



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Barriere linguistiche in Pronto Soccorso: analisi
dell'utenza straniera**

**Language Barriers in the Emergency Room:
analysis of foreign patients**

Relatore:

**Prof.ssa Tamara
Campanelli**

Tesi di laurea di:

**Josue Artemio
Mayorga Cabezas**

Correlatore:

Inf. Elisa Burzacchi

A.A. 2024/2025

Indice

1. Introduzione	1
1.1 Multiculturalità e aumento della popolazione straniera	2
1.2 Cittadini stranieri e il ruolo del Sistema Sanitario Nazionale	3
1.3 Triage infermieristico in Pronto Soccorso	4
1.4 Rischio clinico associato alle difficoltà comunicative	7
1.5 Risorse in dotazione	8
2. Obiettivo	10
3. Materiali e metodi	11
4. Risultati	12
4.1 Analisi della letteratura	12
4.2 Analisi dell'utenza	15
4.2.1 Frequenza di accessi dell'utenza straniera	16
4.3 Le principali nazionalità con maggior accesso al Pronto Soccorso	17
4.4 Lingue più influenti tra le nazionalità	18
4.5 Barriera linguistica nelle nazionalità straniere	20
5. Discussione	22
6. Conclusioni	23
7. Implicazioni per la pratica	24
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	27

1. Introduzione

Negli ultimi decenni, il contesto sanitario italiano si è confrontato con un crescente pluralismo culturale, derivante dai mutamenti demografici che hanno interessato il paese (Ministero della Salute, 2022). In questo scenario, le diverse istituzioni sanitarie si configurano come i principali luoghi di interazione per utenti di differente estrazione linguistico-culturale. L'assenza di una appropriata informazione condivisa tra un professionista sanitario e l'assistito determina un decadimento della qualità assistenziale, compromettendo l'efficacia degli interventi e la sicurezza stessa del paziente.

In ambito infermieristico, la comunicazione riveste un ruolo importante in tutte le fasi dell'assistenza: dall'accoglienza del paziente al triage, dalla raccolta delle informazioni alla somministrazione delle terapie, fino all'educazione sanitaria e alla dimissione. In quanto primo professionista sanitario a interfacciarsi con l'assistito, specialmente nel contesto del Pronto Soccorso, l'infermiere si trova a gestire in prima linea criticità di natura organizzativa e, ancor più frequentemente, barriere di ordine comunicativo.

La barriera linguistica può determinare numerose criticità nel contesto emergenziale: difficoltà nella comprensione dei sintomi riferiti dal paziente, rischio di errori nella raccolta dei dati, incomprensioni sulle procedure assistenziali e terapeutiche, ridotta adesione alle indicazioni fornite e aumento dello stato di ansia e insicurezza del paziente (Meuter RF, et al., 2015). Per l'infermiere, tali difficoltà possono tradursi in un aumento del carico di lavoro, in un rallentamento dei tempi assistenziali e in una maggiore esposizione al rischio di errori professionali.

In particolare, nel contesto assistenziale del pronto soccorso richiede all'infermiere non solo competenze avanzate, ma anche capacità relazionali e interculturali sempre più complesse. La gestione del paziente straniero non si limita alla semplice traduzione delle informazioni, ma anche sulla capacità di codificare le credenze legate alla salute e alla malattia e delle differenti modalità di espressione del dolore e dei sintomi (Leininger M, 2002).

La competenza comunicativa è quindi parte integrante della responsabilità professionale dell'infermiere e come elemento imprescindibile per assicurare equità nell'accesso alle cure.

1.1 Multiculturalità e aumento della popolazione straniera

La dimensione culturale e linguistica rappresentano punti essenziali per orientare l'agire professionale nel contesto dell'assistenza infermieristica. Risulta importante per il professionista sanitario analizzare il profilo socioculturale dei propri assistiti.

Il progressivo incremento della popolazione straniera in Italia ha sollecitato le istituzioni a predisporre nuove procedure per soddisfare i bisogni assistenziali.

In questo contesto, i dati più recenti indicano che al 1° gennaio 2025 i cittadini stranieri residenti in Italia erano 5 371 251 (Istat, 2025), pari al 9,1% della popolazione totale; un dato che segna un incremento significativo rispetto all'anno precedente. Negli ultimi anni, tale presenza si è maggiormente concentrata nelle regioni del Centro e del Nord Italia, a fronte di una minore incidenza nel Mezzogiorno.

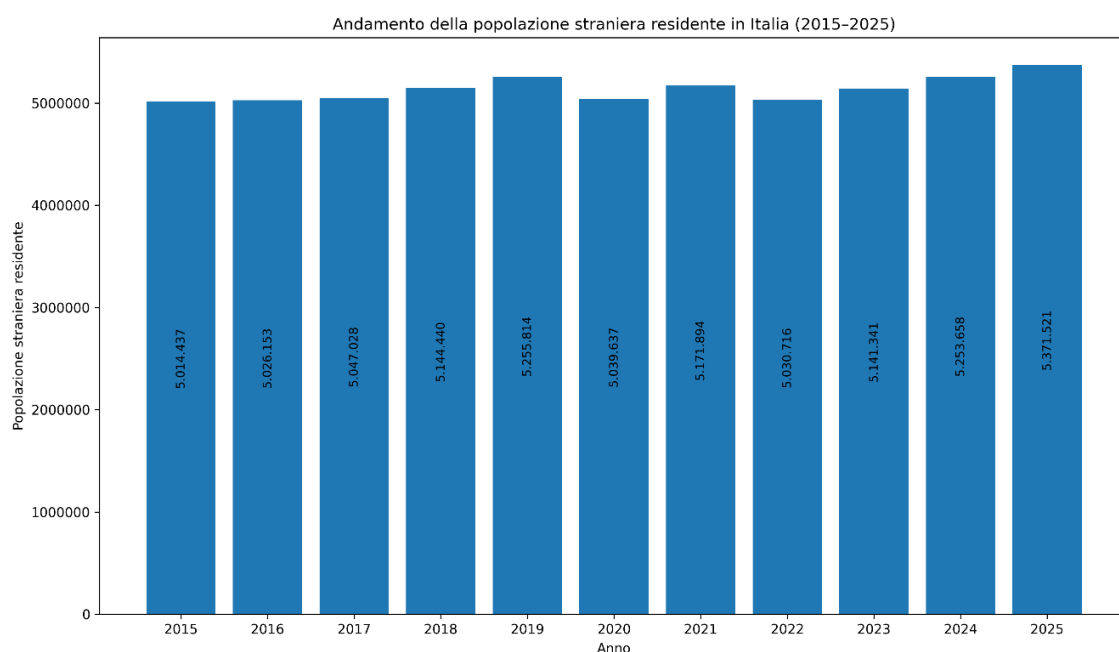


Figura 1 Popolazione straniera residente in Italia - dati Istat

Con riferimento alla regione Marche, nel medesimo anno si registrava una presenza di 135 023 cittadini stranieri. Analizzando nel dettaglio la provincia di Pesaro e Urbino, si

osserva un analogo trend di crescita con 29 508 residenti stranieri, un dato in linea con la tendenza nazionale precedentemente esposta.

Nel comune di Pesaro risiedono 7 551 cittadini stranieri, di cui 3 496 uomini e 4 055 donne. La comunità più numerosa è quella rumena, seguita da quella ucraina e da quella moldava (Istat, 2025).

Più in generale, la maggior parte degli stranieri residenti in Italia provieni da Paesi facenti parte dell'Unione Europea. A livello nazionale, la comunità straniera più rappresentata è quella rumena (19,6%), seguita da quella albanese e da quella marocchina. (Istat, 2025).

Pertanto, l'analisi di questi dati risulta fondamentale per comprendere le difficoltà che coinvolgono sia i professionisti sanitari sia i pazienti, soprattutto al fine di utilizzare in modo appropriato i mezzi e gli strumenti disponibili per la risoluzione delle problematiche assistenziali e per garantire la massima efficacia delle cure.

1.2 Cittadini stranieri e il ruolo del Sistema Sanitario Nazionale

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) permette al cittadino con cittadinanza straniera di accedere alle prestazioni a seconda delle diverse modalità e necessità. In Italia il diritto alla salute è tutelato dall'articolo 32 della costituzione. Tale principio si estende anche ai cittadini stranieri che siano turisti o migranti, regolarmente soggiornati, ed anche per coloro che non siano in regola con il permesso di soggiorno che si trovino in situazioni di emergenza.

Secondo il rapporto civico sulla salute 2025 “Principalmente hanno segnalato criticità in merito a: Barriere burocratiche -ad esempio ottenere la tessera sanitaria- barriere linguistiche o comunicative”.

Nel contesto sanitario, la categoria degli stranieri temporaneamente presenti (STP) rappresenta una percentuale importante. Gli stranieri temporaneamente presenti sono coloro che non sono in regola con le normative per l'ingresso e per il soggiorno, per cui viene emessa una documentazione (cartellino STP) che garantisce accesso alle cure ospedaliere urgenti o essenziali (Ministero della Salute).

Nel quadro normativo italiano, è molto importante l'articolo 43 del D.P.R. 394/1999 che rappresenta un riferimento fondamentale per la tutela della salute degli stranieri non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Con questa norma si prende in considerazione che la tutela della salute non può essere solo subordinata alla regolarità amministrativa del soggiorno, ma deve essere garantita anche in presenza di condizioni di fragilità sociale e giuridica (D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, art. 43).

Il pronto soccorso rappresenta, infatti, uno dei principali punti di accesso al sistema sanitario per popolazione migrante, soprattutto in situazioni di vulnerabilità. In linea con questo concetto, lo straniero che accetta a tutti gli effetti di farsi assistere, si trova a mediare tra le proprie concezioni/credenze e la proposta di cura del paese straniero.

Le barriere linguistiche si intrecciano con quelle organizzative, creando un ostacolo per il paziente che ignora le prestazioni messe a disposizione dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). La carenza di alcune strategie rende i servizi territoriali poco accessibili alla popolazione straniera, la quale finisce di aggravare notevolmente a strutture ospedaliere, dove il triage rappresenta l'unico momento di reale interazione (Chiarenza, 2012).

All'interno di questa complessità organizzativa, il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) è chiamato non solo a garantire l'accesso, ma anche a promuovere equità e appropriatezza assistenziale attraverso l'implementazione di servizi di mediazione linguistico-culturale, formazione del personale sanitario e predisposizione di materiali informativi multilingue.

Il codice Deontologico dell'infermiere assume un ruolo di fondamentale importanza nell'assistenza, in quanto richiama il professionista a operare nel rispetto dei valori etici, religiosi e culturali della persona assistita, nonché dei suoi bisogni assistenziali.

1.3 Triage infermieristico in Pronto Soccorso

Il triage rappresenta il primo momento di contatto tra il paziente e l'infermiere nell'arco del sistema dell'emergenza-urgenza. In questa fase avviene un processo decisionale, svolto dall'infermiere formato, finalizzato a valutare la priorità di accesso alle cure basandosi sulla gravità clinica e sul rischio evolutivo. In virtù di tale valutazione, il paziente può essere indirizzato al trattamento più appropriato presso le strutture idonee.

Attraverso l'applicazione di protocolli standardizzati, il professionista sanitario di triage effettua una rapida anamnesi e una rilevazione dei parametri vitali, assegnando un codice di priorità che garantisce la presa in carico immediata dei pazienti in imminente pericolo di vita. Tale funzione, oltre a ottimizzare i flussi dell'utenza, permette di operare secondo criteri di sicurezza e appropriatezza, garantendo un monitoraggio clinico attivo e costante.

Il sistema di triage italiano si basa sull'assegnazione di codici di priorità che riflettono la gravità clinica del paziente e il rischio di compromissione delle funzioni vitali, indipendentemente dall'ordine cronologico di arrivo. Il modello standard in uso si articola su cinque livelli: il Codice Rosso identifica l'interruzione o la compromissione delle funzioni vitali con necessità di accesso immediato alle aree di trattamento; il Codice Arancione definisce un'urgenza indifferibile con un rischio evolutivo elevato, richiedendo una presa in carico entro 15 minuti. I livelli intermedi come il Codice Azzurro riguardano condizioni stabili ma che necessitano di prestazioni diagnostiche complesse, mentre i Codici Verde e Bianco indicano urgenze minori o condizioni non urgenti, per le quali il tempo di attesa non influisce sulla prognosi.

Tabella 1 Codice colore e numerico di priorità in triage

Codice Numerico	Colore	Denominazione	Definizione	Tempi di Attesa Massimi
1	Rosso	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali. Rischio di morte immediato.	Immediato
2	Arancione	Urgenza Indifferibile	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Potenziale pericolo di vita	Entro 15 minuti

			o sofferenza estrema.	
3	Azzurro	Urgenza Differibile	Condizioni stabili con sofferenza, ma che richiedono prestazioni diagnostiche o terapeutiche complesse.	Entro 60 minuti
4	Verde	Urgenza Minore	Condizioni stabili senza rischio evolutivo, che richiedono prestazioni semplici o mono specialistiche.	Entro 120 minuti
5	Bianco	Non Urgenza	Problemi di salute minimi, non urgenti e che potrebbero essere trattati dal medico di base.	Entro 240 minuti

In presenza di barriere linguistiche, il processo di triage può risultare significativamente compromesso. La difficoltà può essere reciproca, sia da parte del professionista sanitario che dallo stesso utente straniero. Il pronto soccorso è caratterizzato da un contesto molto impegnativo e necessità di decisioni rapide, la mancanza di strumenti adeguati può non solo compromettere l'efficacia del triage, ma anche il principio di equità nell'accesso alle cure.

1.4 Rischio clinico associato alle difficoltà comunicative

La comunicazione rappresenta un elemento fondamentale dell'assistenza infermieristica e costituisce uno dei principali strumenti per garantire la sicurezza del paziente e la qualità delle cure. Le difficoltà comunicative possono determinare un incremento del rischio clinico, inteso come la probabilità che si verifichi un evento avverso durante l'iter assistenziale (Ali PA, Watson R, 2018). Qualora la comunicazione risulti ambigua o inefficiente, la probabilità di errore aumenta sensibilmente, compromettendo l'accuratezza della raccolta anamnestica, la corretta identificazione della sintomatologia e la piena adesione alle indicazioni diagnostico-terapeutiche.

Nella pratica clinica di emergenza, l'accertamento tempestivo delle allergie rappresenta un prerequisito fondamentale per una somministrazione farmacologica sicura; tuttavia, la presenza di barriere linguistiche può compromettere seriamente la raccolta di queste informazioni vitali. Pertanto, i pazienti con limitata competenza linguistica sono esposti a un rischio significativamente maggiore di subire errori terapeutici prevenibili, proprio a causa dell'impossibilità di comunicare correttamente le proprie ipersensibilità ai farmaci. (Wasserman, M., Renfrew, R., Green, A. R., Lopez, L., Tan-McGrory, A., Brach, C., & Betancourt, J. R., 2014)

In particolare, le criticità correlate alla presenza di barriere linguistiche esercitano un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza (Flores, 2005); l'assenza di adeguati servizi di interpretariato o di strumenti di traduzione validati contribuisce a distorcere la trasmissione delle informazioni cliniche, determinando una minore comprensione delle prescrizioni fornite dal personale sanitario (Karliner, 2007).

Nel contesto dell'emergenza-urgenza, tali criticità assumono un'importanza ancora maggiore; infatti, coloro che accedono al pronto soccorso presentano una maggiore probabilità di ricevere istruzioni di dimissione poco comprese o incomplete, con conseguente aumento del rischio di errori nella gestione delle cure successive (Lion, 2013).

Infine, le influenze culturali e difficoltà comunicative vanno a pari passo soprattutto per quanto concerne la gestione della corporeità e del genere. Nelle pazienti che professano la religione islamica, è necessario prestare maggiore attenzione clinica alle dinamiche relazionali tra generi diversi (Halligan, 2006). In fase di triage, l'interazione con un

professionista sanitario di sesso maschile può indurre nella paziente una chiusura comunicativa, con la conseguente omissione di dettagli anamnestici fondamentali e l'incremento del rischio di una sottostima della priorità clinica (Padela, Del Pozo, 2011).

Alla luce di tali evidenze, l'analisi della letteratura scientifica risulta fondamentale per identificare strategie e strumenti utili per ottimizzare l'outcome per i cittadini stranieri con limitata competenza linguistica. L'implementazione di modelli comunicativi strutturati e l'integrazione di nuove tecniche per la traduzione, devono essere elementi costitutivi di un processo assistenziale equo, che permetta al professionista sanitario di tutelare il diritto alla salute e l'integrità fisica della persona.

1.5 Risorse in dotazione

Per affrontare le difficoltà comunicative legate alla presenza di pazienti con limitata conoscenza della lingua italiana, le strutture sanitarie hanno introdotto diverse risorse organizzative e strumenti di supporto finalizzati a facilitare la comunicazione tra professionisti sanitari e utenti stranieri. Secondo le linee guida, vi sono presenti il servizio di mediazione linguistico-culturale, che consente di favorire la comprensione reciproca tra paziente e personale sanitario (Istituto Nazionale Migranti e Povertà).

Un ulteriore strumento utilizzato in molti contesti ospedalieri è rappresentato dai servizi di interpretariato telefonico o tramite piattaforme digitali, che permettono una soluzione rapida in quanto non sia disponibile un mediatore (Locatis, Williamson, Gould-Kabler, 2010).

Figura 2 Servizio di interpretariato telefonico - AST Pesaro Urbino

ast Servizio Sanitario Regionale Azienda Ospedaliera Territoriale Pesaro Urbino **ast** PESARO URBINO

**NON PARLI LA LINGUA DEL TUO PAZIENTE?
CHIAMA L'INTERPRETE...TRADUCE PER TE**

Servizio di Interpretariato Telefonico «HELPVOICE»
Attivo tutti i giorni, 24 ore su 24
Copertura di oltre 120 lingue straniere

- 1 Componi il numero **800.432.665** da telefono abilitato
- 2 Segui le istruzioni della voce registrata
- 3 Inserisci il codice della lingua desiderata e attendi l'interprete...tradurrà per te

Per maggiori informazioni sul SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO chiedi al tuo Direttore/Coordinatore o all'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Campagna di promozione del servizio di Interpretariato Telefonico «HELPVOICE» ideata e realizzata dall'AST Pesaro Urbino e promossa dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico

In assenza di servizi di interpretariato, gli infermieri ricorrono frequentemente a mediatori “ad hoc”, quali familiari, amici o conoscenti rintracciabili telefonicamente (Himmelfarb, C. R., Belew, A., Dellasga, C., Higgins, P., & Langford, D.,2011).

Tra le risorse adottate rientrano anche i materiali informativi e modulistica multilingue, come schede e moduli di consenso informato e istruzioni di dimissione tradotte nelle principali lingue straniere. Questi strumenti permettono ai pazienti di comprendere al meglio le procedure assistenziali e le indicazioni fornite dai professionisti sanitari.

Alcune Unità Operative (U.O.) si avvalgono della Scala Analogico-Visiva del Dolore (VAS), al paziente viene richiesto di indicare, il punto che meglio rappresenta l'intensità del dolore percepito in quel momento. Questa scala è uno strumento che risulta utile anche in contesti caratterizzati da barriere linguistiche, poiché permette al paziente di esprimere la propria percezione del dolore attraverso un supporto visivo, riducendo la necessità di una comunicazione verbale (Hawker, 2011).

L'utilizzo di queste risorse all'interno delle strutture sanitarie rappresenta un modo per migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari per la popolazione straniera e per garantire un'assistenza più sicura riducendo le disuguaglianze legate alle barriere linguistiche.

2. Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è analizzare le caratteristiche dell'utenza straniera che accede al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro, con particolare attenzione alle difficoltà comunicative (individuate come barriere linguistiche) che possono emergere durante il triage e/o processo assistenziale.

Questa problematica è riconducibile all'incremento della popolazione straniera presente nella provincia di Pesaro e Urbino.

L'osservazione del fenomeno permetterà di adottare strumenti o strategie comunicative adeguate, come l'impiego di mediatori linguistici o supporti, di migliorare la relazione assistenziale e garantire un'assistenza più sicura, efficace ed equa per tutti i pazienti che accedono al servizio di emergenza-urgenza.

3. Materiali e metodi

Attraverso l'analisi dei flussi informativi estratti dalle banche dati dell'azienda sanitaria, (previa autorizzazione della Direzione Sanitaria) è stata condotta un'indagine, sugli accessi effettuati dall'utenza straniera utilizzando come parola chiave "barriere linguistiche" nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2025.

Successivamente i dati sono stati elaborati con il sistema di ricerca bibliografica su PubMed e Google Scholar. La ricerca si è basata su articoli pubblicati a partire dal 2005 al 2025, redatti in lingua inglese e reperibili in full text.

Per strutturare la ricerca bibliografica è stato utilizzato il modello PICO:

Problema	Intervento	Comparazione	Outcome
Barriere linguistiche nell'utenza straniera	Strategie comunicative e formative rivolte ai professionisti	Assenza di strumenti specifici	Miglioramento dell'efficacia assistenziale e della qualità della comunicazione con l'utenza straniera

Le Parole chiave utilizzate nella ricerca bibliografica sono: "communication barriers", "language barriers emergency", "language barriers healthcare", "foreign healthcare", "immigrant health", "immigrant healthcare access".

La ricerca ha prodotto complessivamente 295 risultati su PubMed. Al termine di questo processo di selezione, sono stati inclusi soltanto 3 risultati considerati validi ai fini del presente elaborato, sulla base della loro pertinenza rispetto all'argomento trattato.

La ricerca su Google Scholar ha permesso di prendere in considerazione solo 5 risultati attinenti tramite il processo di selezione, sulla base della loro pertinenza.

4. Risultati

4.1 Analisi della letteratura

Nella seguente tabella sono riportati gli articoli inclusi nello studio:

Tabella 2 Articoli per l'osservazione in letteratura

AUTORI ANNO	TITOLO	SETTING	RISULTATI
Slade S, Sergent SR. (2023)	Language Barrier	Ambito sanitario generale	Identifica la barriera linguistica come un ostacolo alla raccolta anamnestica, alla comprensione delle indicazioni terapeutiche e alla relazione tra operatore sanitario e paziente.
McGarry O, Hannigan A, De Almeida MM, Severoni S, Puthooppambal SJ, MacFarlane A. (2018)	What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?	Rifugiati e migranti nei servizi sanitari della Regione Europea OMS	Analizza le strategie adottate per ridurre le difficoltà comunicative, tra cui interpreti, mediazione culturale, materiali multilingue e formazione degli operatori sanitari.
De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. (2015)	Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the	Migranti irregolari nella Regione Europea	Identifica come soggetto i migranti irregolari e loro vulnerabilità agli ostacoli linguistici, culturali e organizzativi. L'importanza come queste barriere possano limitare

	European Region		l'accesso ai servizi, la continuità delle cure e la tutela della salute.
Squires A. (2018)	Strategies for overcoming language barriers in healthcare	Barriere linguistiche in sanità	Descrive strategie pratiche per superare le barriere linguistiche, come interpreti professionali, uso di strumenti visivi, adattamento comunicativo e formazione professionale.
Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T (2020)	Implications of language barriers for healthcare: A systematic Review	Osservazione del sistema sanitario generale	Le barriere linguistiche influenzano qualità delle cure, soddisfazione del paziente, sicurezza, comprensione delle terapie e accesso ai servizi.
Newton H, Kwok ESH, Standing S, Vu PH, Thiruganasambandamoorthy V. (2025)	The impact of language barriers on patient care in the emergency department	Pronto soccorso e triage	Le barriere linguistiche sono associate a permanenza più lunga in Pronto Soccorso, maggiore uso di esami, più ricoveri e più ritorni successivi.
F. Van Rosse, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie-Louise Essink-Bot, Cordula Wagner (2016)	Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study.	Assistenza ospedaliera	Difficoltà linguistiche aumentano i rischi per la sicurezza del paziente.
Purtle, J., Siddiqui, N. J., & Andrusis, D. P (2011)	Language issues and barriers	Ambito delle emergenze e soccorso in	Analizza le barriere linguistiche nei contesti

		caso di catastrofe	emergenziali come ostacolo, e l'informazione per l'accesso alle cure.
--	--	--------------------	---

Attraverso l'analisi della letteratura osservata su Pubmed e Google Scholar, emerge che le barriere linguistiche rappresentano un problema molto complesso nei diversi contesti sanitari e non è limitato a uno specifico paese, o sistema organizzativo.

I documenti esaminati mostrano che con le diverse modalità assistenziali e risorse disponibili, le difficoltà comunicative possono provocare effetti come: riduzione della qualità delle informazioni, maggior rischio di incomprensioni, difficoltà della raccolta anamnestica, minore adesione alle indicazioni terapeutiche e aumento della complessità organizzativa (Slade S, Sergent SR, 2023; Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T, 2020).

In particolar modo si evidenzia che le barriere linguistiche incidono negativamente sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente e sulla soddisfazione sia dell'utenza sia dei professionisti sanitari (Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T, 2020).

Dai lavori esaminati provenienti dai contesti di emergenza e ricovero ospedaliero la presenza di una barriera linguistica si associa prevalentemente ad una permanenza più lunga, maggiore utilizzo di risorse e maggiori ritorni successivi (Newton H, Kwok ESH, Standing S, Vu PH, Thiruganasambandamoorthy V., 2025).

L'uso di mediatori, interpreti professionali, materiale multilingue, strumenti digitali e formazioni specifica dei professionisti sanitari, mettono il focus come la semplice traduzione non sia sufficiente se non accompagnata da una maggiore competenza interculturale del personale (McGarry O, Hannigan A, De Almeida MM, Severoni S, Puthooppambal SJ, MacFarlane A, 2018).

È importante sottolineare che la barriera linguistica si inserisce in una ampia condizione di vulnerabilità sanitaria e sociale, particolarmente evidente nelle popolazioni migranti, nei soggetti irregolari e nei contesti emergenziali, dove l'accesso alle informazioni e ai servizi può risultare ulteriormente un ostacolo da fattori culturali, organizzativi e

amministrativi (De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W., 2015; Purtle, J., Siddiqui, N. J., & Andrulis, D. P 2011)

Nel complesso, l'osservazione della letteratura ha permesso uno sguardo al superamento delle barriere linguistiche che richiede un approccio integrato, capace di utilizzare strumenti comunicativi, sensibilità culturale e interventi organizzativi, al fine di garantire una equa assistenza infermieristica più sicura e centrata sul paziente.

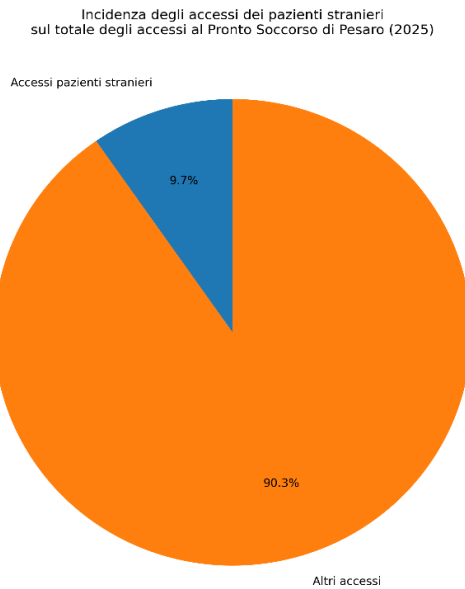
4.2 Analisi dell'utenza

L'osservazione dei dati raccolti presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Salvatore di Pesaro ha consentito di approfondire in modo dettagliato le caratteristiche dell'utenza straniera che accede al servizio di emergenza-urgenza. L'analisi è stata condotta a partire dal monitoraggio del sistema aziendale, nel quale erano riportati gli accessi registrati nel corso dell'anno 2025, al quale sono presenti nazionalità e segnalazione della presenza di barriera linguistica.

La rilevazione nel data base contiene 4 010 accessi totali di cittadini con nazionalità straniera, una piccola percentuale rispetto al totale dell'intero anno che equivale a 41 386 accettazioni basandosi sulla somma totale con gli autoctoni. Tale dato rappresenta circa il 9,7% (dato sovrapponibile a quello nazionale) del totale delle rilevazioni contenute nel data base. La prevalenza dell'utenza autoctona è consolidata rispetto a coloro che hanno cittadinanza straniera.

Questa percentuale permette di capire che il Pronto Soccorso continua a fungere da principale porta d'accesso al sistema sanitario per la popolazione straniera.

Figura 3 Accessi utenza straniera rispetto al totale degli accessi in Pronto Soccorso di Pesaro



All'interno del campione osservato, emerge che a fronte di 4 010 accessi complessivi, i pazienti effettivi di nazionalità straniera sono stati 2 197.

Questa differenza numerica permette di analizzare prevalentemente gli utenti che si sono rivolti più frequentemente al servizio di emergenza-urgenza.

La cifra indica che la popolazione straniera non è occasionale, ma rappresenta un'utenza costante e stabile, che vede il servizio del Pronto Soccorso un punto di riferimento per le proprie necessità assistenziali.

4.2.1 Frequenza di accessi dell'utenza straniera

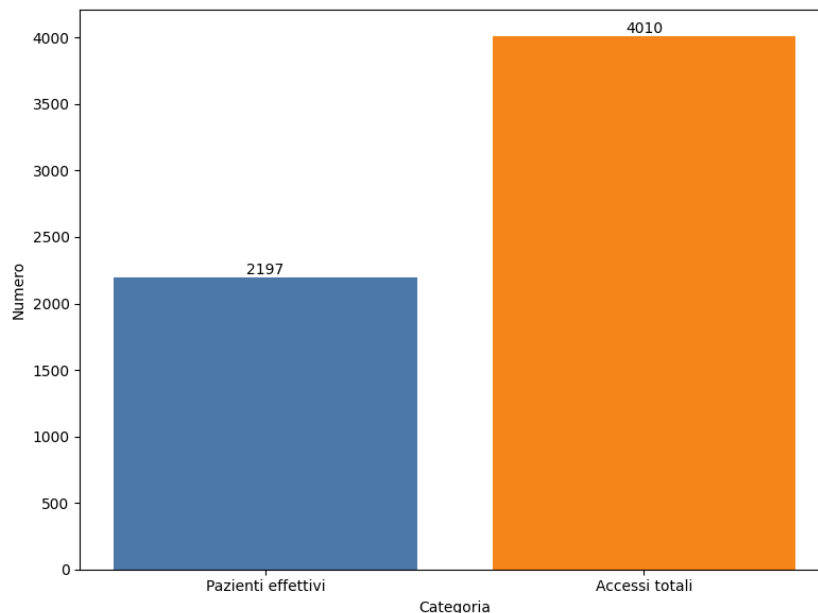
È importante l'osservazione degli accessi dei pazienti in Pronto Soccorso. Nel corso dell'anno 2025 come già descritto nel paragrafo precedente, emerge una differenza tra il numero totale degli accessi e il numero dei pazienti effettivi, questo permette di capire come una parte dell'utenza si sia rivolta al servizio più volte nel corso dell'anno.

L'osservazione dei dati ha permesso di rilevare gli accessi attraverso l'identificazione dei pazienti effettivi, quindi di evidenziare la popolazione straniera non solo in termini di numerosità, ma anche in termini di frequenza di utilizzo.

La totalità dell'utenza straniera presa in esame mostra infatti una distribuzione non uniforme degli accessi: come evidenziato su 2 197 pazienti stranieri effettivi, solo 1 281

hanno effettuato un solo accesso nel corso del 2025, mentre 916 pazienti si sono rivolti al Pronto Soccorso più di una volta nell'arco dello stesso anno.

Figura 4 Pazienti effettivi ed accessi totali dell'utenza straniera nel Pronto Soccorso di Pesaro



La frequenza di questi accessi eterogenei permette di identificare una dimensione ancora più complessa dell'utenza straniera. Nel contesto del Pronto Soccorso, questo volume che si ripetono contribuisce principalmente ad un carico assistenziale molto complesso del servizio rispetto a chi effettua un solo accesso.

4.3 Le principali nazionalità con maggior accesso al Pronto Soccorso

Dall'analisi è emerso che le dieci nazionalità con il maggior numero di pazienti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso di Pesaro nel 2025 risultano essere: Romania con 574 accessi, Albania con 531 accessi, Marocco con 395 accessi, Moldavia con 300 accessi, Perù con 299 accessi, Sri Lanka con 247 accessi, Ucraina 202 accessi, Tunisia con 189 accessi, Pakistan con 146 accessi, Nigeria con 143 accessi.

Complessivamente, questi gruppi costituiscono un bacino di 3 026 accessi, includendo persone che sono rientrati una o più volte all'interno del contesto del Pronto Soccorso, rappresentando un campione rilevante e fondamentale per il riferimento della programmazione dei servizi.

La prevalenza di cittadini romeni e albanesi risulta coerente con le rilevazioni ISTAT al 1° gennaio 2025, rispecchiando la stratificazione demografica della popolazione straniera residente in Italia e del territorio di Pesaro.

Allo stesso modo, le comunità del Marocco e della Moldavia si confermano presenti come nazionalità con maggior accesso nel sistema sanitario.

Questa distribuzione evidenzia come l'utenza straniera osservata non sia omogenea, ma caratterizzata da provenienze differenti, che implicano bisogni linguistici e culturali.

Prendendo esclusivamente i pazienti effettivi, cioè coloro che hanno avuto accesso una o più volte, è comunque emerso che queste 10 nazionalità rimangono costanti e stabili nel corso dell'anno.

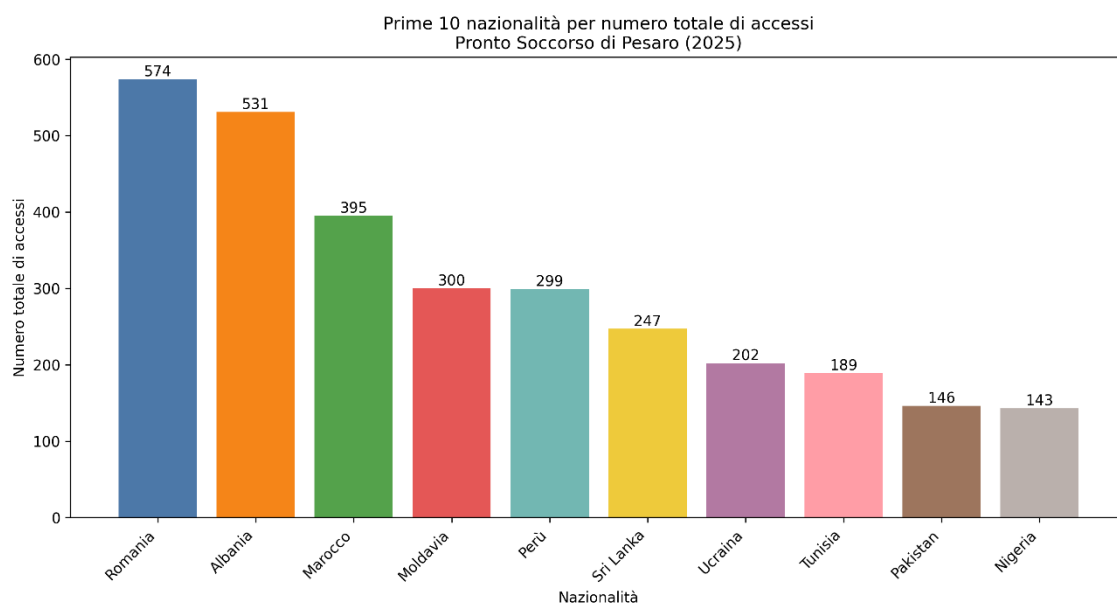


Figura 5 Nazionalità con più accessi in Pronto soccorso di Pesaro

4.4 Lingue più influenti tra le nazionalità

Considerando le 10 nazionalità con maggior afflusso, è possibile identificare alcuni gruppi linguistici prevalenti.

La frequente presenza di pazienti provenienti da Romania e Moldavia comporta all'utilizzo di questi cittadini ad avvalersi del rumeno come lingua di riferimento. Da non sottovalutare la presenza di pazienti di origine albanese che indica la necessità di

considerare l'albanese come una lingua prevalente. I pazienti provenienti da Marocco e Tunisia fanno invece emergere l'importanza dell'arabo. La presenza del Perù richiama lo spagnolo.

In particolare, il rumeno rappresenta la lingua più frequente tra quelle osservate, poiché riconducibile non soltanto alla Romania, ma anche alla Moldavia, con una totalità di 493 persone che hanno la predominanza con l'uso di questo idioma.

L'arabo rappresenta un altro gruppo linguistico molto rilevante. Questa lingua è collegata soprattutto a pazienti provenienti da Marocco e Tunisia, ma può risultare utile anche per altre nazionalità meno rappresentate provenienti da contesti nordafricani o mediorientali. Nella totalità delle persone stranieri che adottano questa lingua equivalgono a circa 345.

L'albanese si conferma anch'esso una lingua di primaria importanza, soprattutto prendendo in considerazione con la popolazione con maggior prevalenza del territorio del comune di Pesaro. La rilevanza di questa lingua prende una totalità di 306 persone che utilizzano questa lingua.

Lo spagnolo risulta ulteriormente un gruppo linguistico rilevante, associato soprattutto ai pazienti provenienti dal Perù, ma anche ad altre nazionalità del Sud America. È una lingua ampiamente diffusa, il suo utilizzo risulta abbastanza vantaggioso. Nella sua totalità questo idioma viene adottato da circa 243 persone che sono venute in Pronto Soccorso.

Il gruppo singalese, collegato principalmente a pazienti provenienti dallo Sri Lanka rappresenta una lingua meno diffusa tra gli altri idiomi osservati. Ponendo l'attenzione a questo gruppo linguistico, esso non rappresenta una componente numericamente più ampia dell'intero campione.

La lingua inglese invece non rientra tra i gruppi linguistici predominanti. Considerando che l'utilizzo dell'inglese come strumento comunicativo in molti casi non sia sempre sufficienti a sopperire una giusta comunicazione con l'utenza straniera.

All'interno delle diverse quote osservate sono principalmente inclusi soltanto i pazienti effettivi e non le volte che hanno avuto accesso.

4.5 Barriera linguistica nelle nazionalità straniere

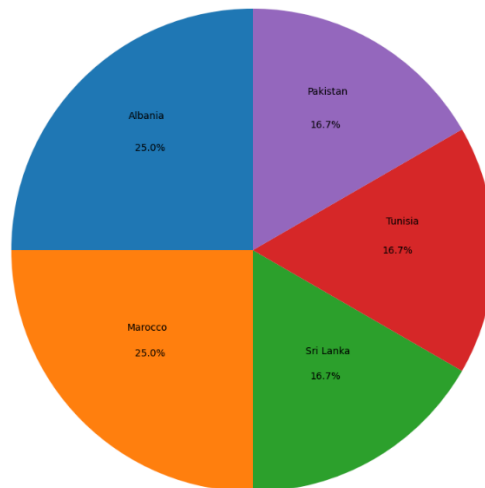
L'utenza straniera che ha avuto accesso al Pronto Soccorso di Pesaro nel corso del 2025 ha evidenziato che la barriera linguistica non è presente solo in una singola nazionalità ma bensì distribuita tra i diversi gruppi osservati.

Considerando i pazienti che hanno avuto accesso sono stati rivelati 177 coloro che presentavano la denominazione “barriera linguistica” ma le persone effettive con questa problematica erano solo 160. Questa distribuzione complessiva equivale a ben 31 nazionalità.

Tra le nazionalità con maggior presenza di barriere linguistiche, emergono in primo luogo Albania e Marocco, entrambe con 21 pazienti nei quali è stata segnalata la presenza di tale fenomeno. Come si evince dagli scorsi paragrafi la popolazione albanese risulta una delle più consistenti per numeri di pazienti effettivi e di accessi complessivi.

Subito dopo si collocano Pakistan, Sri Lanka e Tunisia, con 14 persone ciascuna. Questi cittadini rappresentano comunque una quota inferiore rispetto ad Albania e Marocco.

Figura 6 Distribuzione delle 5 nazionalità con maggior presenza di barriera linguistica tra i pazienti effettivi osservati presso il Pronto Soccorso di Pesaro nell'anno 2025.



Un altro gruppo è rappresentato dalla Nigeria, con 13 pazienti con barriera linguistica, e dal Bangladesh anch'esso con 13 casi.

Con valori inferiori rispetto ad altri gruppi si possono prendere in considerazione Ucraina con 6 casi, Egitto con 5 casi, e poi Cina, Ghana, Perù e Senegal con 4 casi ciascuno.

Un dato molto importante da mettere in evidenza è la nazionalità rumena con 3 casi e quella moldava con 2 casi, entrambi i gruppi hanno denominazione di “barriera linguistica”. Sono numeri piuttosto contenuti ma con frequenza bassa di barriera linguistica rispetto alla loro presenza nel territorio e con la maggior presenza al sistema sanitario.

Altri casi in cui sono presenti la denominazione “barriera linguistica”, tra cui: Venezuela, Costa d’Avorio, Guinea, Colombia, Gambia, Benin, Algeria, Burkina Faso, Brasile, Austria, Danimarca, Mali, India, Sierra Leone e Regno Unito. Questo gruppo rappresenta solo una piccola quantità ma molto spesso possono essere rilevanti per l’assistenza adeguata.

Ricapitolando, la distribuzione della barriera linguistica tra le diverse nazionalità mostra che il fenomeno non si basa soltanto dalla maggior presenza di popolazione della comunità presente. Alcune nazionalità con alto numero di pazienti, come Romania e Moldavia, presentano pochi casi barriera linguistica. Altre comunità meno numerosa, come Bangladesh o Pakistan, mostrano una frequenza relativamente più alta di difficoltà comunicative.

Nel complesso, la barriera linguistica nelle nazionalità straniere rappresenta un fenomeno significativo, concentrato soprattutto in alcune comunità.

La conoscenza in modo dettagliato della nazionalità che presentano più frequentemente barriere linguistiche costituisce uno strumento utile non solo per osservare il fenomeno, ma anche come approcciarsi in alcuni casi.

5. Discussione

L'analisi del fenomeno della popolazione straniera che ha avuto accesso al Pronto Soccorso di Pesaro evidenzia come sia importante la loro presenza.

In questo contesto, l'importanza tra gli accessi complessivi e pazienti effettivi, che consente di osservare come una parte dell'utenza continui ad usare il Pronto Soccorso come punto di riferimento, probabilmente anche in relazione a difficoltà di accesso, orientamento o comprensione di altri percorsi assistenziali.

La presenza di barriere linguistiche delinea un quadro nel quale la comunicazione assume un ruolo importante nella qualità della presa in carico.

La barriera linguistica emerge come un fenomeno rilevante, poiché non presente in tutti i pazienti stranieri osservati ma in alcune comunità specifiche. Questo aspetto inquadra come la difficoltà comunicativa debba essere presa in considerazione in base alle comunità, gruppi linguistici.

Tali risultati appaiono coerenti con la letteratura consultata, che sottolinea come le difficoltà linguistiche possano influenzare la sicurezza del paziente, la comprensione delle indicazioni cliniche e l'efficacia dell'assistenza.

6. Conclusioni

Il presente elaborato ha analizzato il tema delle barriere linguistiche in Pronto Soccorso con riferimento all'utenza straniera osservata presso l'Ospedale San Salvatore di Pesaro nel 2025. I dati raccolti mostrano che il fenomeno dell'utenza straniera è stabile sia per distribuzione delle nazionalità sia per presenza di gruppi linguistici differenti.

L'analisi ha evidenziato che la presenza di barriere linguistiche non riguarda in modo uniforme tutta la popolazione straniera, ma si concentra maggiormente in alcune comunità. Allo stesso tempo, la frequenza degli accessi ripetuti e la distribuzione delle lingue più influenti suggeriscono che il tema della comunicazione non possa essere considerato secondario, ma debba essere riconosciuto come elemento centrale.

Questi risultati, perciò, confermano l'importanza di una pratica attenta anche nella parte comunicativa. La conoscenza delle principali comunità presenti, delle lingue prevalenti e delle fragilità comunicative osservate può costituire un punto di partenza per l'apprendimento anche se pur minima delle lingue più rilevanti osservate.

Le domande rivolte all'utenza straniera hanno la funzione di facilitare una raccolta rapida, semplice e centrata sulle informazioni cliniche. Il loro concetto è quello di usare frasi brevi, e facilmente comprensibili.

L'inserimento di queste attività didattiche permetterebbe di riconoscerle come formazione integrante delle ECM, proponendo in modo costante degli incontri per lo sviluppo linguistico di base dei professionisti.

7. Implicazioni per la pratica

L'aspetto che emerge dai dati riguarda il fatto che la popolazione straniera osservata non sia distribuita in maniera casuale, ma si concentri in un gruppo ben definito di nazionalità.

Questo dato è importante perché rende possibile di individuare alcune lingue prioritarie su cui progettare strategie di supporto per la comunicazione. La presenza di comunità provenienti da Romania, Albania, Marocco, Moldavia, Perù, Sri Lanka, Tunisia, Pakistan e altre comunità non stanno ad indicare soltanto la pluralità delle provenienze, ma rappresentano modi linguistici differenti con cui il professionista sanitario si trova a confrontarsi.

Come già descritto, in presenza di una barriera linguistica, l'infermiere rincorre a strategie alternative, come l'utilizzo della comunicazione non verbale, il supporto di familiari, l'impiego di traduttori digitali. Questi strumenti non sempre risultano sufficienti o disponibili nell'uso immediato, soprattutto nel contesto di emergenza-urgenza. Da cui l'importanza di attuare tramite interventi che possano rafforzare la competenza comunicativa del personale.

Tra le implicazioni più rilevanti per la pratica vi è la possibilità di progettare percorsi formativi destinati ai professionisti sanitari, in particolare agli infermieri che operano in Pronto Soccorso.

L'idea non è quello di garantire una vera e propria competenza linguistica, che non è facilmente realizzabile in tempi brevi, ma in parte assicurare una formazione pratica di base, finalizzata all'apprendimento di espressioni semplici nelle lingue maggiormente osservate. La presenza delle principali nazionalità e delle lingue più influenti si potrebbe definire quali idiomi privilegiare all'interno di corsi formativi.

L'introduzione di brevi lezioni rivolti al personale infermieristico sarebbe utile proprio perché basato sui dati osservati in base al contesto territoriale. L'utenza straniera osservata appartiene a comunità di lingua rumena, albanese, araba o ispanica, potrebbe essere utile fornire ai professionisti sanitari accenni di parole ed espressioni essenziali in tali lingue.

Domande di base come:

- “dove sente dolore?”
- “da quanto tempo?”
- “ha allergie?”
- “assume farmaci?”
- “riesce a respirare?”
- “il dolore è forte?”
- “ha febbre?”
- “ha malattie?”
- “è caduto?”
- “ha battuto la testa?”
- “da quanto non urina?”
- “è incinta?”

Sono quesiti volti ad individuare immediatamente una compromissione delle funzioni vitali. Molto spesso è cruciale identificare una breve storia clinica del paziente, e soprattutto permettere di accertare la gravità del dolore per capire l’urgenza o emergenza. Essenziali anche per pazienti che accedono per infortuni o incidenti domestici, che permettono a localizzare meglio il trauma.

Relativamente ai quesiti sopra elencati potrebbe essere interessante preparare del materiale in formato anche elettronico da sottoporre a quelle persone la cui barriera linguistica non permette di individuare il trattamento necessario.

La disponibilità di strumenti semplici e multilingue potrebbe facilitare la comunicazione. Tali materiali potrebbero contenere domande brevi e standardizzate come quelle sopra citate. La versione digitale, consultabile tramite dispositivi aziendali, permetterebbe la comunicazione ancora più rapida soprattutto al paziente di leggere o ascoltare le domande nella propria lingua e di indicare la risposta più appropriata. Una soluzione di questo tipo, ovviamente accompagnata anche dall’insegnamento di queste lingue, costituirebbe un valido ausilio, migliorando la qualità della comunicazione e riducendo il rischio di incomprensioni.

Come detto l'obiettivo non è la padronanza linguistica assoluta, bensì l'acquisizione di domande standardizzati per il triage.

L'utilità di un intervento formativo di questo tipo potrebbe migliorare la qualità del primo contatto assistenziale, riducendo la distanza percepita dal paziente straniero nel momento dell'accoglienza e facilitando una comunicazione minima ma funzionale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf
2. Meuter RF, Gallois C, Segalowitz NS, Ryder AG, Hocking J. Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Serv Res.* 2015 Sep 10;15:371. doi: 10.1186/s12913-015-1024-8. PMID: 26357948; PMCID: PMC4566365.
3. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs.* 2002 Jul;13(3):189-92; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003005. PMID: 12113148.
4. <https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2025&i=STR>
5. <https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2024/06/ro-2023-stanieri.pdf>
6. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf
7. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.presidente.repubblica:1999-08-31;394~art43!vig=>
8. Chiarenza, Antonio. (2012). Developments in the concept of 'cultural competence'. 10.13140/2.1.3002.3685.
9. Ali PA, Watson R. Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J Clin Nurs.* 2018 Mar;27(5-6):e1152-e1160. doi: 10.1111/jocn.14204. PMID: 29193568.
10. Wasserman M, Renfrew MR, Green AR, Lopez L, Tan-McGrory A, Brach C, Betancourt JR. Identifying and preventing medical errors in patients with limited English proficiency: key findings and tools for the field. *J Healthc Qual.* 2014 May-Jun;36(3):5-16. doi: 10.1111/jhq.12065. Epub 2014 Mar 16. PMID: 24629098; PMCID: PMC5111827.
11. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005 Jun;62(3):255-99. doi: 10.1177/1077558705275416. PMID: 15894705

12. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007 Apr;42(2):727-54. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x. PMID: 17362215; PMCID: PMC1955368.
13. Lion KC, Rafton SA, Shafii J, Brownstein D, Michel E, Tolman M, Ebel BE. Association between language, serious adverse events, and length of stay among hospitalized children. *Hosp Pediatr.* 2013 Jul;3(3):219-25. doi: 10.1542/hpeds.2012-0091. PMID: 24313090.
14. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs.* 2006 Dec;15(12):1565-73. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01525.x. PMID: 17118079.
15. Padela, A. K., & del Pozo, S. (2011). Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: An Islamic bioethical perspective. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), 204-209. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.037614>
16. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP). *Core curriculum della mediatrice e del mediatore transculturale in campo sanitario.* <https://www.inmp.it/it/pubblicazioni/core-curriculum-della-mediatrice-e-del-mediatore-transculturale-in-campo-sanitario/>
17. Locatis C, Williamson D, Gould-Kabler C, Zone-Smith L, Detzler I, Roberson J, Maisiak R, Ackerman M. Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *J Gen Intern Med.* 2010 Apr;25(4):345-50. doi: 10.1007/s11606-009-1236-x. Epub 2010 Jan 27. PMID: 20107916; PMCID: PMC2842540.
18. Himmelfarb, C. R., Belew, A., Dellasga, C., Higgins, P., & Langford, D. (2011). Language barriers and patient safety in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 37(3), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.02.020>
19. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).

- Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 Nov;63 Suppl 11:S240-52. doi: 10.1002/acr.20543. PMID: 22588748.
20. Slade S, Sergent SR. Language Barrier. 2023 Apr 10. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 29939596.
 21. McGarry O, Hannigan A, De Almeida MM, Severoni S, Puthooppambil SJ, MacFarlane A. What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region? Themed issues on migration and health, IX [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. PMID: 30484995.
 22. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. PMID: 27536764.
 23. Squires, Allison PhD, RN, FAAN. Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing Management (Springhouse)* 49(4):p 20-27, April 2018. | DOI: 10.1097/01.NUMA.0000531166.24481.15
 24. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J.* 2020 Apr 30;35(2):e122. doi: 10.5001/omj.2020.40. PMID: 32411417; PMCID: PMC7201401.
 25. Newton H, Kwok ESH, Standing S, Vu PH, Thiruganasambandamoorthy V. The impact of language barriers on patient care in the emergency department. *CJEM.* 2025 Nov 3. doi: 10.1007/s43678-025-01046-6. Epub ahead of print. PMID: 41184602.
 26. Floor van Rosse, Martine de Bruijne, Jeanine Suurmond, Marie-Louise Essink-Bot, Cordula Wagner, Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 54, 2016, Pages 45-53, ISSN 0020-7489, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>.
 27. Purtle, J., Siddiqui, N. J., & Andrulis, D. P. (2011). Language issues and barriers. *Encyclopedia of disaster relief, 1*, 379-382.