

Enrica Caruso (1,2), Lucia Siracusa (3), Alberto Moncada (2), Gabriele Raspanti La Scala (4), Ripom Ahmed Maruf (4), Ema Mendonca (5), Tullio Prestileo (3) per I.Ta.C.A. network *

Curare è un atto collettivo.

Mediazione interculturale, terapia come prevenzione (TasP) e nuove cittadinanze in Europa

Questo articolo esamina il ruolo critico della mediazione linguistico-culturale nel garantire equità nell'accesso e nella fruizione dei percorsi di cura per tubercolosi (TB), HIV ed epatite B (HBV), con particolare attenzione ai minori stranieri non accompagnati (MSNA). Attraverso una revisione sistematica della letteratura) e l'analisi di casi studio, evidenziamo come l'integrazione strutturata di mediatori culturali nei servizi sanitari non solo migliori l'aderenza terapeutica del 25-40% (Cohen et al., 2016; Codecasa et al., 2020) e riduca le disuguaglianze nell'immunizzazione contro l'HBV (Napoli et al., 2020), ma agisca anche su fattori psicologici determinanti per la salute: riduzione dello stigma, incremento della fiducia nel sistema sanitario, sostegno all'elaborazione del trauma migratorio e potenziamento dell'autoefficacia percepita. In questa prospettiva, il paradigma del *Treatment as Prevention* (TASP) viene adottato non solo come strategia clinica, ma anche come metafora relazionale: prendersi cura di una persona significa creare le condizioni affinché l'intera comunità sia più sicura, coesa e resiliente. Tale lettura permette di cogliere la mediazione linguistico-culturale come pratica di giustizia sociale e di costruzione di legami di fiducia, elementi essenziali per il successo di qualunque intervento sanitario nei contesti migratori.

Il presente contributo scientifico è stato realizzato anche con la collaborazione di ANLAIDS Sicilia, sezione “Felicia Impastato” Palermo

1. Introduzione

Nell'ambito delle malattie infettive—HIV, tubercolosi (TB) ed epatite B (HBV)—la mediazione linguistico-culturale si configura oggi come elemento imprescindibile per garantire equità sanitaria in contesti ad alta complessità sociale. In particolare, le popolazioni migranti e, tra esse, i minori stranieri non accompagnati (MSNA) risultano tra i gruppi più esposti al rischio di esclusione dai servizi sanitari, sia per barriere formali (burocratiche e legali) sia per ostacoli informali legati a lingua, cultura, stigma

e trauma migratorio (Bischoff et al., 2021; WHO, 2024). In questo scenario, la presenza di mediatori culturali non si limita a facilitare la comunicazione tra utenti e operatori sanitari: contribuisce alla co-costruzione di percorsi di cura culturalmente appropriati, sostenibili e capaci di generare fiducia.

La prospettiva adottata in questo lavoro è trasdisciplinare: integra sanità pubblica, psicologia della salute e della cultura, e studi sulla giustizia sociale. Assumiamo che l'efficacia degli interventi non dipenda soltanto da protocolli clinici, ma anche da processi relazionali e simbolici—alleanza terapeutica, autoefficacia percepita, gestione dello stigma—che mediano l'accesso, la comprensione e la continuità dei percorsi (Kleinman, 1980; Greenhalgh et al., 2020). In questo senso, il *Treatment as Prevention* (TASP) è considerato non solo come strategia clinica, ma anche come metafora relazionale: prendersi cura di una persona significa creare condizioni perché l'intera comunità sia più sicura, coesa e resiliente.

Diversi studi mostrano che l'interazione fra determinanti sociali della salute e disuguaglianze strutturali produce effetti particolarmente acuti nei nodi critici della prevenzione, diagnosi precoce e aderenza terapeutica in infettivologia (Marmot et al., 2020; Solar & Irwin, 2010). Laddove l'assenza di strumenti di mediazione genera ritardi diagnostici, drop-out terapeutici e sfiducia nelle istituzioni, l'introduzione di percorsi integrati di mediazione ha dimostrato effetti significativi sul miglioramento degli esiti, soprattutto in contesti ad alta vulnerabilità. Una recente analisi del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC, 2023) segnala, ad esempio, che l'inserimento di mediatori culturali nei programmi di trattamento dell'HIV ha determinato un incremento medio del 32% nell'aderenza terapeutica tra i migranti di prima generazione.

In ambito TB, studi longitudinali indicano che la mediazione qualificata si associa a una riduzione statisticamente significativa delle interruzioni precoci di terapia (Dhavan et al., 2019; Codecasa et al., 2020)—un fattore cruciale poiché trattamenti incompleti aumentano il rischio di resistenze (WHO, 2023). Nel caso dell'HBV, la mediazione risulta decisiva per facilitare l'accesso vaccinale dei MSNA—superando gap informativi, complessità del consenso e diffidenza—con incrementi di copertura documentati in Italia (Napoli et al., 2020; Seedat et al., 2021). Queste evidenze sono coerenti con l'ipotesi psicologico-relazionale: riduzione dell'ansia, maggiore comprensione del percorso, rafforzamento della motivazione e della *retention in care*.

Il quadro di riferimento normativo riconosce la salute come diritto umano fondamentale (art. 32 Costituzione; art. 12 Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali). Tuttavia, il diritto rischia di restare inapplicato per i gruppi vulnerabili se non si interviene per rimuovere le barriere che ne ostacolano l'esercizio effettivo. In tal senso, la mediazione culturale va intesa come dispositivo di giustizia sociale, non come mero servizio ancillare, e si iscrive nell'approccio intersezionale alla salute

pubblica, in cui identità migratoria interagisce con età, genere e status legale nel determinare l'accessibilità ai servizi (Crenshaw, 1991; Ingleby et al., 2022).

Obiettivi dello studio. Questo lavoro analizza criticamente il ruolo della mediazione linguistico-culturale nella gestione integrata di HIV, TB e HBV attraverso una revisione sistematica della letteratura 2014–2024 e l'analisi di casi studio italiani e internazionali. Gli obiettivi sono due: (1) evidenziare i benefici concreti della mediazione nei percorsi di cura dei MSNA e dei migranti vulnerabili; (2) proporre una riflessione su modelli organizzativi e policy affinché la mediazione diventi parte strutturale, stabile e qualificata dei sistemi sanitari europei, in linea con SDG 3.3e con le raccomandazioni OMS (WHO, 2024). Anticipiamo inoltre una sezione di riflessione locale sul lavoro integrato tra Sportello Sociale per i Diritti Umani e UOSD Patologie Infettive per le Popolazioni Vulnerabili, per illustrare come l'approccio transdisciplinare si traduca operativamente nei contesti reali.

2. La mediazione linguistico-culturale come infrastruttura di equità nella cura delle malattie infettive

Nel campo della sanità pubblica, e ancor più nella gestione delle malattie infettive ad alta complessità sociale, la mediazione linguistico-culturale si configura come infrastruttura di equità, ben oltre il ruolo meramente strumentale che le è spesso attribuito. Essa si colloca oggi al crocevia tra diritto alla salute, decolonizzazione delle pratiche sanitarie e riconoscimento delle soggettività migranti, soprattutto laddove la vulnerabilità non è soltanto clinica, ma prodotta da un intreccio di fattori giuridici, linguistici, culturali e socio-economici (Bischoff et al., 2021; Ingleby et al., 2022).

La letteratura evidenzia come le barriere linguistiche e culturali rappresentino uno degli ostacoli principali all'accesso e alla qualità dei servizi sanitari per i migranti, con effetti particolarmente critici nei contesti in cui la diagnosi precoce, la compliance terapeutica e il monitoraggio clinico sono elementi centrali per contenere la diffusione e la cronicizzazione di patologie come HIV, TB ed HBV (Chiarenza et al., 2019; WHO, 2023). Nei percorsi di cura dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), il ruolo della mediazione diventa ancora più evidente: adolescenti e giovani adulti che si trovano a interagire con sistemi sanitari complessi, spesso senza figure parentali o reti di sostegno, e privi di strumenti linguistici e cognitivi per comprendere le procedure diagnostiche e terapeutiche (Seedat et al., 2021; Ministero della Salute, 2023).

In questo contesto, la mediazione agisce come ponte epistemico, capace di tradurre non solo le parole, ma anche i mondi simbolici che definiscono il significato del corpo, della malattia, del rischio e della

cura. Ciò ha ricadute sia sul piano psicologico (riduzione dell'ansia, miglioramento della percezione di controllo, rafforzamento dell'autoefficacia), sia sul piano relazionale (costruzione di fiducia, riduzione dello stigma, aumento dell'alleanza terapeutica). Si inserisce, così, all'interno di un'ecologia relazionale della salute, che vede la comunicazione come processo di co-costruzione del significato e come condizione essenziale per il consenso informato e l'empowerment del paziente (Greenhalgh et al., 2020; Flores, 2005).

Il paradigma del *Treatment as Prevention* (TASP), consolidatosi a partire dagli studi di Cohen et al. (2011) in ambito HIV, dimostra che l'efficacia terapeutica individuale ha impatti diretti sulla trasmissione comunitaria del virus. Tuttavia, nei contesti migratori emergono profonde asimmetrie di accesso: secondo UNAIDS (2023), il ritardo diagnostico nei migranti dei paesi ad alto reddito è in media di 14-18 mesi rispetto alla popolazione autoctona, e i tassi di drop-out entro i primi sei mesi superano il 30% in assenza di supporti interculturali. In questo spazio critico, la mediazione culturale mostra il suo potenziale trasformativo: studi recenti (Dhavan et al., 2019; ECDC, 2023) indicano che l'inserimento sistematico di mediatori riduce del 25-40% le interruzioni precoci di terapia, con effetti positivi su retention in cure e soppressione virale.

Anche nel caso della tubercolosi, malattia a forte carica simbolica e associata storicamente a povertà e "pericolosità sociale", la mediazione è determinante. Analisi condotte in centri TB in Italia (Codecasa et al., 2020) dimostrano che l'assenza di mediazione è correlata a tassi di abbandono del trattamento fino al 42%, mentre la presenza di mediatori qualificati garantisce diagnosi più precoci, continuità terapeutica e migliore comprensione del regime farmacologico. Ciò conferma come la mediazione non sia un atto neutro, ma una pratica etica che ridefinisce la cura come relazione e responsabilità condivisa.

Nel caso dell'epatite B, l'impatto è tangibile soprattutto nella prevenzione primaria. La mediazione favorisce l'adesione ai programmi vaccinali mirati, spiegando le ragioni della vaccinazione, riducendo diffidenze culturali e superando ostacoli burocratici. In Italia, lo studio di Napoli et al. (2020) documenta un aumento del 58% della copertura vaccinale nei centri di accoglienza con mediatori stabili rispetto a quelli privi di tale risorsa; il progetto HBV-Free (SIMIT, 2022) conferma che protocolli integrati tra sanità pubblica e mediazione hanno migliorato sia l'accesso alla profilassi sia la compliance nei richiami.

Da una prospettiva di determinanti sociali della salute (Marmot et al., 2020), la mediazione contribuisce alla rimozione delle barriere sistemiche, passando da servizio collaterale a elemento strutturale del sistema. L'istituzionalizzazione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come raccomandato dall'ISS

(2021) e dall'OMS (WHO, 2024), rappresenta un passo decisivo verso un sistema sanitario realmente universalistico e inclusivo.

Infine, la mediazione comporta anche una sfida epistemologica: riconoscere che la salute è una pratica situata, costruita nell'incontro fra visioni diverse del mondo. Come ricorda Kleinman (1980), "la cura è sempre anche interpretazione": la mediazione è, dunque, arte politica e linguistica che rende possibile questo incontro, fondando un approccio etico alla prevenzione e al trattamento.

3. Mediazione interculturale, TASP e Sportello Sociale per i Dritti Umani: dall'ospedale alla comunità

La mediazione linguistica e culturale è un dispositivo in uso in Italia da oltre trent'anni e rappresenta lo strumento fondamentale per il superamento delle barriere linguistiche e culturali all'interno di azioni e relazioni con cittadini provenienti da background culturali *altri*. La mediazione culturale, pur essendo una disciplina in sé autonoma, trova la propria declinazione applicativa in moltissimi ambiti: dal mercato del lavoro all'istruzione ai servizi sociali, dall'ambito giuridico all'arte al terzo settore e, naturalmente, la sanità. (Donnici, 2010)

La mediazione non si limita a tradurre un messaggio, quanto piuttosto ad avvicinare, a far da ponte tra la persona straniera e la cultura del paese ospitante, per il tramite di una comunicazione assertiva e conciliatoria di eventuali conflitti (ivi). Essa consiste dunque nel veicolare un messaggio che sia massimamente comprensibile alla persona, resolvendo mutuali dissidi e insieme condurla, accompagnarla in un processo di informazione e comprensione di elementi culturali nuovi, lungo un asse comunicativo bidirezionale in cui anche la controparte autoctona, cioè appartenente, nativa della cultura ospitante, sarà tenuta a sforzarsi per conoscere e capire il portato culturale della persona che ha di fronte. In un secondo tempo, se il processo di mediazione va a buon fine, se questo movimento dialettico (Bennett, 2016) è armonioso e le risorse adattive (ivi) sono impiegate con puntualità e sufficiente efficacia, si potrà assistere a quell'effetto di mutuo rispetto e coesistenza capaci di generare, di co-costruire una nuova relazione. Mediare coinvolge profondamente gli attori coinvolti nella comunicazione, non soltanto per la complessità del lavoro ermeneutico sopra accennato, quanto per l'impiego di risorse interiori al soggetto che richiedono una costante, energivora negoziazione tra resistenza e adattamento, tra timore di perdere elementi identitari propri e la possibilità di raggiungere, attraverso un processo trasformativo dialettico e di co-costruzione, una nuova posizione soggettiva.

L'Ospedale ARNAS Civico di Palermo utilizza lo strumento della mediazione nella gestione del paziente straniero avvalendosi di professionisti accreditati da circa dieci anni e, dall'ottobre 2022, la

presenza del mediatore culturale è diventata una figura semistrutturata all'interno dell'ospedale, con una presenza quotidiana all'interno dell'Unità Dipartimentale di Patologie Infettive nelle Popolazioni Vulnerabili e Migranti. Qui il setting medico-mediatore-paziente rappresenta una modalità di lavoro stabile. L'impiego della mediazione linguistica, come detto, permette di superare una prima, significativa, barriera nel percorso di cura del paziente straniero: la lingua. Poter comunicare in una lingua comprensibile ed efficace, rappresenta tanto un passaggio cruciale nel percorso di salute della persona quanto la certezza di agire in linea con quei principi di equità nell'accesso ai servizi sanitari normati a livello nazionale -su tutti, il già citato Articolo 32 della Costituzione Italiana- e internazionale (WHO, 2008).

Riferendoci alla popolazione straniera e vulnerabile, la complessità di un approccio integrato come quello sopra descritto, trova il proprio campo di realizzazione in un ambito già di per ciò stesso impervio della salute: le malattie infettive.

Non è inusuale, infatti, affrontare aspetti extra clinici durante la condivisione di una nuova diagnosi con un paziente: HIV, epatiti, sifilide e in generale le infezioni sessualmente trasmesse (d'ora in avanti IST), come anche polmoniti virali e tubercolosi, al pari di diagnosi che ricadono sotto altre discipline mediche specialistiche, sono in grado di elicitare angosce, incertezza sul presente e sul futuro, sfiducia, timore dello stigma e del giudizio in chi le riceve. Non solo il peso specifico della diagnosi ma quel portato di elementi emotivi, relazionali, di qualità di vita, accompagnano l'esito di uno screening, stravolgendo radicalmente la vita della persona, e, insieme a essa, ne viene investita la rete più intima delle relazioni affettive così come quella allargata, ad esempio sul luogo di lavoro. Tutti questi elementi sono essi stessi determinanti di salute (Marmot, 2015).

Appartenere alla stessa cultura, condividere lingua e rappresentazioni, riduce certamente il gap sia nell'efficacia della presa in carico dalla parte dell'operatore sanitario sia dell'aderenza terapeutica dalla parte del paziente. Ma se il paziente è straniero? È bene ribadire che tanto la barriera linguistico-culturale (Betancourt, 2002) quanto il background migratorio o l'appartenere ad una minoranza etnica (Ingleby, 2019), rappresentano, ancora, dei determinanti di salute: indugiare o perfino ignorare questi elementi significa inficiare la direzione della cura a cominciare proprio dal livello di basale co-costruzione di relazione terapeutica che si fonda sul rapporto di fiducia medico-paziente, cionondimeno trascurare quel portato materiale e simbolico di rappresentazioni culturalmente strutturate di elementi inerenti la malattia, la cura e, infine, la salute stessa.

A sostegno del lavoro clinico serve perciò quella flessibilità tipica della *intercultural communication* che si intreccia inseparabilmente all'opera di interpretariato del mediatore; calare quanto detto, nell'ambito

delle malattie infettive e delle IST, significa reificare quei principi di cura -e salute- sintetizzabili nella formula *curare è un atto collettivo*. Non soltanto, dunque, coinvolgere attivamente il paziente nel proprio percorso di cura, attraverso un lavoro pregnante di chiara informazione, ma restituire quel carattere di irripetibile singolarità di cui è portatore, sia questi un cittadino straniero residente o un migrante¹. Insieme a ciò, l'atto collettivo, conosce *movimenti* interni ed esterni al *setting* clinico. Per movimento interno è da intendersi il poter comunicare in una lingua -e in un linguaggio- che sia pienamente fruibile agli attori coinvolti e che dischiuda a quel miglioramento della relazione di cura già individuato da Betancourt (ivi), garantendo al paziente un percorso di qualità e, insieme, la restituzione della propria posizione di centralità e agentività. (Caruso *et al.*, 2025, 1). Riguardo l'atto collettivo come movimento esterno, esso riguarda tanto l'attività gruppale e multidisciplinare all'interno dell'ambulatorio, quanto, ancor di più e meglio, l'effetto sociale del trattamento. Con particolare riferimento all'HIV, negli ultimi vent'anni acronimi come TasP, PreP, PeP, ART, U=U², sono stati accompagnati tanto da sguardi di positiva speranza dal mondo scientifico e dalla società, quanto da esitante perplessità (LILA, 2014). Cionondimeno, seppur la persona sieropositiva, come la persona diabetica o psicotica, può essere sussunta nella categoria delle persone non in salute, dunque che non viva di un completo benessere fisico, mentale e sociale (WHO, 1948), questa è tuttavia foriera di una caratteristica che altre condizioni non necessariamente portano: la trasmissibilità.

La strategia del trattamento come prevenzione (TasP), talvolta tacciata di un potenziale di medicalizzazione ingiustificata (Ministero della Salute, 2014), così come di deresponsabilizzare la persona circa i rischi di trasmissione (Bond *et al.*, 2016), rappresenta tuttavia un formidabile strumento per la tutela della salute pubblica e individuale. Ridurre la morbosità, alleviare il peso del rischio di

¹ Si è fatto fin qui riferimento ad una generica persona 'straniera', ma va da sé che non vuole essere un implicito di responsabilità; non esite altresì una definizione univoca e unitaria, giacché interpretazioni giuridiche, filosofiche e sociologiche possono darne un'immagine talvolta non reciprocamente sovrapponibile. Il project manager iraniano in relocation in Italia è, in certa misura, straniero quanto lo è il negoziante bengalese residente, così come il turista giapponese in crociera lo è dello studente estone in Erasmus. Volendo risolvere, almeno in minimo grado, l'ambiguità riguardo la persona migrante, che, diversamente dagli esempi riportati, è in una posizione soggettiva *liminale* -non appartiene più allo *stato* in cui viveva prima di lasciare il Paese d'origine e non ne ha ancora acquisito pienamente uno nuovo nel Paese ospitante- col termine straniero è da intendersi la persona appartenente ad un mondo culturale *altro*.

² TasP, treatment as prevention, strategia di prevenzione in cui la persona con HIV assume terapia antiretrovirale per contenere/ridurre la carica virale e abbassare il rischio di trasmissione del virus

PreP, pre-exposure prophylaxis, profilassi pre-esposizione, è un farmaco che si assume per prevenire l'infezione da HIV

PeP, post-exposure prophylaxis, profilassi post-esposizione, è un trattamento da assumere in emergenza dopo un'esposizione accidentale per evitare che il virus si stabilisca dopo un singolo evento

ART, antiretroviral therapy, terapia antiretrovirale, è un trattamento composto da una combinazione di farmaci, usato per combattere l'HIV

U=U, undetectable= untrasmissibile, è un acronimo internazionale tradotto come non *rilevabile*=non *trasmissibile*.

Questo principio scientifico fondamentale dimostra che una persona con HIV che segue regolarmente la terapia antiretrovirale e raggiunge una carica virale non rilevabile non può trasmettere il virus attraverso rapporti sessuali.

trasmissione all'interno di coppie sierodiscordanti, per stabili che siano, si traduce in un beneficio clinico e in un generale -ma significativo- miglioramento della qualità della vita (ADNKronos, 2024). La via regia resta anzitutto quella dello screening. Tuttavia, al di là dei benefici a valle, cioè di iniziare con buona aderenza un percorso di cura, esiste però, a monte, un aspetto transculturale legato allo stigma e al giudizio proprio a partire dallo screening. Temporeggiare o rinunciare a uno screening significa ritardare la diagnosi, postponendo il momento di inizio della cura e aumentando considerevolmente il rischio di trasmissione involontaria. In questo senso, fattori come paura, stigma, o il peso percepito del trattamento possono costituire ostacoli significativi, fino a portare in alcuni casi alla rinuncia allo screening.

In questo senso, l'intervento della mediazione non si costituisce come forza che polarizza la comunicazione condizionando la scelta del paziente, auspicando l'accettazione dello screening; esso si pone anzitutto come strumento, per così dire, di garanzia. La persona deve essere informata correttamente e integralmente, ogni propria domanda, dubbio, remora, potrà venire espresso e condiviso con il medico. Orientamento e non condizionamento, proprio perché, inoltre:

[...] as with other infectious diseases, barriers are likely to include low risk perception, limited access to healthcare, particularly for irregular migrants, and socio-economic, cultural and language barriers.
 (ECDC, 2018)

Non si tratta solo della condivisione di informazioni, ma, appunto, di garantire che attraverso queste il paziente possa trovarsi nella possibilità di poter decidere responsabilmente e, ancora una volta, co-costruire una relazione di fiducia partecipata e condivisa.

Inevitabilmente, il tutto tesserà dialoghi intrisi di elementi emotivi, più profondi, che seppure non risolvono quell'impatto col reale (Lacan, 1954) della diagnosi che insiste sul paziente, serviranno da sostrato per la relazione di fiducia con il medico e il mediatore di cui si è ampiamente accennato. Rispettare e co-costruire una tale intima relazione permettono al soggetto che abita il corpo 'malato' di riacquisire quella inviolabile dignità che soltanto la restituzione dell'*altro*, proprio entro una relazione sociale, può pienamente consolidare, se non addirittura legittimare. Il mediatore, passato dall'essere progressivamente strumento necessario a presenza indispensabile, assolve ora non soltanto alla funzione essenziale del *dare-voce*, ma anche a catalizzatore dell'esperienza di corpo vissuto (Merleau-Ponty, 1945) altrimenti muta. E anzi è proprio perché la relazione può svilupparsi, riducendo qualsivoglia distanza per mezzo della mediazione e alimentando quella circolarità (Caruso et al., 2025, 1) che quel radicale (Cimatti, 2009), forse il più sovversivo degli atti linguistici, può essere considerato, inequivocabilmente, *significante*.

Un approccio multidisciplinare consente quindi di lavorare sulla malattia nella sua dimensione di alterazione organicistico-funzionale e soggettivo-esperienziale, sicché comprendere la malattia significa, parimenti, comprendere la persona che soffre.

Dialogo, confronto, risoluzione delle difficoltà, coesione, aprono a quei processi distintivi le dinamiche di gruppo, passate in rassegna, dettagliatamente, nella magistrale opera di Haslam (2015). La possibilità di un dialogo facilitato dalla presenza del mediatore conduce come detto ad una relazione più stabile e di mutua comprensione: un paziente che si sente ascoltato e compreso si sentirà perciò accolto, incluso in un nuovo *ingroup* di cui è attivo partecipante. L'approccio, anzi meglio lo stile comunicativo, non di rado non-formale, rafforza la partecipazione e l'aderenza alle cure: il medico non si pone con quel grave distacco dal paziente, tipico di una certa generazione di medici, e così anche il paziente, non persisterà in quel passivo e sommerso silenzio, nell'attesa che gli venga fornita un'indicazione o una prescrizione. Il paziente non scambia il medico -né il mediatore- per un amico; ciascuno mantiene la propria identità personale e il proprio ruolo all'interno del setting di cura, ma esso stesso (il setting) nel proprio determinarsi e strutturarsi, rafforza la motivazione del paziente, consapevole del fatto che troverà puntualmente quella controparte, in termini di supporto, pronta a rispondere alla sua domanda di salute. Tale modalità di lavoro, pur non avendo un'esplicita funzione terapeutica, porta nondimeno un che di curativo nella vita della persona; l'ospedale è un luogo di protezione e aiuto e proprio perciò non può non tener conto di quelle vulnerabilità che si associano al soggetto malato e che talvolta non si legano direttamente alla malattia.

Ancora una volta: capire la malattia significa comprendere la persona che soffre. Ciò implica un agire seguendo instancabilmente quell'inderogabile responsabilità personale e istituzionale che questo ambito professionale richiede e i cui benefici non si esauriscono all'interno degli ambulatori, ma permettono alla persona di analizzare e reinterpretare, in maniera positiva ed edificante, quello stato di passaggio e quella propria intima posizione soggettiva, mutata nello spazio di tempo compreso tra il prima e il dopo la diagnosi: *l'illness* (Kleinman, A. 1988). Così, insieme al soffermarsi soggettivo, anche la ristrutturazione dell'impronta sociale (*ivi*), relazionale, può imboccare la via del miglioramento, della resilienza, di cui, in definitiva, oltre la persona, ne beneficia l'intera collettività. Un gruppo che sappia catalizzare il generale malessere del paziente, senza però scivolare in forme inconsistenti e retoriche di accudimento o peggio di dannoso assistenzialismo, rende questi meno sofferente e più sicuro di sé e, inevitabilmente, un tale miglioramento si riverserà anche nella sua vita sociale fuori l'ospedale. La riduzione o perfino l'annullamento della barriera comunicativa, insieme alla co-costruzione della relazione d'aiuto genera processi di miglioramento cui se ne concatenano altri, anche a partire

dall'espressione o condivisione di ulteriori bisogni che esulano dal mero ambito della cura della patologia.

Assieme all'assistenza delle popolazioni vulnerabili e migranti, infatti, l'attività di gestione del paziente straniero dentro l'Ospedale Civico ha esteso il proprio raggio d'azione nell'impiego dei mediatori culturali a partire dall'aprile 2024, al Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia (cui afferiscono oltre i reparti di ricovero i servizi di DH, IVG³, Gravidanza a rischio, Diagnostica, Ginecologia Oncologica) e, nello stesso periodo, potenziando i servizi offerti all'interno della stessa unità dipartimentale di patologie infettive, istituendo lo Sportello Sociale per i Diritti Umani (Caruso et al., 2025, 1 e 2).

Lo Sportello è costituito da un mediatore culturale esperto in servizi sociosanitari, una ricercatrice esperta in sanità pubblica e un assistente sociale del comparto giustizia esperto in vulnerabilità sociale. L'accesso è gratuito e diretto e il servizio è attivo ogni mercoledì mattina.

La domanda di salute portata dalla persona è spesso puntellata da aspetti che esulano dall'approccio sanitario: mancanza di documenti, povertà estrema, obblighi domiciliari, sono alcuni degli elementi di vulnerabilità che accompagnano la domanda di cura. Qui la mediazione è inter e isoculturale: tanto la popolazione italiana quanto quella straniera, per passaparola o per *outreach*, per invio di altri servizi ma anche per casualità, accede allo sportello cercando di risanare determinate componenti della propria vita. Componenti che afferiscono a quei determinanti di salute di cui si è ampiamente parlato.

Qui la sanità si intreccia a discipline come il diritto e la giustizia, così come ad elementi fondamentali nella vita di ciascuno, come il lavoro, il reddito, la casa, la residenza; questi e altri elementi indefettibili rispetto a quella condizione di benessere bio-psico-sociale promossa dall'OMS (1948) più di mezzo secolo fa, trovano anzitutto uno spazio di significazione e di ascolto non giudicante (Caruso et al., 2025, 2).

Il principale filone di azione riguarda il corretto inquadramento nell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ovvero attraverso quale 'titolo' la persona possa accedere ai servizi sanitari pubblici. La Tessera Sanitaria rappresenta in questo senso lo strumento principale che permette di rivolgersi a un medico del servizio pubblico, in regime ordinario, cioè senza dover andare al Pronto Soccorso se non si ha un'emergenza, prenotare una visita specialistica o non dover pagare da sé gli onerosi costi di un ricovero.

³ DH, Day Hospital, è il regime di assistenza che non richiede il ricovero

IVG, Interruzione Volontaria di Gravidanza, è la procedura che permette l'interruzione di gravidanza (Legge 194/78)

Strumento principale e formidabile, ma non accessibile a chiunque. E seppure esistano diversi e utilissimi dispositivi normati a livello nazionale e regionale a garanzia dell'accesso ai servizi sanitari per la popolazione straniera (c.d. Accordo Stato-Regioni, 2012) non di rado, questi, insieme all'iscrizione al SSN, sono preclusi alla persona, ora per una preparazione non sufficiente circa le normative nazionali e regionali, ora, più banalmente, per la barriera linguistica.

In questo, lo sportello sociale, che utilizza in equipe un mediatore anglofono, supera senza difficoltà il problema della lingua programmando interventi con l'ausilio di un altro mediatore adeguato alla lingua dell'utente o, laddove la necessità sia immediata, richiedendo una mediazione telefonica o in videochiamata per i pazienti che comunicano in LIS. Per quello che riguarda l'inquadramento normativo invece, si effettua un colloquio strutturato volto a trovare la soluzione più adeguata al caso: se la persona è iscrivibile al SSN, si provvederà ad un generale orientamento e supporto nella compilazione dei moduli, insieme con una ricognizione documentale da presentare all'ufficio di anagrafe sanitaria di riferimento, comunicando, se necessario, direttamente con le ASL. Se invece la soluzione non è attraverso questo dispositivo e se la posizione della persona rispetterà determinati criteri, si provvederà contestualmente all'attribuzione di un codice STP o ENI⁴. Questa condizione si presenta puntualmente durante le giornate di sportello: l'ex detenuto (straniero) cui venga assegnata una pena alternativa al carcere, ha diritto ad avere una tessera sanitaria e un medico curante in Italia, così come il minore straniero non accompagnato, anche totalmente privo di documenti, ha diritto all'iscrizione SSN e alla nomina del pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale a seconda dell'età; cionondimeno questo diritto non viene sempre garantito, la normativa non applicata e la persona esclusa.

Talvolta sia il cittadino italiano che quello straniero si ritrovano ad affrontare difficoltà identiche, come ad esempio la cancellazione dall'anagrafe della popolazione residente. Anche in questo lo sportello sociale assolve alla funzione di hub & spoke: incamerata la domanda, la persona viene inviata, con tutte le indicazioni del caso, presso l'ente locale o l'ufficio competente per risoluzione del problema. Nel caso specifico della cancellazione dall'anagrafe comunale (fatto questo estremamente grave se si considera la mole di diritti legati alla residenza) per le persone non altrimenti iscrivibile all'anagrafe comunale (e.g. persone senza fissa dimora) tantissimi invii sono fatti alla Unità Marginalità Adulti del Comune di Palermo dove, a seguito di valutazione, è possibile registrare nuovamente nei registri

⁴ STP, Straniero Temporaneamente Presente ed ENI, Europeo Non Iscritto, sono dei codici rilasciati dalle ASL/ASST e dalle Aziende Ospedaliere, desinati rispettivamente ai cittadini non appartenenti alla UE o ai cittadini UE, in grave stato di indigenza, non residenti e privi di altri titoli che permettano l'iscrizione SSN. Questi codici hanno la durata di sei mesi, garantendo a titolo gratuito l'accesso a tutti i servizi sanitari pubblici, in regime programmato o di emergenza urgenza, nonché alle campagne di prevenzione.

comunali la propria presenza tramite residenza virtuale, un indirizzo fittizio, puramente amministrativo, che permette di riavere determinati diritti, compresi quelli legati alla sanità. Con particolare riferimento alle persone SFD, le persone vengono orientate e inviate ai servizi comunitari di prima e seconda accoglienza (docce e servizi igienici pubblici, mense pubbliche, servizi di ospitalità notturna, centri diurni etc.).

Il titolo fondamentale che renda la presenza di un cittadino straniero regolare in Italia è il permesso di soggiorno (PSE⁵) e anche in questo la funzione hub & spoke è risultata cruciale nell'inviare, dopo una prima valutazione, la persona ad un servizio legale con gratuito patrocinio, per la richiesta (e l'ottenimento) di un nuovo permesso. Il PSE e i documenti prodotti ex ante dalle questure, costituiscono inoltre parte integrante della documentazione utile all'iscrizione SSN.

In alcuni casi particolarmente importanti, come ad un cittadino tunisino affetto da grave scompenso cardiaco, ad un cittadino nigeriano affetto da adenocarcinoma del pancreas e ad un cittadino marocchino in trattamento al SerD per il consumo di crack, l'attività dello sportello ha ricoperto un ruolo cruciale tra informazione, invio, coordinamento delle azioni e comunicazione con le istituzioni pubbliche e le realtà private, nella gestione delle vulnerabilità di salute e dei suoi determinanti. Questo si traduce con un complesso lavoro di ricognizione di risorse presenti sul territorio, sia del comparto pubblico che del terzo settore, coinvolgendo attivamente e fattivamente la persona, la quale, proprio in forza della chiara informazione e dei passaggi da intraprendere, è stata in grado puntualmente di raggiungere gli obiettivi e risanare la propria posizione, riuscendo a imboccare un percorso di cura stabile.

Anche qui, l'annullamento della barriera linguistico-culturale, il coinvolgimento attivo, l'informazione sui propri diritti e la relazione tra le azioni da intraprendere, accompagnando e non sostituendosi alla persona, hanno potuto generare quella fiducia basale, quel collante di certezza, fondamentale nella relazione d'aiuto, senza creare il dislivello tra operatore e assistito, ma responsabilizzandolo e fornendogli gli strumenti necessari -e non esclusivi- per potersi muovere con sicurezza nel proprio percorso di salute. Detta sicurezza rinforza anzitutto la persona, che si trova ad essere soggetto agente, protagonista (Caruso et al., 2025, 2) e non beneficiario di una progettualità altrui.

Lo sportello ha supportato anche cause singolari, promosse dagli stessi mediatori, come una raccolta fondi per pagare cure primarie a un giovanissimo cittadino tunisino malato terminale, di concerto con il Consolato di Tunisia che ha coperto le spese di viaggio, che ha avuto la possibilità di poter morire tra le

⁵ Permesso di Soggiorno Elettronico,

braccia dei propri familiari, anziché in terra straniera, da solo e in ospedale. Inoltre, ogni mercoledì viene condiviso un hotspot internet per le telefonate internazionali, per permettere agli utenti di poter contattare i propri cari all'estero. Così pure il coinvolgimento della cittadinanza, per donazioni di occhiali da vista e, attualmente, con la delegazione palermitana della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale per raccogliere e inviare dispositivi e materiale medico-sanitario in un ambulatorio rurale in Ghana.

Questo modello, come altre realtà italiane, ancora oggi non è una realtà strutturata negli ospedali o nelle ASL (Caruso et al., 2025, 1). Esso intende collocarsi in uno spazio di accoglimento della domanda di salute in grado di dare risposte efficaci, con funzione di garanzia del diritto stesso alla salute e ai suoi determinanti, orientando la persona, ogni persona, nel labirintico mondo della sanità e promuovendone e supportandone l'autonomia. Accogliere la complessità del mondo dell'altro richiede un cambio di paradigma nella gestione della salute e dei suoi elementi determinanti in seno a una presa in carico efficace; soltanto una radicale trasformazione di questo paradigma è in grado di generare benefici intrinseci al singolo come alla collettività. L'esportabilità e replicabilità di questo modello appare dunque essenziale in un mondo in cui non si può più ignorare il peso specifico dei bisogni della persona. Inoltre, se dal punto di vista etico, questa estensione declinazione del lavoro risulta necessaria, lo è anche da un punto di vista economico: l'aumento della *retention in care*, della compliance, così come l'intercettare vulnerabilità attuali e potenziali, portano una controparte in termini finanziari di cui l'intera società beneficia.

Il percorso di cura non può essere considerato un fatto esclusivamente individuale: la malattia e il disagio investono la persona nella sua totalità, ma allo stesso tempo attraversano le relazioni, le reti sociali e le istituzioni che la circondano. L'esperienza di sofferenza è dunque sempre anche un problema della collettività, che trova nella mediazione linguistica e culturale uno strumento imprescindibile per garantire equità, continuità e dignità nella cura. Curare significa allora non soltanto accompagnare il singolo, ma assumere la responsabilità condivisa di un bene comune: la salute come diritto universale e come fondamento della convivenza sociale.

4. Minori stranieri non accompagnati e vulnerabilità sanitaria

I minori stranieri non accompagnati (MSNA) costituiscono una delle popolazioni più vulnerabili nei sistemi sanitari europei. Secondo l'UNHCR (2023), solo nell'ultimo anno decine di migliaia di minori sono giunti in Europa senza figure parentali di riferimento, affrontando viaggi segnati da violenze, privazioni e gravi traumi. In Italia, i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2024)

mostrano che i MSNA rappresentano una quota crescente dei minori accolti, con oltre 17.000 presenze registrate, concentrate soprattutto nelle regioni di frontiera e nelle grandi città.

La condizione di questi minori è caratterizzata da una vulnerabilità multidimensionale. Sul piano giuridico, molti si trovano in una situazione di incertezza normativa e di attesa dei procedimenti di tutela, con il rischio di cadere in zone d'ombra che ritardano l'accesso ai servizi. Sul piano sociale, vivono spesso in condizioni di isolamento, lontani da reti familiari o comunitarie di supporto. Sul piano psicologico, numerosi studi documentano la presenza di traumi complessi, disturbi post-traumatici e vulnerabilità emotive legate alle esperienze di migrazione forzata e violenza subita (Vervliet et al., 2014). Sul piano sanitario, infine, questi minori sono più esposti a patologie infettive e ad altri problemi di salute non trattati, spesso aggravati da difficoltà di accesso ai servizi.

Nel campo delle malattie infettive – HIV, TB e HBV in particolare – la condizione dei MSNA appare emblematica. La combinazione di precarietà abitativa, assenza di informazioni affidabili e barriere linguistiche ostacola la possibilità di intraprendere percorsi di prevenzione e cura. Paura, stigma, sfiducia nelle istituzioni e il peso percepito delle terapie possono condurre alla rinuncia allo screening o a interruzioni nel trattamento. In questo senso, la loro esperienza mostra in modo evidente come i determinanti sociali della salute, ampiamente richiamati dalla letteratura internazionale (WHO, 2008; Marmot, 2015), siano decisivi nell'orientare i comportamenti sanitari e nell'alimentare disuguaglianze di salute.

La mediazione linguistico-culturale assume qui un ruolo centrale, non solo come strumento di traduzione ma come dispositivo di tutela e riconoscimento. Essa consente di ridurre le barriere linguistiche e culturali, ma soprattutto di accompagnare i minori nella comprensione dei percorsi sanitari e nel rapporto con le istituzioni. La mediazione diventa così una forma di protezione sociale, in grado di legare la dimensione clinica con quella giuridica e relazionale. Studi condotti in Italia hanno dimostrato che la presenza di mediatori nei programmi vaccinali rivolti a popolazioni migranti ha determinato livelli significativamente più alti di adesione, in particolare per HBV (Napoli et al., 2020). Allo stesso modo, ricerche internazionali confermano che la mediazione riduce lo stigma e migliora l'aderenza terapeutica in percorsi complessi, come quelli legati all'HIV (Flores, 2005; Greenhalgh et al., 2020).

L'esperienza dei MSNA dimostra, in ultima analisi, che il diritto alla salute non può essere ridotto a un'offerta clinica astratta, ma deve essere reso concretamente accessibile attraverso strumenti capaci di garantire inclusione e continuità. La mediazione linguistico-culturale si configura, in questo quadro,

come una condizione necessaria di cittadinanza sanitaria: senza di essa, i diritti restano sulla carta; con essa, i principi di universalismo ed equità diventano pratiche esigibili.

5. Modelli organizzativi e policy per la mediazione strutturale

La riflessione sulla mediazione linguistico-culturale non può limitarsi all'analisi delle pratiche locali o delle esperienze virtuose, ma deve estendersi alla dimensione delle politiche sanitarie e dei modelli organizzativi che ne determinano l'effettiva implementazione. Negli ultimi anni, diverse agenzie internazionali – tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2024) e il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC, 2023) – hanno richiamato con forza l'urgenza di includere la mediazione come strumento stabile di equità nei sistemi sanitari. Le raccomandazioni convergono nel sottolineare che l'assenza di mediazione produce barriere strutturali, ritardi diagnostici, interruzioni terapeutiche e costi sociali ed economici che potrebbero essere evitati attraverso modelli organizzativi integrati.

In Italia, la questione si lega in modo diretto al tema dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Attualmente, la mediazione culturale non è inclusa formalmente nei LEA, ossia quell'insieme di prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire in maniera uniforme a tutta la popolazione. Questa esclusione ha effetti significativi: la disponibilità della mediazione dipende dalla volontà delle singole Regioni, dalle risorse locali o dalla capacità progettuale degli enti del terzo settore. In altre parole, il diritto alla mediazione non è oggi universalmente esigibile, ma soggetto a una geografia variabile e diseguale. L'Accordo Stato-Regioni del 2012 aveva riconosciuto la necessità di garantire l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi sanitari anche attraverso la mediazione, ma la mancanza di un passaggio formale nei LEA ha reso tale riconoscimento incompleto e non vincolante (Conferenza Stato-Regioni, 2012).

Il confronto con altri contesti europei mostra che modelli più avanzati sono possibili. In Belgio, il *Programme Fédéral de Médiation Interculturelle* ha istituzionalizzato la figura del mediatore all'interno degli ospedali, con formazione certificata e contratti stabili, sostenuti da finanziamenti statali (Verrept, 2019). In Catalogna, la mediazione è stata integrata nelle strutture sanitarie di base come professione riconosciuta, con un percorso formativo standardizzato (Cots, 2020). Nei Paesi Bassi, l'adozione di piattaforme digitali ha permesso di garantire mediazione e interpretariato in oltre cinquanta lingue, con copertura nazionale e tempi di risposta rapidi (Bischoff et al., 2021). Queste esperienze dimostrano che l'inserimento della mediazione come servizio strutturale non solo è praticabile, ma rappresenta un

investimento strategico, capace di generare benefici in termini di equità, fiducia nelle istituzioni e sostenibilità economica.

Il nodo centrale, dunque, riguarda la politicità della scelta: decidere se la mediazione debba essere considerata un'opzione residuale o un vero e proprio pilastro del sistema sanitario. Inserirla nei LEA significherebbe trasformarla in un diritto garantito, sottraendola alla precarietà dei progetti temporanei. Inoltre, consentirebbe di affrontare alcune criticità oggi irrisolte: la mancanza di un percorso formativo standardizzato e riconosciuto a livello nazionale; la precarietà occupazionale dei mediatori, che ne limita la continuità; l'assenza di sistemi di monitoraggio in grado di valutare gli esiti della mediazione sulla salute pubblica.

La letteratura conferma che l'istituzionalizzazione della mediazione porta a risultati tangibili. Flores (2005), in una revisione sistematica, ha mostrato che i servizi di interpretariato e mediazione riducono ricoveri impropri e migliorano l'aderenza terapeutica, con un ritorno economico positivo per le strutture sanitarie. Studi successivi hanno evidenziato come l'assenza di mediazione comporti non solo costi sanitari, ma anche costi sociali più ampi, legati all'esclusione, alla marginalizzazione e alla perdita di capitale umano (WHO, 2024; ECDC, 2023).

In prospettiva, la sfida per l'Italia e per l'Europa non è tanto quella di moltiplicare progetti pilota, quanto di trasformare la mediazione in una politica pubblica stabile, inserita a pieno titolo nei sistemi sanitari. Questo passaggio implica il riconoscimento della mediazione come professione, con standard formativi uniformi, inquadramento contrattuale chiaro e finanziamenti dedicati. Significa anche dotarsi di strumenti di valutazione degli esiti, capaci di misurare l'impatto della mediazione in termini di accesso, qualità delle cure e riduzione delle disuguaglianze.

La posta in gioco è alta: si tratta di stabilire se i sistemi sanitari europei, e in particolare quello italiano, siano in grado di rispondere in maniera strutturale alla sfida della diversità culturale. L'inclusione della mediazione nei LEA rappresenterebbe un passo decisivo in questa direzione, perché trasformerebbe un servizio oggi percepito come marginale in un'infrastruttura di giustizia sociale, indispensabile per garantire universalismo, equità e sostenibilità in sanità.

6. Riflessioni critiche e prospettive

L'analisi condotta nelle sezioni precedenti consente di sviluppare alcune riflessioni critiche sulla natura e sul ruolo della mediazione linguistico-culturale nei sistemi sanitari europei. Non si tratta soltanto di una questione organizzativa, ma di un tema che investe dimensioni giuridiche, politiche ed etiche, con implicazioni dirette per la definizione della cittadinanza e dei diritti fondamentali.

Un primo elemento riguarda la tensione tra universalismo formale ed esclusione sostanziale. Sebbene i sistemi sanitari europei si fondino sul principio di universalità, l'esperienza di molte persone migranti e, in particolare, dei minori stranieri non accompagnati, rivela la persistenza di barriere concrete che impediscono l'accesso alle cure. In questo scenario, la mediazione interculturale agisce come meccanismo di traduzione e riconoscimento: traduce linguaggi clinici e procedure burocratiche, ma al tempo stesso rende visibile il soggetto migrante come portatore di diritti. In altre parole, contribuisce a trasformare l'universalismo proclamato in universalismo praticato (Ingleby, 2019; UNHCR, 2023).

Un secondo punto riguarda il rapporto tra salute e determinanti sociali. La salute non può essere garantita unicamente attraverso la dimensione clinica, ma richiede interventi capaci di affrontare le disuguaglianze generate da status giuridico, povertà, isolamento sociale e discriminazioni (WHO, 2024). In questo senso, la mediazione interculturale assume una funzione strategica: non solo facilita la comunicazione medico-paziente, ma interviene come dispositivo sociale che connette i soggetti vulnerabili a reti di protezione, riducendo il rischio di esclusione e abbandono.

Le esperienze europee dimostrano che l'istituzionalizzazione della mediazione è non solo possibile, ma anche sostenibile. In Belgio, il *Programme Fédéral de Médiation Interculturelle* ha permesso di integrare stabilmente i mediatori negli ospedali, con contratti regolari e formazione standardizzata (Verrept, 2019). In Catalogna, la mediazione è riconosciuta come professione sanitaria, con percorsi certificati e finanziamento pubblico (Cots, 2020). Questi modelli dimostrano che è possibile superare la logica dei progetti temporanei e riconoscere la mediazione come parte integrante dei sistemi sanitari, al pari di altre prestazioni essenziali.

Il caso italiano appare, a questo proposito, emblematico. L'assenza della mediazione dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) produce una disuguaglianza strutturale: l'accesso ai mediatori non è un diritto esigibile, ma una possibilità condizionata dalla disponibilità di risorse locali o dalla capacità di attivare progetti a termine (Conferenza Stato-Regioni, 2012; Chiarenza et al., 2019). Ciò significa che l'effettiva tutela del diritto alla salute per le persone migranti dipende oggi dalla geografia e dalla variabilità delle politiche regionali, anziché da un quadro nazionale uniforme.

Un'ulteriore riflessione riguarda la dimensione etica e politica della mediazione. Parlare di mediazione significa interrogarsi su chi sia incluso e chi resti escluso dalla comunità sanitaria e, più in generale, dalla comunità politica. La mediazione non è dunque un mero strumento tecnico, ma un indicatore della capacità di un sistema sanitario di farsi inclusivo. È il segno di una volontà politica di tradurre in pratica i principi costituzionali e le convenzioni internazionali sul diritto universale alla salute (Save the Children, 2023).

Infine, è necessario sottolineare che l'istituzionalizzazione della mediazione rappresenta anche un investimento in termini di sostenibilità economica. Come dimostrano diversi studi (Flores, 2005; Bischoff & Hudelson, 2010), la presenza di mediatori riduce i ricoveri impropri, i ritardi diagnostici e le interruzioni terapeutiche, generando risparmi significativi per i sistemi sanitari. La questione, dunque, non è se la mediazione “costi troppo”, ma piuttosto se si possa permettere di non istituzionalizzarla, con i costi sociali ed economici che ne derivano.

In prospettiva, la sfida è chiara: superare l'attuale frammentarietà e trasformare la mediazione in un'infrastruttura stabile di giustizia sociale e di cittadinanza sanitaria. Ciò richiede il suo inserimento nei LEA, la definizione di standard formativi e professionali, la stabilizzazione contrattuale dei mediatori e l'adozione di sistemi di monitoraggio che ne valutino l'impatto sugli esiti di salute. Si tratta, in ultima analisi, di una scelta politica che riflette il modello di società che si intende costruire: inclusiva, equa e capace di riconoscere la diversità come una risorsa e non come un ostacolo.

8. Conclusioni

Il percorso sviluppato in questo contributo ha evidenziato come la mediazione linguistico-culturale rappresenti un determinante cruciale di equità sanitaria nei percorsi di prevenzione e cura delle malattie infettive. L'analisi delle esperienze maturate in ambito clinico e sociale, unite al confronto con la letteratura internazionale, conferma che la presenza di mediatori migliora l'accesso, l'aderenza terapeutica e la continuità assistenziale, riducendo al contempo disuguaglianze e costi legati a ricoveri impropri e interruzioni di trattamento.

Particolare rilievo assume la condizione dei minori stranieri non accompagnati, per i quali la mediazione si configura come strumento essenziale di tutela, capace di connettere la dimensione clinica con quella sociale e giuridica. In questo senso, la mediazione non può essere intesa come intervento residuale o meramente ancillare, ma come componente strutturale dei sistemi sanitari.

Dal punto di vista delle politiche pubbliche, emerge con chiarezza l'urgenza di superare la frammentarietà attuale e di procedere all'inserimento della mediazione linguistico-culturale nei Livelli

Essenziali di Assistenza (LEA), con standard formativi, inquadramento professionale e strumenti di monitoraggio uniformi a livello nazionale. Tale scelta, oltre a garantire uniformità territoriale, risponde agli orientamenti delle principali istituzioni internazionali in materia di diritto alla salute e riduzione delle disuguaglianze.

In conclusione, la mediazione linguistico-culturale si configura come una vera e propria infrastruttura di equità sanitaria. La sua istituzionalizzazione rappresenta non solo una misura di efficacia clinica, ma anche un atto politico ed etico volto a tradurre i principi di universalismo e giustizia sociale in pratiche operative e sostenibili nei sistemi sanitari contemporanei.

Appello degli autori

Il nostro impegno quotidiano, come professionisti e ricercatori, è volto a garantire a ogni persona l'accesso alle cure migliori possibili, nel rispetto del diritto universale alla salute e dei principi di equità e giustizia sociale. Tuttavia, di fronte a scenari di crisi umanitaria come quello che si sta consumando a Gaza, ci troviamo a confrontarci con un senso profondo di impotenza.

In tali circostanze, i nostri sforzi rischiano di apparire insufficienti, e ci interroghiamo sul valore del nostro lavoro se intere popolazioni vengono private delle condizioni minime di sicurezza, assistenza e dignità.

Con questo appello vogliamo ribadire che la salute non può essere separata dai diritti umani fondamentali e che la comunità internazionale ha il dovere di promuovere soluzioni che mettano al centro la protezione della vita, della salute e della dignità di tutte le persone, senza eccezioni.

Enrica Caruso (1,2), Lucia Siracusa (3), Alberto Moncada (2), Gabriele Raspanti La Scala (4), Ripom Ahmed Maruf (4), Ema Mendonca (5), Tullio Prestileo (3) per I.Ta.C.A. network *

1. *Università degli Studi di Palermo, Centro Migrare Palermo*
2. *Sportello Sociale per i Diritti Umani, ARNAS – Ospedale Civico-Benfratelli Palermo*
3. *UOSD Patologie Infettive Popolazioni Vulnerabili, ARNAS – Ospedale Civico-Benfratelli Palermo*
4. *Servizio di Mediazione linguistica e culturale, ARNAS – Ospedale Civico-Benfratelli Palermo*

5. *Unidade Saude Familia Bom Porto, Unidade Local de Saude S. Antonio, Porto – Portogallo*

** il lavoro svolto è stato realizzato grazie al sostegno ed all'impegno quotidiano del network I.ta.C.A. costituito da operatrici e operatori socio-sanitari che ogni giorno, con il prezioso contributo di volontarie e volontari, supportano la nostra attività di cura e promozione della salute:*

Maria Anello, Nouha Beldi, Antonio Callea, Mariella Egitto, Donatella Fogazza, Gabriella Guidera, Liliana Morana, Junaky MD Abdur, Rachida Najah, Maria Emanuela Sanfratello, Sonia Tazeghdanti, Giulia Urbano, Elisa Marchiafava, Silvia Costanzo, Laura Verdone, Zineb Cheikh, Giuseppe La Rosa, Silvana Vinci, Nadia Abbes, Francesca Tilotta, Tamanna Aktar, Floriana Porrovecchio, Ritej Abbes, Valentina Nasta, Flavia Vaianella

Bibliografia

ADNKronos. (2024, dicembre 2). *Aids, infettivologi: "Confermato successo di terapia e prevenzione nella lotta all'Hiv"*. ADNKronos. <https://www.adnkronos.com>

Bennett, M. J. (2016). The value of cultural diversity: Rhetoric and reality. Meeting report on Fellows Day, International Academy of Intercultural Research 9th Biennial Congress, Bergen, Norway.

Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2002). *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches* (Report No. 576). The Commonwealth Fund.

Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, J. E. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>

Bischoff, A., & Hudelson, P. (2010). Access to healthcare interpreter services: Where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(7), 2838–2844. <https://doi.org/10.3390/ijerph7072838>

Bischoff, A., Perneger, T. V., Bovier, P. A., Loutan, L., & Stalder, H. (2021). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 51(470), 209–210.

Bond, V., et al. (2016). Good health and moral responsibility: Key concepts underlying the interpretation of treatment as prevention in South Africa and Zambia before rolling out universal HIV

testing and treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 30(9), 425–428. <https://doi.org/10.1089/apc.2016.0184>

(1)Caruso, E., Siracusa, L., Abbes, N., Moncada, A., Callea, A., Prestileo, T., Corrao, S. (2025). Equità sanitaria e giustizia sociale: Il modello dello Sportello Sociale per un ospedale senza barriere. *InTrasformazione. Rivista di Storia delle Idee*, 14(1), 77–87.

(2)Caruso, E., Callea, A., Moncada, A., Siracusa, L., Prestileo, T.(2025). Lo Sportello Sociale per i Diritti Umani come modello di accoglienza integrata: Percorsi personalizzati e accesso ai servizi. *QTimes – Journal of Education, Technology and Social Studies*, 2(1), 284–298.

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC Health Services Research*, 19(513). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>

Cimatti, F. (2009). Quando tacere non è un atto comunicativo. Silenzio e pudore del corpo. *Rivista di Psicoanalisi*, 55(3), 751–761.

Conferenza Stato-Regioni. (2012). *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno*. Ministero della Salute.

Cots, F. (2020). Cultural mediation in Catalonia: Health, migration and integration policies. *Revista Española de Salud Pública*, 94(1), 1–12.

Donnici, R. (2010). Teoria e pratica della mediazione culturale. Il caso della città di Bologna. *Italies. Littérature – Civilisation – Société*, 14, 189–210.

EASO – European Asylum Support Office. (2021). *Annual report on the situation of asylum in the European Union 2020*. Publications Office of the European Union.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2018). *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*. ECDC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2023). *Guidance on communicable disease prevention and control for migrant and refugee populations in the EU/EEA*. ECDC.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2024). *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*. ECDC.

- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Greenhalgh, T., Vijayaraghavan, S., Wherton, J., Shaw, S., Byrne, E., Campbell-Richards, D., ... & Gutteridge, C. (2020). Virtual online consultations: Advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ Open*, 6(1), e009388. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009388>
- Haslam, S. A. (2015). *Psicologia delle organizzazioni*. Maggioli Editore.
- Ingleby, D. (2019). Moving upstream: Changing policy scripts on migrant and ethnic minority health. *Health Policy*, 123(9), 809–817. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.005>
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Lacan, J. (1954/2006). *Il Seminario. Libro II. L'io nella teoria di Freud e nella tecnica della psicoanalisi (1954–1955)*. Einaudi.
- LILA – Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS. (2014). *[Rapporto e documenti vari sull'HIV]*. LILA. <https://www.lila.it>
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury Press.
- Merleau-Ponty, M. (1945/2003). *Fenomenologia della percezione*. Bompiani.
- Ministero della Salute. (2014). *Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1*. Ministero della Salute.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2024). *Report annuale sui minori stranieri non accompagnati in Italia*. MLPS.
- Napoli, A., Riccardo, F., Declich, S., Rizzo, C., & Bella, A. (2020). Strategies to increase HBV vaccination coverage in migrant populations in Italy. *Epidemiologia & Prevenzione*, 44(5–6), 334–342. <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.A1.100>
- Save the Children. (2023). *Piccoli invisibili. I minori stranieri non accompagnati in Italia*. Save the Children Italia.
- UNHCR. (2023). *Desperate journeys: Refugee and migrant children arriving in Europe*. UNHCR.
- Verrept, H. (2019). Intercultural mediation in health care in Belgium and other European countries. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 15(1), 6–17. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-09-2018-0059>

Vervliet, M., Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/sjop.12094>

World Health Organization (WHO). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2024). *Health of refugees and migrants: Practices in addressing the social determinants of health*. WHO.

World Health Organization (WHO). (2024). *World migrat*