

Aspetti interculturali nella comunicazione medico-paziente

Il punto di vista del personale sanitario e dei pazienti

Antonella Benucci

Università per Stranieri di Siena, Italia

Giulia Grosso

Università per Stranieri di Siena, Italia

Abstract Healthcare institutions are among the contexts which are heavily characterised by interlingual and intercultural contact. In these contexts communicative 'short circuits' can occur due to incomprehension resulting from linguistic and cultural difficulties. Such situations can compromise founding principles of medicine, amongst which equal opportunities for patients' treatment, scrupulous attention and providing accurate information. The study investigates the perception of the effectiveness of mutual doctor-immigrant patient communication, the linguistic-cultural 'imagery' that results from it and the nature and/or absence of specific communication strategies.

Keywords Intercultural communication. Health. Misunderstandings. Communicative effectiveness. Inclusion.

Sommario 1 Le istituzioni sanitarie come contesto di comunicazione interculturale. – 2 Lo studio: contesto, metodi e strumenti. – 3 Usi linguistici del contatto e comunicazione non verbale. – 4 Mediazione, comunicazione efficace, strumenti formativi.

1 Le istituzioni sanitarie come contesto di comunicazione interculturale

Nelle società contemporanee investite dal fenomeno delle migrazioni, le istituzioni sanitarie sono tra i contesti maggiormente connotati dal contatto interlinguistico e interculturale in cui si può produrre assenza di condivisione di codici linguistici e culturali e una diversa interpretazione della malattia e del suo significato, compromettendo i principi fondativi della medicina, la promozione della persona e la visibilità dei suoi problemi di salute.¹

Quasi tutte le ricerche sulla relazione e sulla comunicazione medico-paziente immigrato hanno un carattere transdisciplinare. Molte hanno avuto origine nel campo della medicina per poi includere aspetti psicologici e sociologici o legati alla comunicazione, come lo studio *Migration and Health* (Rechel et al. 2011) sulle condizioni di salute delle popolazioni migranti in Europa o la ricerca sull'influenza degli orientamenti legati al processo di acculturazione sulla cura dei pazienti immigrati (Whittal, Lipke 2015). Dal 2004, con la fondazione della rivista *Communication and Science*, numerosi contributi della linguistica applicata ai temi legati alla comunicazione e alla salute e, per l'Italia, alcune ricerche (Orletti, Fatigante 2013), hanno presentato importanti dati sulle intersezioni tra linguistica e medicina e sul ruolo del linguista e del mediatore nell'interpretazione della comunicazione medico-paziente.

Ulteriori linee di ricerca analizzano la percezione soggettiva e sociale dell'efficacia della comunicazione reciproca in ambito sanitario e la natura e/o l'assenza della semplificazione linguistica (Santipolo et al. 2004). La messa in relazione delle due dimensioni, psicologica e culturale, permette di affrontare la diversità di ogni individuo all'interno di una cultura e la diversità delle singole culture, consentendo di comprendere come le risposte che esse elaborano per risolvere i bisogni e che costituiscono il sostrato comune dell'identità culturale di un determinato soggetto in rapporto al gruppo dei pari, alla collettività, all'etnia ecc., possano sfociare nel disagio o nel pregiudizio a cui si dà forma con la parola, la comunicazione, l'interazione o la loro negazione.

Il presente studio si colloca in questa direzione di indagine poiché ha l'obiettivo di rilevare quali immaginari siano presenti nel rapporto tra i due principali attori della comunicazione sanitaria, i medici e i pazienti, da considerare fortemente asimmetrico (Orletti, Iovino 2018) per la disparità sociale derivante dal ruolo ricoperto dal medico e quella di conoscenze che caratterizza qualunque relazione

¹ Tra gli studi utili per una introduzione alla problematica si vedano Fantauzzi 2008; Nesterko et al. 2013; Benucci 2015; Baraldi, Gavioli 2013.

esperto-novizio, nonché per l'asimmetria intrinseca delle interazioni nativi-non nativi. La comunicazione umana non è fatta di sole parole, non trasmette soltanto contenuti, ma possiede anche aspetti di relazione: modi diversi di intendere i feedback possono causare conflitti di relazione soprattutto nelle interazioni strettamente codificate; gli aspetti extra e para verbali ricoprono molta importanza per chi non ha una piena competenza linguistica ma possono creare malintesi. Di conseguenza la consapevolezza da parte di medici e pazienti di come si svolgono le interazioni è di fondamentale importanza e necessiterebbe dunque di attitudini e capacità di assunzione di diversi punti di vista dal proprio, diverse angolazioni di osservazione, atteggiamento convergente e libero da pregiudizi, attitudine all'ascolto e alla negoziazione, riflessione metalinguistica e metaculturale.

Il modello tridimensionale di Balboni (2007) impiegato per l'osservazione delle interazioni viene in questa sede applicato a situazioni comunicative asimmetriche per misurare il grado di autonomia, il livello di consapevolezza dei propri limiti e di eventuali pregiudizi, le modalità di cooperazione, la predisposizione alla negoziazione dei significati o la loro assenza.

2 Lo studio: contesto, metodi e strumenti

Con questa ricerca si è inteso verificare se e in quale misura medici e pazienti immigrati percepiscano lo squilibrio della gestione della situazione comunicativa: i dati qui riportati sono relativi all'aspetto quantitativo di una indagine più ampia, che prevede anche una parte qualitativa ed è finalizzata a tarare gli strumenti di ricerca propeutica all'elaborazione di modelli per la formazione di mediatori.

Gli strumenti utilizzati, per medici e pazienti immigrati, sono due questionari basati su modelli già realizzati,² finalizzati a raccogliere le variabili socio-anagrafiche, i repertori linguistici, la 'qualità percepita della cura' da parte del paziente e il 'carico cognitivo' per lo staff medico, le informazioni relative alle strategie comunicative e di mediazione adottate per una migliore comprensione reciproca e una più produttiva relazione di cura, gli aspetti interculturali della relazione ed eventuali criticità.

Il questionario indirizzato ai pazienti è stato testato con il contributo di mediatori linguistico-culturali perché risultasse il più possibile comprensibile, quello per i medici con un piccolo gruppo di medici di base e specialisti ospedalieri che operano in diverse regioni d'Italia.

² Nell'ambito di ricerche condotte sia in Italia che nel resto d'Europa si ricorda il questionario realizzato dal Gruppo di lavoro *Comunicazione con il Paziente Straniero* dell'Ordine dei Medici di Venezia nel corso del 2019 (Rechel et al. 2011).

La somministrazione del questionario è avvenuta da febbraio a novembre 2019 tramite contatti personali, pubblicazione su pagine di social network, WhatsApp, in presenza:³ hanno risposto 829 medici e 43 migranti i quali hanno scarsamente aderito alla somministrazione per via indiretta preferendo il contatto personale tramite le reti (dirette o indirette) di conoscenze (43 risposte).

La maggior parte dei medici informanti (77,6% specialisti ospedalieri) possiede una ampia esperienza professionale: le fasce d'età più rappresentate sono quelle 51-60 anni e 61-70 anni, mentre un po' più del 30% appartiene alla fascia intermedia (30-50 anni); il 59,5% esercita la professione da più di 20 anni e soltanto il 15% da meno di 10. Il contesto geografico in cui operano è variegato: prevalgono comuni del Nord (56%), per il 36,9% media grandezza, per il 30,9% area metropolitana, per il 25,5% comune grande,⁴ dato rilevante dal momento che è noto che il processo di interazione e integrazione sociale dei migranti è caratterizzato da dinamiche molto diverse a seconda che questi si stabiliscano in un contesto urbano o rurale.

Il campione di informanti immigrati è caratterizzato da una provenienza molto varia che comprende 25 Paesi tra i quali i più rappresentati sono Senegal e Giordania seguiti da Romania, Colombia, Camerun, Marocco, Perù, Nigeria, Kosovo. Confermando il trend relativo all'invecchiamento della popolazione nativa contrapposto alla presenza di giovani migranti, le fasce d'età più rappresentate sono 26-35 anni e 36-45 anni.

La maggior parte degli informanti risiede in Italia da molto tempo, in un comune piccolo o medio, ha un titolo di studio alto (il più presente è la laurea triennale), vive con la famiglia o con il compagno/compagna marito/moglie.

3 Usi linguistici del contatto e comunicazione non verbale

La totalità degli intervistati dichiara di avere un medico di base, e il livello di soddisfazione per il servizio è considerato abbastanza o molto alto nel 44% dei casi, dato positivo poiché la relazione con questa figura rappresenta un elemento essenziale del processo di integrazione e perché l'ambulatorio è percepito come luogo della parola, dove si cerca un riconoscimento, un legame col mondo esterno.⁵

³ Si ringrazia l'ANAAO Assomed nella persona del Presidente, dott. Costantino Troise, per la collaborazione nella diffusione e nella somministrazione del questionario a tutti gli iscritti.

⁴ Tassonomia ricavata dal sito ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani).

⁵ Per una descrizione dell'Accordo d'integrazione si veda: http://www.integrazionemigranti.gov.it/normativa/procedureitalia/Pagine/Accordo_di_integrazione.aspx.

Quasi tutti i medici intervistati sono italofoeni, con percentuali rilevanti di altre lingue materne come tedesco, francese, croato, rumeno, arabo; possiedono repertori linguistici composti anche se non risulta che conoscano le L1 dei migranti, come l'arabo. Le L1 degli immigrati sono: arabo (23,3%), francese (25,6%), spagnolo (14%), serbo-croato (11,6%) seguite con percentuali più basse da rumeno, inglese, tagalog, ucraino, georgiano, urdu, pular, bambara, igbo, hindi, dialetto creolo, berbero; con un interessante italiano (9,3%), dichiarato come L1 da immigrati il cui processo di acculturazione tende evidentemente verso l'assimilazione alla lingua e alla cultura del Paese ospitante anziché verso la conservazione della propria lingua e identità.

I pazienti immigrati presentano un plurilinguismo molto più variegato e diffuso dei medici, senz'altro frutto di contatti avuti nei percorsi migratori o con altre comunità presenti sul territorio italiano: il 93% dichiara infatti di parlare altre lingue, tra queste le più conosciute sono l'italiano L2, l'inglese, il francese, lo spagnolo seguiti da tedesco, arabo, russo, moldavo, punjabi, wolof, portoghese, turco.

Per comprendere se ed eventualmente in cosa si differenzi il processo di cura del paziente straniero da quello del paziente nativo è stato chiesto ai medici quanto tempo dedichino al paziente straniero: i dati sono confortanti dal momento che il 45,5% dichiara di dedicare un po' più di tempo che agli altri mentre il 51,3% non fa differenze; molti citano la competenza linguistica in italiano del paziente come fattore dirimente per la scelta di dedicare maggior/minor tempo alla visita.

Il 60% dei medici percepisce positivamente il grado di comprensione orale da parte dei pazienti di prescrizioni/consigli in merito a ulteriori esami diagnostici, stile di vita, terapia/farmaci da prendere, mentre il 33,4% ritiene di essere compreso poco e, in una piccolissima percentuale, per niente. I medici segnalano poi l'importanza della presenza di un mediatore professionista o informale come un amico o un parente con una competenza linguistica più elevata in italiano; alcune delle risposte fornite denotano una riflessione su aspetti relativi alla distanza culturale ma, in casi sporadici, tradiscono la presenza di una visione stereotipata sulle lingue-culture («se sono europei comprendono se sono asiatici poco se sono africani quasi nulla»).

Maggiori e prevedibili criticità riguardano la comunicazione scritta: emerge un leggero aumento delle percentuali relative a medici che ritengono la comprensione dei pazienti scarsa (34,4%) o nulla e in molti casi si dichiara di accompagnare le indicazioni scritte con spiegazioni a voce; la capacità dei pazienti immigrati di individuare efficacemente informazioni in ricette, bugiardini è ritenuta scarsa (42,6%) o nulla (17%) ma la variegata composizione di stranieri presenti sul territorio italiano con conseguenti differenze di storie di vita e conoscenze giustifica un 32,2% di soddisfazione. Le rappresentazioni delle competenze non sembrano coincidere con quelle dei

pazienti che ritengono di possedere una sufficiente abilità di comprensione scritta (88,1%) con percentuali molto basse di chi dichiara di aver bisogno dell'aiuto di qualcuno (9,5%), o di non comprendere affatto (2,4%). Il 94,3% dei medici mostra una buona sensibilità comunicativa: dichiara di verificare spesso che i pazienti stranieri abbiano compreso le indicazioni fornite ma solo il 9,9% del totale ha fatto ricorso allo strumento della scheda anamnestica multilingue.

Le risposte dei pazienti evidenziano un buon livello di comprensione ma allo stesso tempo la presenza di 'zone grigie' in cui la comunicazione si inceppa: il 39,5% non comprende del tutto, e infatti alla domanda relativa a cosa fanno per capire meglio il 44,2% dichiara di chiedere di ripetere, un 44,2% chiede il significato delle parole che non ha capito, altri di parlare più lentamente. Le strategie dichiarate dai pazienti e quelle dichiarate dai medici si sovrappongono, delineando la volontà di giungere alla comprensione reciproca.

L'86,7% degli intervistati utilizza tecniche specifiche nella comunicazione evidenziando un «cognitive overload» (Cicourel 2004) legato alla gestione della complessità di cui i pazienti stranieri sono portatori. Fra le strategie si annoverano: riformulazione e semplificazione (27,4%), traduzione di un amico o familiare del paziente (22,4%), riduzione della velocità del parlato (21,1%), ricorso ad altre lingue (17,2%) o a un mediatore professionista (15,6%); soltanto il 5,9% fa uso di gesti, ancora meno usa immagini da mostrare al pc o sullo smartphone, alcuni impiegano un traduttore automatico e pochissimi lo stampatello anziché il corsivo; in (fortunatamente) pochi casi si nota la pratica della ripetizione di quanto già detto con un tono più alto, come se il paziente avesse problemi di udito invece che di competenza in italiano.

Alcuni *item* di entrambi i questionari sono stati utili per verificare quanto il dialogo tra gli interlocutori sia aperto e se vi sia volontà di costruire incontri scevri da pregiudizi e stereotipi. Il 69% dei pazienti ritiene che il proprio medico si sforzi di comunicare in modo semplice e facile ma apprezzerrebbe una maggiore sensibilità che permettesse una comunicazione amichevole per tutto il tempo dell'evento. L'atteggiamento accomodante emerge maggiormente da parte del paziente che nel 60,5% dei casi non ha vergogna nel riferire al medico di eventuali rimedi e medicine tradizionali della propria cultura di cui fa uso, anche se il 23,3% dichiara di non riferire nulla per paura di sentirsi giudicato e il 32,6% è certo che le sue abitudini non sarebbero capite: dati che sembrano contrastare con la convinzione che il proprio medico abbia rispetto per alcuni aspetti che riguardano le culture di origine degli immigrati (79,1% di risposte affermative).

Il 46,3% dei pazienti dichiara di non avere preferenze tra un medico italiano e uno appartenente alla propria cultura di origine, per il 22% è indifferente; per il 69,8% non vi sono problemi tra avere un medico del proprio o dell'altro sesso.

I medici dichiarano di provare e dimostrare rispetto per le credenze e i valori dei pazienti immigrati (tra queste, ruoli sessuali e familiari, rispetto del corpo, legami tra convinzioni religiose e medicina, credenze e pratiche rispetto alla morte) ma la concezione dei ruoli in relazione ai sessi e le modalità della gestione delle relazioni interpersonali costituiscono comunque aspetti di criticità così come i tabù sul corpo, la concezione del tempo, le pratiche religiose. Fra le risposte presenti nella voce 'altro' sono menzionate, ancora una volta, le barriere linguistiche, la diversa concezione della malattia e della morte, l'incongruenza tra realtà e progetto migratorio, le modalità di esternazione del dolore.

In sintesi possiamo affermare che da parte degli immigrati è presente una buona dose di acquiescenza e desiderio di compiacere, ma alcune risposte incrociate fornite dai medici fanno emergere un desiderio di apparire molto più soddisfatti delle interazioni con i pazienti stranieri di quanto in realtà siano.

4 Mediazione, comunicazione efficace, strumenti formativi

I risultati preliminari di questa ricerca mostrano una comunicazione abbastanza efficace che dovrà tuttavia essere verificata dato che gli informanti stranieri che finora hanno risposto al questionario non temono di rendersi visibili e che sarebbe invece molto utile poter raggiungere gli immigrati non stabili e non regolari che con tutta probabilità hanno un rapporto molto più problematico con la medicina del Paese ospitante, come testimoniato dai rapporti di Médecins Sans Frontières (2019).

In merito al contesto sanitario come comunità di pratica emerge che: per la dimensione operativa/funzionale - cioè trasmissione di informazioni meramente fattuali caratteristica di funzioni comunicative come dare/ricevere istruzioni - l'immagine esterna percepita dalla società è molto più negativa di quella reale; per la dimensione culturale - comprendente tra l'altro l'uso appropriato di registri, prossemica, cinesica vale a dire le componenti socio-pragmatiche della comunicazione - l'uso del *tu* con lo straniero è spesso giustificato in virtù della necessità di semplificazione o di una maggiore informalità con il paziente ma non sono sufficienti per migliorare le conoscenze dei medici e per sensibilizzarli maggiormente alle realtà 'altre'. Resta il fatto che la comunicazione medico-paziente è per sua natura una relazione di potere (anche tra nativi) regolamentata da regole implicite ed esplicite e richiede il possesso di competenze a livello linguistico e metalinguistico a cui l'immigrato non può sopperire senza l'aiuto di mediatori e con un atteggiamento accomodante da parte del medico.

Fra gli strumenti che potrebbero migliorare la comunicazione medico-paziente vengono citati: corsi di lingua italiana (33,8%), media-

tori culturali presso l'ambulatorio (39%), sportelli dedicati all'orientamento dove prenotare una prestazione ecc. (17,2%), servizi di mediazione culturale via telefono (5,5%), servizio di mediazione culturale via app sullo smartphone (3,9%).

La maggioranza dei medici mostra interesse e attenzione verso la comunicazione con i pazienti immigrati (o vuole dare questa idea di sé) nonché verso le culture di origine dei pazienti, tuttavia ritiene che una formazione specifica alla comunicazione interculturale in ambito sanitario potrebbe aiutare nello svolgimento del lavoro. I pazienti mostrano per lo più un buon grado di soddisfazione per il servizio degli operatori sanitari e si sentono 'ascoltati'.

Per ottenere il risultato di comprendere i pazienti/essere compresi, i medici e i pazienti utilizzano tutte le strategie comunicative possibili, sia verbali che non verbali che iconiche; le pratiche di mediazione informale quali il *language brokering* vengono ampiamente accettate e anzi utilizzate come strumento per ottenere i risultati comunicativi prefissati.

Gli strumenti di mediazione linguistico-culturale legati alle nuove tecnologie non riscuotono particolare successo, si continua infatti a preferire il rapporto personale ricorrendo alle diverse lingue che fanno parte del repertorio: è dunque auspicabile che il capitale plurilingue di cui sono portatori gli immigrati di seconda (o terza) generazione possa diventare una risorsa nell'implementazione di programmi efficaci di mediazione culturale e che fasce di medici più giovani amplino la conoscenza delle LS.

Malgrado le considerazioni qui sopra esposte, il 41,5% dei medici si sente in difficoltà nella cura del paziente straniero, attribuendo le cause di ciò quasi unicamente all'aspetto linguistico e solo in un caso mostrando la consapevolezza della necessità di dotarsi di competenze ulteriori.

L'accrescimento delle competenze comunicative in italiano L2 dei pazienti è ritenuto di fondamentale importanza per migliorare l'efficacia della comunicazione medico-paziente, pertanto le azioni di formazione linguistica dovrebbero essere potenziate con l'obiettivo di contribuire alla *health literacy* della popolazione migrante, ovvero il livello di competenza necessario per ottenere, gestire e valutare le informazioni, improntare azioni necessarie ad assicurare un beneficio alla comunità con decisioni di sanità pubblica in cui i valori e le credenze di una comunità sono più esposti, vulnerabili e più evidenti.

Un elemento chiave per la prosecuzione della ricerca potrebbe essere costituito dall'analisi delle correlazioni tra orientamento nel processo di acculturazione, qualità percepita della cura da parte del paziente e del medico, comportamenti nell'ambito della salute e qualità della vita, che contribuiscono al processo di *empowerment*.

I corsi di formazione per tutor o personale medico e paramedico dovrebbero essere basati sulla mediazione linguistico-culturale men-

tre quelli per cittadini stranieri residenti in Italia da poco tempo dovrebbero prevedere anche un breve avviamento alla lingua italiana settoriale mirando a sviluppare abilità funzionali alla co-costruzione di percorsi di cura.

In un approccio formativo plurilingue e pluriculturale nell'ambito della mediazione, gli esperti dovrebbero aiutare i tirocinanti/operatori a comprendere meglio la situazione, ad apprendere abilità e procedure dal carattere fortemente cooperativo, sia sul piano verbale che in quello non verbale: attraverso la capacità di esplicitazione di saperi, la volontà di descrizione di compiti, la capacità di incoraggiamento della parola nell'ambiente e alle attività ma anche attraverso l'interazione tra linguaggi.

Bibliografia

- Balboni, P. (2007). *La comunicazione interculturale*. Venezia: Marsilio.
- Baraldi, C.; Gavioli, L. (2013). «La mediazione nell'interazione centrata sul paziente: il caso delle domande del medico». *Salute e Società*, 12(1), 94-109.
- Benucci, A. (2015). «Intercultural and Inter-Linguistic Models in Disadvantaged Migration Contexts». Argondizzo, C. (ed.), *European Projects in University Language Centres*. Bern: Peter Lang, 81-104.
- Cicourel, A. (2004). «Cognitive Overload and Communication in Two Healthcare Settings». *Communication & Medicine*, 1(1), 35-43.
- Fantauzzi, A. (a cura di) (2008). *Il volontariato AVO incontra la multiculturalità. Salute, immigrazione e volontariato*. Torino: AVO.
- Médecins Sans Frontières (2019). *Inclusi gli esclusi, Orientamento ai servizi sanitari pubblici dei residenti dell'Ex-MOI di Torino*. <https://www.medicinsenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2019/04/InclusigliEsclusi-1.pdf>.
- Nesterko, Y. et al. (2013). «Life Satisfaction and Health-Related Quality of Life in Immigrants and Native-Born Germans: The Role of Immigration-Related Factors». *Quality of Life Research*, 22(5), 1005-13. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0239-y>.
- Orletti, F.; Fatigante, M. (a cura di) (2013). «La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente». *Salute e società*, 12(1), 15-17.
- Orletti, F.; Iovino, R. (2018). *Il parlar chiaro nella comunicazione medica*. Roma: Carocci.
- Rechel, B. et al. (eds) (2011). *Migration and Health in the European Union*. Maidenhead Berkshire: McGraw Hill, Open University Press.
- Santipolo, M. et al. (2004). *La comunicazione interculturale in ambito socio-sanitario*. Venezia: Libreria Editrice Cafoscarina.
- Whittal, A.; Lippke, S. (2015). «Investigating Patients with an Immigration Background in Canada: Relationships Between Individual Immigrant Attitudes, the Doctor-Patient Relationship, and Health Outcomes». *BMC Public Health*, 16(23). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2695-8>.

