servizi sanitari e sul ruolo mediatore dello Sportello Sociale per i Diritti Umani dell'ARNAS Civico.

L'impianto teorico ha integrato il framework dei determinanti sociali della salute (Marmot, 2005) con il concetto di Cultural Health Capital (Shim, 2010), applicando inoltre il modello del Patient Health Engagement (Graffigna e Barello, 2018) per interpretare le transizioni dall'autocura all'accesso istituzionale. L'analisi tematica dei dati ha evidenziato come fattori quali l'irregolarità amministrativa, le barriere linguistiche e la diffidenza verso le istituzioni concorrano a creare condizioni di esclusione sanitaria.

Dal punto di vista etico, la ricerca ha rispettato rigorosamente i principi di anonimato e consenso informato. Pur riconoscendo i limiti intrinseci a un approccio qualitativo in termini di generalizzabilità, lo studio offre significativi spunti per una rilettura critica delle politiche sanitarie rivolte alle popolazioni marginali, evidenziando al contempo il potenziale trasformativo di interventi basati su mediazione culturale e accompagnamento personalizzato.

4.2 Il contesto dell'insediamento informale

Nel corso di un'indagine etnografica condotta attraverso l'osservazione partecipante per circa un anno, abbiamo osservato un insediamento informale abitato prevalentemente da giovani migranti africani, per lo più fuoriusciti dai sistemi di accoglienza. La comunità è composta in larga misura da migranti di nazionalità ghanese, con presenze minoritarie provenienti da Nigeria, Mali, Liberia, Eritrea e Gambia. La maggior parte di essi vive in una condizione di irregolarità amministrativa ai margini

dello spazio urbano pur mantenendo una prossimità fisica con il tessuto sociale del quartiere. Le persone vivono in strutture precarie sotto l'arco di Porta dei Greci del quartiere Kalsa a Palermo.

Dal punto di vista socioeconomico, il gruppo maggioritario presenta un basso livello di scolarizzazione ed esperienze di migrazione prevalentemente economica, con origini in aree rurali caratterizzate da economie agricole di sussistenza. Il gruppo minoritario, invece, mostra una maggiore eterogeneità, includendo beneficiari di protezione internazionale, ex detenuti e individui con *status* giuridico ancora da determinare. Va sottolineato che la presenza di persone con procedimenti penali attivi è ridotta, mentre è significativa la percentuale di coloro che vivono in una condizione di clandestinità sistemica.

Da una prospettiva antropologica, questo insediamento può essere letto come uno spazio eterotopico (Foucault, 2005) che intrattiene una relazione dialettica con il quartiere circostante, riflettendo e al tempo stesso contestando l'ordine socioeconomico dominante.

Lontano dalla logica di rigenerazione urbana che ha caratterizzato il centro storico palermitano negli ultimi anni, l'insediamento dei migranti rappresenta una realtà con significati e funzioni che sfidano le strutture sistemiche dominanti, sperimentando nuove forme di socialità e relazionalità. L'esperienza migratoria e la precarietà delle condizioni di vita determinano, sulla base di una situazione di fragilità personale, persistenti condizioni di vulnerabilità e di esposizione ai numerosi rischi quotidiani, specialmente per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari.

4.3 L'accesso alla salute e le barriere esistenti

In Italia, il diritto alla salute dei migranti non comunitari irregolari è formalmente garantito attraverso il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che assicura l'accesso a cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, alla tutela della gravidanza e della maternità, all'assistenza ai minori e agli interventi di profilassi internazionale. Tuttavia, nella pratica, permangono barriere sistemiche che ostacolano l'accesso effettivo ai servizi sanitari, incluse difficoltà linguistiche, ostacoli burocratici e discriminazione istituzionale (Castaneda, 2023). Il riconoscimento dei loro bisogni di cura è essenziale per ripensare modelli di cura più equi. L'analisi della competenza sanitaria (*health literacy*) e del capitale culturale sanitario (*Cultural Health Capital, CHC*) rappresenta uno strumento utile per comprendere le dinamiche legate a questo mancato accesso e fruizione dei servizi sanitari, ma anche le strategie adottate dai migranti e finalizzate al mantenimento di uno stato di benessere personale.

La *health literacy* è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2007) come l'insieme delle competenze cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie per promuovere e mantenere la propria salute.

Moretti (2020), nella sua analisi critica, sottolineava come la *health literacy* non sia una competenza statica, ma un insieme dinamico che, a nostro avviso, in un contesto di vulnerabilità differenziale, ha la capacità di riconoscere forme di agentività del soggetto fragile. La capacità che la persona possiede per esercitare il controllo sulla propria salute e di negoziare i percorsi di cura è condizionata principalmente da fattori contestuali e sociali. Il *CHC* si colloca all'interno della più ampia teoria del capitale culturale di Bourdieu (1984), la quale descrive come le risorse simboliche e sociali possedute dagli individui influenzino il loro accesso ai servizi e alle opportunità disponibili nella società.

Applicato alla salute, il *CHC* si riferisce a quell'insieme di competenze, conoscenze, disposizioni e pratiche che permettono agli individui di interagire in modo efficace con il sistema sanitario (Shim, 2010) e accedere alle risorse contestuali disponibili per curarsi. Il *CHC* è strettamente legato alle disuguaglianze sanitarie, in quanto le persone con un livello più elevato di questo capitale tendono ad avere un migliore accesso alle informazioni mediche, a comprendere le dinamiche del sistema sanitario e a ottenere cure di qualità superiore (Dubbin, Chang e Shim, 2013). Nel contesto della marginalità sociale anche il *CHC* assume un ruolo significativo. I migranti, specialmente quelli in condizioni di irregolarità e senza dimora, spesso possiedono un livello limitato di *CHC*, che li espone a difficoltà nell'accesso alle cure, a barriere linguistiche e a una minore capacità di advocacy per la propria salute (Castaneda, 2023).

La mancanza di documentazione, la precarietà abitativa e l'assenza di reti di supporto formali rendono ancora più difficile il processo di acquisizione e utilizzo del *CHC*.

Il paradigma del *client-centered care* enfatizza la necessità di considerare il paziente come un attore attivo nel processo di cura, un individuo con aspirazioni di benessere e qualità della vita. Tale approccio ritrova una specifica applicazione nell'assistenza ai migranti senza dimora, i quali, a causa di barriere linguistiche, amministrative, di rappresentazione del sé e di rappresentazione collettiva si trovano spesso esclusi dai circuiti formali di assistenza sanitaria (Olivas Hernandez, 2020). In questo contesto il ruolo del mediatore linguistico culturale emerge come un elemento necessario per facilitare questo incontro di intenti, fungendo da ponte tra il migrante ed il sistema sanitario, sebbene la sua efficacia e presenza sia limitata da vincoli di risorse.

4.4 Strategie di cura e forme alternative di benessere

Nel contesto degli insediamenti informali urbani di Palermo, l'analisi realizzata sui percorsi di cura adottati da alcuni migranti senza dimora evidenzia come un *CHC* da strada influenzi le loro strategie di gestione della salute. L'assenza di accesso ai servizi sanitari porta, infatti, questi gruppi a sviluppare pratiche di autocura alternative, spesso basate su utilizzo di dispositivi accessibili e pratiche maturate anche a seguito di esperienzialità biografiche. Queste, come rilevato, hanno spesso origine nell'ambiente di origine, in relazione ad una possibilità di accesso a presidi sanitari formali. Le stesse accompagnano la persona durante le mobilità e possono essere implementate a contatto con le opportunità informali offerte dal contesto. Altre volte queste pratiche vengono acquisite in occasioni specifiche, come ad esempio nel corso della detenzione in carcere, durante la quale gli individui maturano una esperienzialità significativa, e spesso la prima, con i servizi di cura. Questo fenomeno rientra nell'ambito di quella che Shim (2010) definisce negoziazione del capitale culturale sanitario, intesa come capacità della persona di acquisire e mobilitare risorse per navigare nel complesso ecosistema delle cure o delle auto-cure. L'autocura, intesa come strategia di gestione della salute al di fuori del sistema biomedico istituzionalizzato, è una pratica diffusa tra i migranti senza dimora che sono stati coinvolti in attività di osservazione partecipante. Questa popolazione, spesso esclusa dai servizi sanitari formali, ricorre a strategie alternative, tra cui l'uso di alcol, sostanze stupefacenti, farmaci e psicofarmaci, per affrontare il dolore fisico e un disagio psicologico che sembra persistere nel loro quotidiano. Tale fenomeno può essere analizzato attraverso il concetto di pluralismo medico, evidenziato da Menéndez (2003), che riconosce la coesistenza di differenti modelli di attenzione alla salute. L'autocura, come approfondito nel suo articolo, rappresenta un aspetto centrale e spesso

trascurato nella relazione tra le diverse forme di attenzione ai *padecimientos* (sofferenze). Essa si riferisce all'insieme delle pratiche e delle strategie che gli individui mettono in atto per gestire, prevenire e, in alcuni casi, trattare le proprie condizioni di salute al di fuori del sistema sanitario formale.

L'autocura include sia la capacità di adottare comportamenti preventivi quotidiani, come l'alimentazione equilibrata, l'attività fisica, la gestione dello stress e il monitoraggio dei sintomi, sia l'uso di rimedi e pratiche curative che vanno da rappresentazioni locali all'automedicazione. Questa pratica, a livello concettuale, deve essere considerata come parte integrante di un pluralismo di cure in cui convivono e interagiscono vari modelli di attenzione alla salute.

Menéndez evidenzia come, nelle società latinoamericane, queste pratiche, che possono comprendere l'uso di rimedi erboristici, pratiche spirituali o rituali di gruppo, fino a forme organizzate di auto-aiuto come gli *Alcohólicos Anónimos*, siano usate quotidianamente dai soggetti per affrontare le malattie.

Queste pratiche sono il frutto sia di rappresentazioni locali che di risposte pragmatiche alla carenza o alla percepita inefficacia del sistema sanitario formale.

Come osservato, l'autocura praticata negli insediamenti informali è spesso una risposta alla precarietà economica, alla mancanza di accesso ai servizi sanitari e alla vulnerabilità psicosociale.

I migranti in questi contesti urbani informali sviluppano strategie di sopravvivenza basate su reti di supporto informali e sull'uso di sostanze per mitigare lo stress e il dolore.

Anche un recente studio condotto in Spagna ha osservato come tra i migranti disoccupati residenti in insediamenti informali vi sia una correlazione tra disagio psicologico e abuso di sostanze (Gómez-Salgado *et al.*, 2024). L'assenza di servizi sanitari adeguati accentua questa tendenza, portando gli individui a ricorrere all'uso di alcol e di sostanze come forma di gestione autonoma della propria salute.

La prospettiva proposta da Menendez richiama all'inclusione di approcci di *empowerment*, che riconoscano le pratiche di autocura come una risorsa piuttosto che come un problema. Lo stesso evidenzia la necessità di costruire un modello sanitario più inclusivo e rispondente alle esigenze delle popolazioni vulnerabili.

Le strategie di autocura sviluppate dai migranti senza dimora, sebbene spesso legate a condizioni di estrema marginalità, possono essere interpretate anche come espressione di una 'cura di sé' e di una 'cura comunitaria' (Kittay, 1999), che emergono in contesti di privazione. L'intervento dello Sportello, in questa prospettiva, non solo facilita l'accesso ai servizi formali, ma valorizza queste pratiche informali, integrandole in un quadro più ampio di responsabilità collettiva verso la salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2007) riconosce la coesione sociale come determinante di salute, sottolineando che l'integrazione nelle reti comunitarie migliora gli esiti sanitari.

Gli interventi di "attività ponte" che sono stati realizzati nel corso di quest'anno tra gli insediamenti informali e l'ambulatorio per popolazioni vulnerabili dell'ARNAS Civico di Palermo hanno mostrato come la promozione di spazi di contatto tra pazienti e servizi sanitari possa favorire una maggiore consapevolezza sui percorsi di cura e limitare gli effetti negativi dovuti all'utilizzo delle sostanze come dispositivo capace di ottenere un equilibrio di benessere in strada. Questi interventi hanno facilitato nel migrante la conoscenza dei servizi disponibili, altresì rafforzato un certo senso di

appartenenza e del poter contare su un supporto non giudicante. Elementi fondamentali per la costruzione di un sistema di salute equo e accessibile².

Per poter descrivere in maniera evidente i processi che hanno interessato i migranti nel passaggio da una gestione informale e di autocura della salute ad una formale offerta dall'ambulatorio dell'ARNAS prendiamo a prestito i processi interni al modello del Patient Health Engagement (PHE), sviluppato da Graffigna e Barello (2018), utilizzandoli per le nostre suggestioni di risultato di ricerca.

Il modello PHE descrive un percorso che porta il paziente da una condizione di passività e disorientamento a una partecipazione attiva nel processo di cura. Questo descrive il processo di coinvolgimento di un individuo nel proprio percorso di cura, articolandolo in quattro fasi. Questo schema permette di descrivere alcune *case studies* di migranti senza dimora di origine africa centro-occidentale che sono transitati da un uso dell'alcool a scopo terapeutico all'accesso alle cure mediche in un ambulatorio sanitario.

Nella prima fase, *Blackout/Disengagement*, il migrante, già fragile, si trova in una condizione di estrema vulnerabilità. Le difficoltà legate all'accesso ai servizi sanitari, alla lingua e alla precarietà abitativa lo portano a sviluppare strategie di autocura basate sulle sostanze per gestire sia una condizione di malessere psicologica che il dolore fisico causato da diverse eziologie che vengono, tra l'altro, aggravate dagli effetti delle stesse sostanze.

La sfiducia nei confronti delle istituzioni sanitarie e l'assenza di alternative concrete rafforzano questa condizione di disimpegno totale dalla cura formale. In una seconda fase, *Consapevolezza/Arousal*, lo stesso inizia a percepire i limiti dell'autocura basata su sostanze e riconosce che questa pratica può aggravare le proprie condizioni di salute. Questa consapevolezza può derivare a seguito dell'interazione con operatori sociali o volontari che lo indirizzano/accompagnano verso i servizi di cura. Tuttavia, permangono paura e incertezza rispetto all'accesso ai servizi sanitari formali, specialmente per il timore di discriminazione o di conseguenze legali. Nella terza fase di *Attivazione/Adhesion*, il migrante decide di rivolgersi in maniera più assidua all'ambulatorio sanitario. L'accoglienza da parte di operatori sociosanitari, preparati a gestire le sue difficoltà sociali e linguistiche, ha un ruolo fondamentale per costruire un rapporto di fiducia. Durante questa fase, il migrante inizia a aderire ai consigli medici e a ridurre progressivamente l'uso di alcol, comprendendo i benefici delle cure formali. Tuttavia, il rischio di ricadute è elevato e il supporto continuativo da parte degli operatori è essenziale per rafforzare questo percorso. Infine, nella fase di *Coinvolgimento proattivo/Eudaimonic Project*, il migrante sviluppa un approccio attivo alla gestione della propria salute. Comprende l'importanza delle cure mediche e inizia a rivolgersi autonomamente ai servizi sanitari per i propri bisogni. La partecipazione a programmi di supporto, ad attività comunitarie e la governabilità di talune determinanti sociali della salute, l'alloggio in primis, può facilitare la stabilizzazione del suo percorso di salute. Gli operatori sociosanitari sostengono primariamente *l'empowerment* del migrante, ed attraverso ciò ne promuovono l'autonomia e l'integrazione nel sistema di cura formale. In linea con un processo complesso che richiede un accompagnamento sensibile e strutturato. Inoltre, si è osservato come la persona interessata abbia avuto, a sua volta, un ruolo di coinvolgimento e promozione alla partecipazione di altri migranti che non avevano ancora maturato l'idea di poter accedere in maniera "non emergenziale" ai servizi di cura territoriali. Questo approccio si è rivelato particolarmente utile anche per comprendere le dinamiche di *engagement* con

² Cfr. Dichiarazione di Alma-Ata del 1978

i migranti senza dimora conosciuti a Palermo. L'implementazione di strategie di “fidanzamento” sanitario nei contesti di marginalità migliora l'aderenza alle terapie e favorisce i citati processi di *empowerment*.

L'auto-efficacia, intesa come la capacità di esercitare controllo sulle proprie condizioni di vita (Bandura, 1997), è spesso compromessa in contesti di vulnerabilità sociale ed economica. Tuttavia, la partecipazione attiva al sistema sanitario, mediata da figure di supporto e da interventi di sensibilizzazione, può favorire un miglioramento delle condizioni di salute e una riduzione dell'uso di pratiche sanitarie ad alta iatrogenesi.

Lo sportello sociale per i diritti umani, attivo presso la UOSD Patologie infettive e popolazioni vulnerabili dell'ARNAS Civico di Palermo da circa un anno, è un elemento interno ad un modello di intervento pragmatico con un approccio multidimensionale e intersezionale finalizzato a favorire l'inclusione sanitaria della persona. Lo sportello si è configurato come un presidio di mediazione tra i migranti senza dimora dell'insediamento urbano ed il contesto istituzionale, facilitando l'interazione con i servizi sanitari e sociali. Una delle funzioni centrali dello sportello è stata l'orientamento e l'accompagnamento all'accesso al Sistema Sanitario Nazionale, allo scopo di garantire una presa in carico sanitaria ed una corretta comprensione delle procedure di iscrizione, quando possibile, agli Uffici di Anagrafe competenti. Parallelamente, lo sportello ha assunto un ruolo attivo nella promozione della salute, veicolando prevenzione e sensibilizzazione attraverso un approccio linguistico accessibile e di rispetto delle differenti rappresentazioni del sé. Questo approccio ha contribuito a rafforzare la consapevolezza e l'empowerment dei migranti in relazione al proprio benessere. Attraverso un'analisi degli accessi in *outreach* ed esiti di interventi con alcuni *case studies* conosciuti all'interno degli insediamenti informali è maturata l'evidenza che pratiche di integrazione tra servizi formali e reti informali, il potenziamento delle capacità di auto-gestione della salute e la promozione di modelli di *engagement* partecipativi rappresentano strategie fondamentali per garantire un accesso equo alle cure e migliorare gli esiti sanitari in contesti di marginalità urbana.

5. CONCLUSIONE

L'analisi dello Sportello Sociale per i Diritti Umani presso l'ARNAS Civico di Palermo evidenzia come un approccio integrato e multidimensionale possa rappresentare un modello efficace per favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociali da parte dei migranti in condizioni di vulnerabilità. Attraverso un sistema che coniuga mediazione linguistico-culturale, empowerment individuale e co-progettazione di percorsi di cura personalizzati, lo Sportello ha dimostrato di poter abbattere barriere linguistiche, burocratiche e di sfiducia, facilitando l'inclusione sanitaria e sociale. L'esperienza dello Sportello Sociale dimostra che un modello di accoglienza integrata, fondato sui principi dell'Etica della Cura (Held, 2006), può trasformare la vulnerabilità in opportunità di inclusione. La sfida futura sarà quella di promuovere politiche sanitarie e sociali che, ispirate a questa prospettiva, riconoscano la centralità delle relazioni e della responsabilità verso gli altri come pilastri di una società più giusta ed equa. L'osservazione delle strategie di autocura adottate nei contesti informali conferma la necessità di modelli di intervento flessibili, capaci di riconoscere e valorizzare le risorse individuali e comunitarie dei migranti. In questa prospettiva, l'approccio dell'*engagement* sanitario, mutuato dal Patient Health Engagement Model, si è rivelato particolarmente utile per comprendere e supportare il percorso che porta dal disorientamento iniziale a una partecipazione attiva nel sistema di cura.

Tuttavia, permangono criticità strutturali, tra cui la carenza di risorse, la rigidità burocratica e la frammentazione delle politiche di accoglienza, che limitano la sostenibilità e la scalabilità di interventi come quello dello Sportello Sociale. Per garantire una reale equità nell'accesso alla salute, è necessario un rafforzamento delle reti di collaborazione tra istituzioni pubbliche, terzo settore e comunità locali, promuovendo pratiche di accoglienza che superino la logica dell'emergenza per strutturarsi come parte integrante delle politiche sanitarie e sociali. L'esperienza dello Sportello non è solo un modello di assistenza, ma un esempio di come la salute possa essere concepita come diritto universale, declinato attraverso strategie inclusive e partecipative. La sfida futura sarà quella di consolidare e diffondere tali modelli, affinché il diritto alla salute non sia un privilegio, ma una garanzia effettiva per tutti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bandura, A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson Trento.
- Baraldi, C., & Gavoli, L. (2019). *La mediazione linguistico culturale nei servizi sanitari*. Milano: Franco Angeli.
- Bateson, G. (2000). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.
- Beneduce, R. (2021). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2003). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*. New York: The Commonwealth Fund.
- Callea A., Caruso E., Moncada A., Prestileo T., Siracusa L. (2025). *Salute e marginalità urbana: il caso dei Migranti senza dimora e il ruolo dell'U.O.S.D. "Patologie infettive per le popolazioni vulnerabili. Centro Assistenza Stranieri Lucia Pepe" dell'ARNAS Civico di Palermo*. Sicurezza e Scienze Sociali. Milano: Franco Angeli (in pubblicazione).
- Castañeda, H. (2022). *Migration and Health. Critical Approaches to Health*. Londra: Routledge.
- Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (2012).
- Costituzione della Repubblica Italiana (1947).
- De Mauro, T., & Vedovelli, M. (2001). *Dante, il gendarme e la bolletta. La comunicazione pubblica in Italia e la nuova bolletta Enel*. Roma-Bari: Laterza.
- Dubbin, L., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). *Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care*. *Soc Sci Med*, 2013.
- Fischhoff, B., & Downs, J. S. (2011). *Communicating risks and benefits: An evidence-based user's guide*. U.S. Food and Drug Administration.
- Foucault, M. (2005). *Spazi altri. I luoghi delle eterotopie*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Freire, P. (1970). *Pedagogia degli oppressi*. Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge USA: Harvard University Press.
- Gómez-Salgado, J., Carrión-Rico D, García-Iglesias J.J, Climent-Rodríguez J.A., Miranda-Plata R., Pichardo-Hexamer R., Navarro-Abal Y., Fagundo-Rivera J., Vaca-Acosta R.M., Ruiz-Frutos C., Regina Allande-Cussó. (2024). *Psychological distress among unemployed migrants settling in southwestern Spain: A cross-sectional study*. Baltimore

- Graffigna, G., & Barello, S. (2018). *Engagement. Un nuovo modello di partecipazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Guttman, N., & Salmon, C. T. (2004). Guilt, fear, stigma and knowledge gaps: Ethical issues in public health communication interventions. *Bioethics*, 18(6), 531-552.
- Habermas, J. (2022). *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond culture*. Surrey: Anchor Books.
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Londra: Oxford University Press.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. Londra: Routledge.
- Lefebvre, H. (1974). *La produzione dello spazio*, Milano: Moizzi Editore.
- 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.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *I determinanti di salute*. Pisa: Edizioni ETS.
- Menéndez, E. L. (2003). Modeli di attenzione dei padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-207.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. California: University of California Press.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. Londra: Oxford University Press.
- Olivas Hernandez, O. L. (2020). *Migrant trajectories and health experiences: Processes of health/illness/care for drug use among migrants in the Mexico–United States border region*. In OMS (1946). *Preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*.
- Pizzo, C. (2021). *Pierre Bourdieu, Sociologia generale. Sistema, habitus, campo* (Vol. 2). Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2007) Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO Press; (2010). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO Press.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Serianni, L. (2005). *Un treno di sintomi. I medici e le parole: percorsi linguistici nel passato e nel presente*. Milano: Garzanti.
- Shim, J. K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Londra: Routledge.
- Waitzkin, H. (1993). *The politics of medical encounters: How patients and doctors deal with social problems*. Yale University Press.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.