



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA COMUNICAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE IN
PRESENZA DI BARRIERE LINGUISTICHE
NELL'AREA EMERGENZA-URGENZA: REVISIONE
DELLA LETTERATURA**

**NURSE-PATIENT COMMUNICATION IN PRESENCE
OF LANGUAGE BARRIERS IN THE EMERGENCY
DEPARTMENT: A LITERATURE REVIEW**

Relatore:

Dott.ssa Silvia Giacomelli

Tesi di Laurea di:

Saida Manar Sayadi

A.A. 2024/2025

*A mia mamma,
colei che mi ha regalato il dono più grande: la vita.*

Indice

Abstract	
Introduzione	1
1. LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO CLINICO E ASSISTENZIALE	3
1.1 Elementi costitutivi della comunicazione umana	3
1.2 La dimensione relazionale nel nursing: modelli teorici di riferimento.....	5
1.3 L’impatto della comunicazione sugli esiti clinici e sulla sicurezza del paziente	8
2. DIVERSITA’ LINGUISTICA E SICUREZZA DELLE CURE IN EMERGENZA	12
2.1 Scenari migratori e nuovi bisogni assistenziali in Italia	12
2.2 Analisi delle barriere linguistiche e il loro impatto	14
2.3 Il rischio clinico correlato alle barriere linguistiche nell’area critica	17
3. II SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA E IL TRIAGE OSPEDALIERO	19
3.1 Dipartimento Emergenza-Urgenza in Italia	19
3.2 Il triage intraospedaliero	20
4. STRATEGIE OPERATIVE E STRUMENTI PER IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE LINGUISTICHE	23
4.1 Servizio di mediazione linguistico-culturale: il ruolo dell’interprete professionista.....	23
4.2 Innovazione tecnologica in area critica: efficacia e limiti	25
4.3 Sviluppo della Cultural Safety: modelli formativi per il personale sanitario.....	28
5. REVISIONE DELLA LETTERATURA	31
5.1 Obiettivo	31
5.2 Materiali e metodi	31
5.3 Analisi dei risultati	32
5.4 Discussione	36
6. CONCLUSIONI	38
Allegati	39
Bibliografia	41
Sitografia	43

Abstract

Background: La comunicazione rappresenta uno degli elementi fondamentali dell'assistenza infermieristica, in particolare nel contesto dell'emergenza-urgenza. In questo ambito, le barriere linguistiche possono ostacolare la relazione tra infermiere e paziente, influenzando la qualità delle cure e la sicurezza assistenziale.

Obiettivo: Il presente lavoro di revisione della letteratura si propone di analizzare l'impatto delle barriere linguistiche sulla comunicazione infermiere-paziente in area di emergenza-urgenza e di individuare le principali strategie adottate per migliorare la qualità dell'assistenza.

Materiali e Metodi: È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione di banche dati biomediche quali PubMed, CINAHL e Google Scholar. Sono stati selezionati articoli scientifici pubblicati prevalentemente negli ultimi anni, inerenti alle barriere linguistiche, alla comunicazione interculturale e alle strategie di mediazione linguistica in ambito sanitario. Gli articoli sono stati selezionati tramite una stringa di ricerca e in base a dei criteri: disponibilità di full-text, titolo o abstract inerenti all'argomento.

Risultati: Dall'analisi della letteratura emerge che le barriere linguistiche possono compromettere la raccolta delle informazioni cliniche, aumentare il rischio di errori e influenzare negativamente la relazione terapeutica. L'utilizzo di strumenti di supporto, come servizi di interpretariato e tecnologie digitali, insieme allo sviluppo di competenze comunicative e transculturali da parte degli infermieri, contribuisce a migliorare l'efficacia della comunicazione e la qualità dell'assistenza.

Conclusioni: Le barriere linguistiche rappresentano una sfida significativa nei contesti di emergenza-urgenza. Risulta pertanto fondamentale promuovere strategie organizzative e formative volte a supportare i professionisti sanitari nella gestione della comunicazione con pazienti di diversa lingua e cultura, al fine di garantire un'assistenza sicura, equa e centrata sulla persona.

Parole chiave: barriere linguistiche, dipartimento emergenza-urgenza, barriere comunicative, APP, traduzione, nursing, mediazione, infermieristica transculturale.

Abstract

Background: Communication represents one of the fundamental elements of nursing care, particularly within the emergency-urgency context. In this setting, language barriers can interfere the relationship between nurse and patient, influencing the quality of care and patient safety.

Objective: This literature review aims to analyze the impact of language barriers on nurse-patient communication in the emergency-urgency area and to identify the main strategies adopted to improve the quality of care.

Materials and Methods: A literature review was conducted by consulting biomedical databases such as PubMed, CINAHL, and Google Scholar. Scientific articles published predominantly in recent years were selected, focusing on language barriers, intercultural communication, and linguistic mediation strategies in healthcare. Articles were selected through a specific search string based on criteria such as full-text availability and relevance of the title or abstract to the topic.

Results: The analysis of the literature shows that language barriers can compromise the collection of clinical information, increase the risk of errors, and negatively influence the therapeutic relationship. The use of support tools, such as interpreting services and digital technologies, along with the development of communicative and transcultural competencies by nurses, contributes to improving communication effectiveness and the quality of care.

Conclusions: Language barriers represent a significant challenge in emergency-urgency contexts. It is therefore essential to promote organizational and educational strategies aimed at supporting healthcare professionals in managing communication with patients of different languages and cultures, in order to guarantee safe, equitable, and person-centered care.

Keywords: language barriers, emergency department, communication barriers, APP, translation, nursing, mediation, transcultural nursing.

Introduzione

La comunicazione efficace rappresenta uno dei pilastri fondamentali dell'assistenza infermieristica, configurandosi non solo come strumento relazionale, ma come vero e proprio atto clinico. Nel contesto dell'emergenza-urgenza, l'infermiere ricopre un ruolo cardine: è il primo operatore a interfacciarsi con l'assistito, garantendo la raccolta dei dati anamnestici e la corretta attribuzione del codice al triage. In questo scenario, una comunicazione distorta o inefficace compromette inevitabilmente l'analisi dei bisogni di salute, influenzando negativamente l'intero percorso diagnostico-terapeutico e la sicurezza del paziente. Negli ultimi anni, i continui fenomeni migratori hanno trasformato il contesto sociodemografico italiano, rendendo la multiculturalità una caratteristica intrinseca dei moderni setting assistenziali. Tale evoluzione demografica ha accentuato la presenza di barriere linguistiche che, in ambito ospedaliero e specialmente nell'area critica, costituiscono una sfida complessa. In emergenza, dove la tempestività dell'intervento è un fattore prognostico determinante, l'impossibilità di un linguaggio condiviso può generare ritardi diagnostici ed errori terapeutici. Risulta dunque fondamentale che l'infermiere sviluppi specifiche competenze comunicative e transculturali, finalizzate a erogare un'assistenza sicura, equa e adeguata ai bisogni di una popolazione sempre più diversificata. Il presente lavoro di tesi si propone di effettuare una revisione della letteratura scientifica per analizzare le evidenze disponibili riguardanti la comunicazione infermiere-paziente in presenza di barriere linguistiche nell'area dell'emergenza-urgenza. L'elaborato mira a individuare le principali criticità operative, le strategie adottate dai professionisti e le possibili soluzioni organizzative volte a migliorare la qualità delle cure. Nello specifico, gli obiettivi della ricerca sono:

- Descrivere le barriere linguistiche ricorrenti nei dipartimenti di emergenza e il loro impatto sull'attribuzione del codice triage e sulla sicurezza clinica;
- Analizzare l'influenza di tali barriere sulla relazione terapeutica e sulla percezione di cura dell'assistito;
- Identificare e valutare l'efficacia delle strategie correttive descritte in

letteratura, con particolare riferimento all'uso di tecnologie digitali e interventi formativi;

- Individuare le lacune della letteratura esistente per suggerire nuove prospettive di miglioramento per la pratica infermieristica e la gestione del rischio clinico.

1. LA COMUNICAZIONE COME STRUMENTO CLINICO E ASSISTENZIALE

1.1 Elementi costituiti della comunicazione umana

“La comunicazione [dal lat. *communicatio -onis*]. In senso ampio e generico, l’azione, il fatto di comunicare, cioè di trasmettere ad altro o ad altri. In senso più proprio, il rendere partecipe qualcuno di un contenuto mentale o spirituale, di uno stato d’animo, in un rapporto spesso privilegiato e interattivo. Più astrattamente, relazione complessa tra persone, che istituisce tra di esse dipendenza, partecipazione e comprensione, unilaterali o reciproche.” (Treccani, n.d.).

Gli elementi tipici della comunicazione sono quattro: il mittente, il messaggio, il canale e il ricevente. Il mittente è la persona che invia il messaggio; il messaggio è l’informazione o il contenuto trasmesso; il canale è il mezzo attraverso cui il messaggio viene inviato (ad esempio, voce, testo, gesti) e il ricevente è la persona che riceve e interpreta il messaggio. Ci sono altri elementi che influiscono sul messaggio come contesto, scopo, stile e rumore. Un’analisi rigorosa della comunicazione richiede la distinzione tra tre livelli interconnessi, che operano simultaneamente in ogni interazione professionale:

- **Comunicazione Verbale:** rappresenta l'uso del codice linguistico, sia esso orale o scritto. Sebbene sia il canale privilegiato per la trasmissione di dati clinici e presentazioni formali, paradossalmente costituisce solo una parte minoritaria dell'impatto comunicativo complessivo.
- **Comunicazione Non Verbale:** include la mimica facciale, la postura, il contatto visivo e la gestione dello spazio (prossemica). Questi segnali, spesso inconsci, risultano estremamente potenti poiché trasmettono le emozioni reali del professionista e del paziente, comunicando accoglienza o, al contrario, distacco.
- **Comunicazione Paraverbale:** si riferisce alle modalità di emissione della voce (tono, ritmo, volume e pause). Tali aspetti hanno la capacità di modulare e, talvolta, di ribaltare il significato delle parole pronunciate, influenzando

profondamente l'interpretazione del messaggio da parte dell'assistito (Rossoni, 2024).

A tal proposito, è utile richiamare gli studi di Mehrabian, i quali evidenziano come, nella comunicazione delle emozioni, la componente non verbale e paraverbale pesino complessivamente per il 93% sull'efficacia del messaggio, lasciando al contenuto verbale un ruolo meramente residuale del 7%.

Per comprendere le dinamiche relazionali tra infermiere e paziente, risulta imprescindibile il contributo di Watzlawick, Beavin e Jackson (1967), i quali hanno definito le proprietà fondamentali della comunicazione umana attraverso cinque assiomi:

1. **L'impossibilità di non comunicare:** Poiché ogni comportamento trasmette un messaggio, è impossibile sottrarsi al flusso comunicativo. In ambito ospedaliero, anche il silenzio o evitare il contatto visivo da parte dell'operatore comunicano una precisa posizione relazionale al paziente.
2. **Livelli di contenuto e di relazione:** Ogni messaggio veicola un'informazione (contenuto) ma stabilisce anche il modo in cui tale informazione deve essere recepita (relazione). L'infermiere, attraverso il proprio atteggiamento, definisce costantemente il grado di vicinanza o di autorità nel rapporto terapeutico.
3. **La punteggiatura della sequenza di eventi:** La natura di una relazione dipende dalla "punteggiatura" delle sequenze comunicative adottata dai partner. Spesso, i conflitti tra operatore e assistito nascono da visioni discordanti su quale sia la causa e quale l'effetto di un determinato comportamento.
4. **Comunicazione numerica e analogica:** Gli esseri umani comunicano sia attraverso moduli digitali (le parole, simboliche e convenzionali) sia analogici (le immagini e i gesti, che hanno un rapporto diretto con l'oggetto). Mentre il linguaggio numerico è fondamentale per la precisione tecnica, quello analogico è il veicolo principale della dimensione emotiva.
5. **Interazione simmetrica e complementare:** Gli scambi possono fondarsi sull'uguaglianza o sulla differenza di potere. La relazione infermiere-paziente è

intrinsecamente complementare, data la disparità di conoscenze e la condizione di fragilità dell'assistito; tuttavia, l'infermiere deve gestire tale asimmetria con responsabilità per favorire l'*empowerment* del paziente.

La comprensione degli elementi costitutivi della comunicazione umana permette di identificare i punti di fragilità della comunicazione. Per l'infermiere, comunicare non è un atto puramente spontaneo, ma un intervento clinico strutturato. Risulta quindi necessario inquadrare questi meccanismi all'interno dei **modelli teorici di riferimento nel nursing**, che hanno saputo trasformare la relazione interpersonale in un pilastro metodologico dell'assistenza.

1.2 La dimensione relazionale nel nursing: modelli teorici di riferimento

L'incremento della popolazione straniera nei contesti assistenziali obbliga i professionisti a riconsiderare il concetto di salute dell'OMS non solo come benessere biologico, psicologico e sociale, ma come un concetto influenzato da variabili culturali spesso distanti dai modelli occidentali. Nella pratica quotidiana, questa distanza si manifesta attraverso barriere linguistiche, difficoltà nell'accesso ai servizi (con conseguente uso improprio del Pronto Soccorso) e una ridotta aderenza terapeutica, spesso legata a differenti abitudini socioeconomiche o alimentari. Per orientarsi in questa complessità, la disciplina infermieristica ha sviluppato, a partire dagli anni Sessanta, diversi modelli teorici. Caposcuola di questo approccio è Madeleine Leininger (1961), la quale, attraverso la teoria della diversità e universalità dell'assistenza, ha definito il *nursing* transculturale come una disciplina volta a comparare i valori e le credenze delle diverse culture per personalizzare l'assistenza. Il suo celebre 'Modello del Sole Nascente' illustra come la salute dell'individuo sia influenzata da molteplici livelli, che vanno dalla visione del mondo ai sistemi religiosi e sociali, fino alle pratiche di medicina popolare. Questo modello descrive quali sono i quattro livelli di influenza sulla salute e sull'assistenza degli individui nelle varie culture del mondo: visione del mondo e sistema sociale; conoscenze correlate all'individuo, alla famiglia, ai gruppi e alle istituzioni nei diversi sistemi sanitari; il sistema popolare che riguarda le credenze legate alla malattia, alla salute e alla guarigione; le decisioni e le azioni assistenziali che possono essere di tre tipi:

- a) conservazione/mantenimento: quelle azioni che aiutano la persona a mantenere uno stato di salute, a guarire da una malattia o a prepararsi per la morte;
- b) negoziazione/adattamento: quelle azioni che portano la persona a adattarsi ad una condizione o a negoziare una situazione di salute più soddisfacente,
- c) rimodellamento/rielaborazione: quelle azioni che aiutano il paziente a cambiare i propri stili di vita.

Madeleine Leininger sostiene che l'obiettivo è di arrivare a comprendere l'assistenza e il concetto di salute nelle diverse culture, in modo da trovare le risposte adeguate a raggiungere gli obiettivi di salute. Evoluzioni successive, come il modello di Papadopoulos, Tilki e Taylor (1998), hanno spostato l'accento sullo sviluppo di specifiche competenze culturali nel professionista. Tale percorso non è statico, ma si articola in fasi progressive che partono dalla consapevolezza della propria identità culturale per giungere alla capacità clinica di gestire pregiudizi e disuguaglianze. Questo modello è fondamentale perché pone l'attenzione sulle capacità personali come il rispetto della diversità, capacità di ascolto e dialogo. In modo analogo, Campinha-Bacote (1991) descrive la competenza culturale come un processo dinamico e continuo, alimentato dal 'desiderio culturale' ovvero l'energia intrinseca che spinge l'infermiere a ricercare attivamente l'incontro con l'altro. Questo è un modello di apprendimento continuo da parte dell'infermiere composto da quattro concetti relazionati tra di loro che permettono all'operatore di sviluppare un'adeguata competenza nel nursing. I quattro concetti e cinque assunti sono: la propria consapevolezza culturale, la conoscenza culturale dell'altro, l'abilità culturale, l'incontro culturale, il desiderio culturale. Tra gli altri modelli troviamo il "modello delle fasi di valutazione di Giger e Davidhizar" elaborato nel 1991. Questo modello descrive sei fenomeni culturali che l'operatore sanitario deve comprendere per fornire cure efficaci a tutti i pazienti:

1. Comunicazione, che riguarda i problemi di linguaggio e le incomprensioni.
2. Spazio, riferito alla percezione dello spazio.
3. Organizzazione sociale.
4. Tempo.
5. Controllo dell'ambiente, che riguarda l'abilità delle persone di controllare la natura.

6. Variazione biologica, che si riferisce alla struttura del corpo correlato, al colore della pelle, alla consistenza dei capelli e altre caratteristiche fisiche, alle variazioni enzimatiche e genetiche.

“Coerentemente con i fenomeni culturali di cui sopra citati, Boyle e Andrews (1989) sostennero che gli infermieri devono valutare otto aree che riflettono differenze culturali e raccogliere i seguenti dati:

- Storia delle origini della cultura dei pazienti.
- Orientamenti dei principi, tra cui visione del mondo, l'etica e le norme e gli standard di comportamento sul tempo, lavoro, denaro, educazione, bellezza, forza, e cambiamento.
- Relazioni interpersonali, compresi i modelli familiari, comportamento, ruoli e relazioni.
- Modelli di comunicazione.
- Religione e magia.
- Sistemi sociali, inclusi i valori economici, sistemi politici
- Sistemi di credenze sulla salute e sulla malattia.”

La letteratura scientifica classifica i modelli di assistenza transculturale in due macrocategorie: i modelli applicativi, concepiti come strumenti operativi per l'agire professionale, e i modelli formativi, finalizzati allo sviluppo e alla strutturazione delle competenze dell'operatore.

- L'approccio orientato alla pratica: Leininger. Il contributo di Madeleine Leininger si pone come il riferimento principale dei modelli orientati alla pratica. Il centro della sua teoria risiede nell'analisi fenomenologica del paziente: l'infermiere è chiamato a indagare l'universo valoriale, le conoscenze di cura locali e la specifica concezione di salute dell'assistito. In quest'ottica, l'assistenza si configura come una sintesi di azioni cliniche coerenti con il sistema di credenze del soggetto. In questa prospettiva si inserisce il modello delle fasi di valutazione, il quale identifica nell'accertamento e nella raccolta dati lo strumento imprescindibile per una pianificazione assistenziale culturalmente congruente.
- La transizione verso il professionista: Campinha-Bacote. Agli inizi degli anni

Novanta, il modello di Campinha ha segnato un fondamentale cambio di paradigma. L'attenzione si sposta sul professionista, delineando un processo dinamico di apprendimento continuo volto all'acquisizione di specifiche abilità relazionali e culturali. Sebbene innovativo, questo approccio lasciava ancora l'onere dello sviluppo professionale alla sensibilità e alla responsabilità individuale del singolo operatore.

- La formalizzazione didattica: Papadopoulos. Un ulteriore avanzamento si riscontra nel modello di Papadopoulos, concepito come una vera e propria guida metodologica per la progettazione di percorsi accademici, moduli didattici e progetti di ricerca applicata. Questo modello istituzionalizza la formazione transculturale, favorendo l'introduzione di strumenti standardizzati e scale di valutazione per misurare in modo oggettivo il livello di competenza culturale raggiunto dai professionisti sanitari.

L'integrazione delle teorie infermieristiche nella pratica quotidiana sottolinea come la comunicazione sia una variabile clinica a tutti gli effetti, capace di condizionare l'intero iter assistenziale. Superata la dimensione teorica, è fondamentale documentare, attraverso le evidenze scientifiche, l'impatto concreto che una comunicazione efficace o, al contrario, una sua carenza, esercita sugli indicatori di qualità e sugli *outcome* del percorso di cura.

1.3 L'impatto della comunicazione sugli esiti clinici e sulla sicurezza del paziente

“L’infermiere cura creando con le persone una relazione, in cui l’empatia è una componente fondamentale. L’infermiere si fa garante che le persone assistite non siano mai lasciate in abbandono coinvolgendo, con il consenso degli interessati, le persone di riferimento nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di cura è tempo di relazione.” (FNOPI, 2025. Art 4)

Una corretta comunicazione tra operatori sanitari e pazienti è essenziale per ottenere buoni risultati ed evitare errori medici. Spesso i pazienti non riescono a esprimere chiaramente le loro preoccupazioni e necessità; invece, le capacità comunicative dei medici sono spesso sopravvalutate dagli stessi, ma è stato dimostrato che tali competenze

diminuiscono nel corso della carriera (Ha JF, Longnecker N.; 2010). Una comunicazione inadeguata può causare danni e trattamenti non ottimali, come dimostrato da un precedente articolo pubblicato su *American Family Physician* (Ely M., Graber ML., 2016), che ha sottolineato l'importanza di coinvolgere il paziente come partner nel processo diagnostico, ma ciò può avvenire solo con un buon dialogo medico-paziente. Una comunicazione inadeguata può portare a un errore medico quando un paziente non riferisce le proprie allergie o la propria storia clinica, o quando un medico non registra in modo corretto o completo l'anamnesi o l'elenco dei farmaci. Vari studi hanno dimostrato che una comunicazione clinica inefficace può ridurre l'aderenza dei pazienti alle cure. Un ulteriore studio ha dimostrato l'aderenza alla terapia in base alla tipologia di comunicazione ricevuta, il 70% dei pazienti che ha ricevuto un'ottima comunicazione seguiva le raccomandazioni dei medici, mentre per chi aveva ricevuto una comunicazione di scarsa qualità solo il 50% seguiva le raccomandazioni. Di conseguenza i pazienti con minore aderenza avevano esiti peggiori e costi di cura sostanzialmente più elevati (Okunrintemi V. et al., 2017). L'aderenza alla terapia include il concetto di scelta del paziente, con una responsabilità condivisa tra paziente e medico, ma è sempre fondamentale la chiarezza delle istruzioni fornite dal medico. La mancata aderenza può essere classificata in due categorie: intenzionale e non intenzionale. La prima consiste nella decisione volontaria del paziente di interrompere o non assumere la terapia; questo spesso è legato alla convinzione soggettiva che la terapia non sia necessaria. In altri casi può essere la conseguenza di una risposta emotiva alla patologia e alla terapia (aspetto irrazionale); in ogni caso entrambe portano ad un'interruzione del trattamento. La decisione del paziente dipende, in genere, da informazioni ambientali errate e da una mediocre qualità della comunicazione con il medico. La non-aderenza di tipo non intenzionale si verifica quando il paziente, pur manifestando la chiara intenzione di aderire al piano terapeutico, ne è impedito da fattori esterni. Tali ostacoli sono spesso riconducibili a variabili socioeconomiche o a barriere logistiche che portano a omissioni involontarie, come le dimenticanze o il salto accidentale di dosi. Come già citato nella forma intenzionale, è il paziente a scegliere di modificare o sospendere il regime terapeutico; in questo scenario, l'elemento determinante è la percezione soggettiva dell'efficacia della cura. Per consolidare tale convinzione, è fondamentale instaurare un'alleanza terapeutica basata su una comunicazione trasparente, che privilegi un registro

linguistico accessibile; pertanto, un'adeguata informazione sulla patologia e sulla farmacoterapia deve essere accompagnata da una verifica del livello di comprensione del paziente. È inoltre essenziale definire con chiarezza gli obiettivi clinici, discutendo apertamente il rapporto rischi-benefici e rispettando il grado di coinvolgimento decisionale desiderato dall'individuo. Citando il noto studio di Langewitz, emerge una tendenza sistematica del medico a interrompere la narrazione del paziente dopo soli 22 secondi; tale pratica risulta controproducente, poiché la maggior parte dei sintomi rilevanti verrebbe esposta spontaneamente dall'assistito entro i primi due minuti di colloquio. L'adozione di un registro linguistico accessibile e un approccio empatico non sono dei semplici accessori della pratica clinica, ma strumenti indispensabili per trasformare l'evidenza teorica in un atto terapeutico sicuro ed efficace.

In uno studio, è emerso che nel 71% dei casi in cui i pazienti non hanno seguito il piano terapeutico prescritto dal medico, essi non erano d'accordo con quanto raccomandato dal medico o non avevano compreso le sue istruzioni; ciò può verificarsi quando un medico non spiega adeguatamente e non consente ai pazienti di porre domande o esprimere le proprie opinioni o preoccupazioni. Quindi cosa rende efficace la comunicazione operatore sanitario-paziente? Spesso è il dedicare tempo ad ascoltare le esigenze e i desideri del paziente e a comprendere la situazione di ciascuno di essi. “Una buona comunicazione trasforma la teoria in buona pratica clinica mentre una cattiva comunicazione riesce a trasformare una buona pratica in atto terapeutico inappropriato” (Italian Journal of Medicine, 2017). Gli studi suggeriscono che ascoltare, spiegare e mostrare empatia sono i tre fattori più importanti per aumentare la soddisfazione del paziente e migliorare i risultati. Tutto ciò dimostra che una corretta comunicazione conduce a un'assistenza appropriata e a una migliore aderenza terapeutica, oltre a garantire una maggiore soddisfazione del paziente, una riduzione degli errori diagnostici e degli incidenti medici. La comunicazione dovrebbe avvenire in una lingua e con un livello di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) comprensibili per il paziente.

È altrettanto importante comprendere che l'abilità comunicativa non deve essere intesa come un'inclinazione innata del singolo operatore, ma deve essere considerata una competenza professionale da acquisire attraverso una formazione strutturata. Al pari delle abilità cliniche e strumentali, la comunicazione richiede un apprendimento basato sul rigore metodologico e sull'adozione di protocolli validati e condivisi dalla comunità

scientifico. L'efficacia della comunicazione in ambito sanitario non può essere ridotta a solo una trasmissione unidirezionale di dati, ma deve essere intesa come un processo interattivo e circolare. Affinché l'interazione possa definirsi completa, è indispensabile che il professionista sappia sollecitare e accogliere il feedback dell'assistito; questo permette non solo di verificare la corretta decodifica delle informazioni tecniche, ma anche di indagare la risposta emotiva del paziente rispetto alla diagnosi o alla prognosi. In questa prospettiva, la competenza comunicativa si articola su tre pilastri fondamentali:

- **Finalizzazione orientata agli *outcomes*:** Ogni atto comunicativo deve essere pianificato in funzione degli obiettivi clinici e terapeutici prefissati.
- **Flessibilità e dinamismo clinico:** L'approccio deve essere modulato sulle specificità del singolo individuo, riconoscendo che strategie comunicative efficaci per un paziente potrebbero rivelarsi inappropriate o controproducenti per un altro.
- **Approccio Evidence-Based:** L'integrazione delle *communication skills* basate sull'evidenza scientifica rappresenta una risorsa imprescindibile per ogni operatore sanitario. Tali competenze favoriscono una solida relazione diadica, che si traduce direttamente in un miglioramento degli esiti di salute e in un incremento dei livelli di soddisfazione del paziente.

2. DIVERSITA' LINGUISTICA E SICUREZZA DELLE CURE IN EMERGENZA

2.1 Scenari migratori e nuovi bisogni assistenziali in Italia

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.” (Art. 32, Costituzione Italiana)

L'ordinamento italiano garantisce la tutela della salute in virtù dell'articolo 32 della Costituzione, il quale definisce il benessere psicofisico come un diritto primario dell'individuo e un valore d'interesse collettivo. Tale principio costituzionale trascende il possesso della cittadinanza o la regolarità del soggiorno, informando l'impianto normativo vigente (in particolare il Testo Unico sull'Immigrazione, D.lgs. 286/1998, ex Legge 40/1998). Di conseguenza, il diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche è riconosciuto a ogni cittadino straniero, indipendentemente dalla sua posizione amministrativa sul territorio nazionale. Nonostante l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare (L.94/2009) abbia inizialmente generato un clima di diffidenza e il timore di denunce presso i servizi pubblici, l'ambito sanitario resta tutelato dal principio di non segnalazione. Esiste, infatti, un'apparente contraddizione tra l'obbligo di denuncia per i pubblici ufficiali e il comma 5 dell'Art. 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, che vieta esplicitamente agli operatori sanitari di segnalare lo straniero irregolare alle autorità. Per risolvere l'incertezza interpretativa derivante da questo conflitto normativo, la Circolare n. 12/2009 del Ministero dell'Interno ha confermato la prevalenza del divieto di segnalazione. Di conseguenza, l'operatore sanitario non deve denunciare il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno che accede alle cure, eccetto nei casi in cui sussista l'obbligo di referto (Art. 365 c.p.) alle medesime condizioni previste per il cittadino italiano. Tale quadro normativo si inserisce in un contesto sociale profondamente mutato, dove le differenze culturali sono alimentata dal costante fenomeno migratorio che è in continua crescita globalmente con modalità differenti a seconda di uomini, Paesi, cause, mezzi, direzioni. Secondo i dati pubblicati dall'Organizzazione internazionale per le migrazioni (Oim, International Organization

for Migration) nel “World Migration Report 2010 - The Future of Migration: Building Capacities for Change” il numero dei migranti a livello mondiale è passato da 150 milioni nel 2000 a 214 milioni nel 2010, e le proiezioni per i prossimi anni confermano l’andamento. “Per il 2050 si parla infatti di 405 milioni di persone migranti come risultato delle crescenti disparità demografiche, dei cambiamenti ambientali, delle nuove dinamiche economiche e politiche globali, delle rivoluzioni tecnologiche e dei network sociali”. I flussi migratori interessano diverse categorie di persone come lavoratori, studenti e rifugiati, ognuno con diversi determinanti di salute e bisogni differenti. Di conseguenza questo fenomeno interessa la vita quotidiana sia dei migranti che della popolazione locale. Una delle sfide della sanità pubblica è di riuscire a garantire accesso ai servizi e percorsi di tutela per tutte quelle persone che, per diversi motivi, si trovano in condizioni di fragilità sociale. È dimostrato infatti che tra i principali determinanti di salute, ovvero quei fattori che influenzano lo stato di salute di una persona, ci sono i fattori socioeconomici che condizionano stili di vita e accesso ai servizi sanitari. “La salute dei migranti e le tematiche di salute associate alle migrazioni sono dunque questioni cruciali per l’agenda internazionale dei governi e della società civile. È questa l’idea alla base della Risoluzione Oms sulla salute dei migranti approvata dalla 61esima Assemblea mondiale della sanità nel 2008”. Il profilo di salute della popolazione migrante è il risultato di un insieme multifattoriale di variabili che agiscono lungo l'intera esperienza migratoria. In una fase antecedente all'arrivo, incidono l'esposizione ai rischi ambientali e microbiologici del contesto d'origine, unitamente alla qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta nel Paese d'origine. Successivamente, il benessere dell'individuo viene messo alla prova dai traumi fisici e psicologici esperiti durante il transito, mentre l'insediamento nel Paese ospite introduce nuovi determinanti critici, quali le condizioni abitative e socioeconomiche e l'effettiva accessibilità al sistema dei servizi locali. La tutela della salute dei migranti richiede un approccio multidisciplinare che superi il dato puramente medico per abbracciare l'inclusione sociale. Gli elementi cardine di tale strategia sono la formazione continua del personale sanitario e il potenziamento dei servizi di mediazione culturale. È inoltre essenziale promuovere una comunicazione bidirezionale che coinvolga sia la popolazione immigrata sia la comunità locale, al fine di favorire una reale coesione sociale. Al riguardo, l’Organizzazione internazionale per le migrazioni ha pubblicato il “World Migration Report 2011 - Communicating Effectively about

Migration” che affronta il tema dell’importanza di una comunicazione efficace sul tema dei migranti per evitare disinformazione e percezione negativa.

In questo nuovo scenario migratorio che caratterizza il contesto nazionale, appare evidente come la diversità linguistica sia diventata una caratteristica intrinseca dei moderni setting assistenziali. Per comprendere la portata di questo fenomeno, è fondamentale esaminare l’impatto reale che il deficit comunicativo, causato dalle barriere linguistiche, produce sulla sicurezza delle cure e sull’efficacia degli interventi in emergenza.

2.2 Analisi delle barriere linguistiche e il loro impatto

“L’infermiere si prende cura della persona, delle sue persone di riferimento, della famiglia e della comunità. Agisce nel rispetto della loro dignità, libertà ed eguaglianza, delle loro scelte di vita e concezioni di salute e benessere, senza alcuna distinzione di età, etnia, religione, condizione sociale, identità di genere, orientamento sessuale e culturale. In coerenza con i valori etici e le norme deontologiche delle professioni infermieristiche, garantisce una relazione basata sulla fiducia reciproca. Promuove la cultura del rispetto e dell’inclusione contribuendo a ridurre le disuguaglianze in ambito sociosanitario. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo agire.” (FNOPI, 2025, Art 3)

“Una barriera linguistica è un ostacolo che interviene nel processo di comunicazione, dovuto principalmente all'uso di lingue diverse, dialetti o gerghi che il ricevente non è in grado di decodificare correttamente con la conseguenza di non comprendere il messaggio che gli è stato inviato.” Barriera linguistica. (n.d.). In *Wikipedia*.

Nel campo dell’assistenza infermieristica, spesso si tende a pensare che il compito principale degli infermieri sia la somministrazione di farmaci e la gestione delle procedure mediche. Tuttavia, il ruolo degli infermieri è molto più ampio e complesso. La figura infermieristica riveste un ruolo determinante nell’erogazione di un’assistenza olistica, la quale integra le necessità clinico- fisiologiche con le dimensioni psicologiche, sociali e culturali dell’assistito. La variabilità culturale nei diversi contesti di cura non è un elemento accessorio, ma un fattore che influenza profondamente l’esperienza di malattia e la percezione dei trattamenti. Tali determinanti influenzano ambiti critici dell’agire professionale, dalla qualità della relazione terapeutica alla gestione del dolore, fino all’aderenza farmacologica. In assenza di un’adeguata sensibilità transculturale,

l'infermiere rischia di compromettere la personalizzazione delle cure, compromettendo l'efficacia degli interventi e l'appropriatezza del piano assistenziale. Le barriere linguistiche e culturali non limitano soltanto l'accesso completo ai servizi sanitari, ma comportano anche livelli inferiori di qualità nelle cure e nell'assistenza, contribuendo a un maggiore livello di insoddisfazione e, talvolta, a un peggioramento dello stato di salute del paziente. Esse hanno un impatto significativo sui costi e sulla qualità dell'assistenza sanitaria e si verificano comunemente tra gli operatori sanitari e i pazienti quando i due gruppi non condividono una lingua madre (Slade S., Sergent SR., 2018). Indipendentemente dalle barriere linguistiche, gli operatori sanitari sono tenuti a fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità che rispetti i principi dei diritti umani e dell'equità a tutti i loro pazienti (Bischoff A, Denhaerynck K., 2010). Le disuguaglianze in ambito sanitario, comprese le disparità di trattamento derivanti dalle barriere linguistiche, sono intrinsecamente connesse a una distribuzione asimmetrica delle risorse assistenziali e a una marcata variabilità negli esiti clinici. Ad esempio, un recente studio ha dimostrato che i pazienti che non parlano la lingua locale sono svantaggiati in termini di accesso ai servizi sanitari (Floyd A, Sakellariou D., 2017). Allo stesso modo, diversi studi hanno dimostrato che i pazienti che devono affrontare barriere linguistiche hanno esiti sanitari peggiori rispetto ai pazienti che parlano la lingua locale (Divi C. et al., 2007; Squires A., 2017). Non si tratta di una semplice incomprensione tra operatore sanitario e paziente, in quanto le barriere linguistiche causano un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza sanitaria, sulla sicurezza dei pazienti e sulla soddisfazione dei professionisti medici e dei pazienti. Questo dimostra che la competenza linguistica influisce in modo significativo sulla capacità dei pazienti di identificare i servizi necessari, fissare appuntamenti e interagire efficacemente con gli operatori sanitari durante la ricerca di cure e la gestione delle cure post-appuntamento e del follow-up. Come evidenziato dallo studio qualitativo di Pandey, le barriere linguistiche ostacolano la navigazione amministrativa del sistema sanitario, rendendo difficoltose attività come la prenotazione e il coordinamento della documentazione, motivo per cui i pazienti con barriere linguistiche sono meno propensi a cercare attivamente servizi sanitari e/o di salute mentale quando necessario (2021). A causa di queste barriere, i pazienti hanno difficoltà a seguire le conversazioni con gli addetti alla reception, a fornire la documentazione necessaria per coordinare l'assistenza, a prenotare e a presentarsi agli appuntamenti ed erano meno propensi a chiedere

chiarimenti quando non capivano le istruzioni. Motivo per cui gli operatori sanitari erano spesso preoccupati di non ottenere informazioni adeguate sui problemi di salute dai pazienti, poiché sono state riscontrate difficoltà durante le visite mediche o nel fornire istruzioni terapeutiche, il che può avere esiti negativi. Un aspetto critico riguarda l'uso degli interpreti linguistici che non sono disponibili in tutte le cliniche e spesso le famiglie portano interpreti ad hoc agli appuntamenti o ricorrono a volontari che lavorano all'interno del sistema sanitario. Spesso questi interpreti ad hoc non dispongono delle competenze e della formazione adeguate a svolgere traduzioni mediche, il che crea ulteriori difficoltà, tali servizi di interpretariato possono aumentare indirettamente il costo dei servizi sanitari e allungano la durata delle visite terapeutiche. Potrebbe capitare che gli operatori ricevono una versione sintetica o concisa di ciò che i pazienti raccontano e si chiedevano se durante la traduzione fossero andate perse informazioni contestuali importanti, ciò ha delle conseguenze sull'alleanza terapeutica. Parallelamente a queste problematiche, un ulteriore studio ha esaminato l'impatto delle barriere linguistiche in tutti i punti di contatto con il sistema sanitario. È stato notato che l'impatto delle barriere linguistiche è evidente molto prima che un individuo incontri un operatore sanitario e persiste a lungo dopo che un individuo ha ricevuto un trattamento o un intervento (Pandey et al. 2021). L'impatto cumulativo di ciò è un accesso ritardato all'assistenza sanitaria tempestiva, cure non ottimali, aumento del rischio di eventi avversi, insoddisfazione per le cure ricevute e scarsi risultati di salute. Lo studio sottolinea che l'assistenza sanitaria non può essere migliorata fornendo solo interpreti linguistici durante le visite mediche; è necessario un approccio più completo che includa lo sviluppo di linee guida sulle migliori pratiche per gli operatori, la formazione degli interpreti e un cambiamento delle politiche per affrontare gli impatti delle barriere linguistiche sull'assistenza sanitaria. Inoltre, lo studio sottolinea come le difficoltà comunicative portino a una sistematica frammentazione delle cure, influenzando sul coinvolgimento dei pazienti nella prevenzione, nella promozione della salute e nei servizi sanitari correlati, il che può creare l'errata percezione che essi siano disinteressati alle cure. Altri studi hanno anche evidenziato che le barriere linguistiche influenzano l'accesso e l'uso della medicina preventiva e dello screening, e interferiscono con la capacità di trovare informazioni sui servizi sanitari e sui requisiti di ammissibilità, ciò porta a un'assistenza frammentata e non ottimale (Pandey et al., 2021). La letteratura concorda nel definire la barriera linguistica non solo come un

ostacolo relazionale, ma come un determinante negativo della qualità assistenziale. Ma la sfida si fa estrema nei contesti in cui la tempestività è il primo fattore prognostico. Risulta quindi fondamentale analizzare come queste difficoltà comunicative si declinino specificamente nell'area critica, dove l'urgenza dell'intervento trasforma il silenzio comunicativo in un potenziale evento avverso.

2.3 Il rischio clinico correlato alle barriere linguistiche nell'area critica

Nel contesto dell'area critica l'impatto delle barriere linguistiche non si limita alla difficoltà di comprensione, ma si traduce in un rischio concreto per la sicurezza dell'assistito. Secondo i dati riportati da Hurtig et al. (2018), i pazienti ricoverati in terapia intensiva che presentano deficit comunicativi hanno una probabilità tre volte superiore di subire eventi avversi prevenibili, evidenziando una correlazione diretta tra l'assenza di un linguaggio condiviso e l'errore clinico. Oltre alla sicurezza, emerge una profonda criticità sul piano psicologico e relazionale. Come sottolineato da Power et al. (2025), l'impossibilità di una comunicazione efficace aumenta lo stato di sofferenza del paziente e ne compromette drasticamente l'autonomia, costringendolo spesso a una dipendenza forzata dai familiari nel ruolo di interpreti improvvisati. In scenari di emergenza, la vulnerabilità percepita raggiunge livelli estremi: alcune testimonianze raccolte dagli autori descrivono una sensazione di totale isolamento, arrivando a paragonare l'esperienza del ricovero a una condizione di oggettivazione, definita dai pazienti stessi come l'essere trattati 'al pari di un animale', causata dall'incapacità di esprimere i propri timori o di interagire attivamente con il personale sanitario (Power et al., 2025). Le criticità legate alle barriere linguistiche risultano ulteriormente aggravate dal quadro clinico complesso tipico dell'area critica. Fattori come la gravità della patologia, l'alterazione dello stato di coscienza e la somministrazione di farmaci sedativi, che sono delle condizioni ordinarie nei reparti di terapia intensiva, rendono la comunicazione già estremamente fragile. In questo scenario, il ricorso ai familiari nel ruolo di interpreti informali spesso si configura come un ulteriore elemento di rischio. La letteratura scientifica evidenzia infatti come l'utilizzo di *caregiver* per la mediazione linguistica non solo riduca la soddisfazione complessiva dell'assistito, ma incrementi significativamente la probabilità di errori comunicativi e fraintendimenti clinici (Sideman & Bachner, 2010; Hseih, 2014; Hagerty et al., 2016). Tale pratica, sebbene diffusa per necessità immediata, espone il paziente a

una potenziale distorsione delle informazioni e compromette la precisione del dato anamnestico, elemento cruciale per la sicurezza delle cure in contesti di emergenza. L'efficacia degli investimenti in servizi di mediazione linguistica professionale trova una conferma nello studio di Karliner et al. (2017). Attraverso l'installazione di sistemi telefonici dedicati presso ogni postazione letto, garantendo una copertura H24, i ricercatori hanno registrato una significativa riduzione dei tassi di riammissione ospedaliera a 30 giorni per i pazienti con barriere linguistiche, passati dal 17,8% al 13,4%. Di particolare rilievo è l'analisi del rapporto costi-benefici: l'intervento ha generato un risparmio netto stimato in 1,29 milioni di dollari, dimostrando come i costi del servizio di interpretariato siano ampiamente compensati dalla prevenzione di complicanze e ricoveri impropri. Il fatto che tali benefici non ci siano stati con la cessazione del progetto sottolinea come la disponibilità costante di una comunicazione professionale non rappresenti solo un imperativo etico e qualitativo, ma costituisca una strategia di gestione sanitaria ad alto valore aggiunto, capace di ottimizzare le risorse economiche e migliorare drasticamente gli *outcome* clinici della popolazione straniera. Sebbene i vantaggi dei servizi di mediazione siano ampiamente documentati, le attuali linee guida cliniche mostrano spesso un limite strutturale: esse tendono a ignorare le barriere operative quotidiane, quali la carenza cronica di personale e la scarsa accessibilità alle tecnologie di supporto. Questa differenza tra teoria e pratica si traduce inevitabilmente in strategie comunicative frammentarie e inadeguate (Gonzalez-Tagliaferro et al., 2024; Horan et al., 2024). In questo scenario critico, la figura infermieristica si colloca al centro di una complessa rete di tensioni linguistiche, etiche e cliniche. Tuttavia, nonostante il ruolo di primo piano, il vissuto esperienziale dei professionisti, e le difficoltà incontrate nel gestire quotidianamente queste barriere, appare ancora marginalizzato nel dibattito scientifico. Diventa quindi prioritario indagare la prospettiva degli infermieri, con particolare riferimento al distress morale derivante dall'impossibilità di garantire uno standard assistenziale ottimale ai pazienti con barriere linguistiche. Comprendere questo disagio non è solo un atto di riconoscimento professionale, ma un passaggio necessario per sviluppare modelli organizzativi che siano realmente sostenibili e sicuri.

3. II SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA E IL TRIAGE OSPEDALIERO

3.1 Dipartimento Emergenza-Urgenza in Italia

“A seguito dell’emanazione del DPR 27 marzo 1992, l’emergenza sanitaria sul territorio si è trasformata da “servizio” che prevedeva il semplice invio dell’ambulanza sul luogo dell’evento ed il successivo trasporto del paziente al pronto soccorso più vicino, ad un vero e proprio “sistema di soccorso”. Quest’ultimo consiste nell’integrazione delle fasi di soccorso, con l’invio del mezzo meglio attrezzato per il cosiddetto trattamento extraospedaliero così da incidere sull’intervallo di tempo in cui la vittima rimane senza adeguata terapia prima del trasporto all’ospedale più idoneo. In applicazione alla normativa nazionale, la fase dell’emergenza extraospedaliera del soccorso ha registrato, dagli anni Novanta ad oggi, una progressiva implementazione organizzativa fino a giungere all’attuale impianto strutturale del sistema. Il modello organizzativo del sistema dell’emergenza sanitaria risulta così articolato:

- **Sistema di allarme sanitario**, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale “118”, e Numero unico europeo per le emergenze (NUE) 112.
- **Sistema territoriale di soccorso**, costituito dai mezzi di soccorso distribuiti sul territorio: mezzi di soccorso di base (con soccorritori), mezzi di soccorso avanzati (professionisti medici e/o infermieri), eliambulanze.
- **Rete di servizi e presidi** (D.M. 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”) rappresentata da:
 - Postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche organizzate per esigenze stagionali in località turistiche ed in occasione di manifestazioni di massa, sportive, religiose, culturali.
 - Pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l’eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della centrale operativa.
 - Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA), che rappresentano

un'aggregazione funzionale di unità operative, adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello”

3.2 Il triage intraospedaliero

Il triage rappresenta il momento fondamentale dell'accoglienza in Pronto Soccorso e si configura come una funzione infermieristica specialistica finalizzata alla stratificazione delle priorità assistenziali. Attraverso la valutazione sistematica dello stato clinico e del rischio evolutivo, l'infermiere garantisce la presa in carico dell'utente, definendo i tempi di accesso alle cure sulla base dell'urgenza e non dell'ordine cronologico di arrivo. È opportuno sottolineare che il triage non persegue la riduzione assoluta dei tempi di attesa, bensì la loro redistribuzione razionale a favore dei casi più critici. Tale processo si avvale dell'osservazione clinica, di scale di valutazione validate e di sistemi di monitoraggio idonei a identificare precocemente segni di instabilità o complicanze. I modelli di triage adottati nel contesto italiano si fondano su un approccio olistico che coinvolge non solo l'utente, ma anche il suo nucleo familiare. La valutazione infermieristica si articola attraverso una raccolta sistematica di dati soggettivi e oggettivi, mediata dall'analisi delle variabili situazionali e delle risorse strutturali disponibili. Questo modello si basa su presupposti metodologici definiti: la presa in carico immediata e globale dell'individuo, la competenza specialistica di un professionista con formazione specifica e l'attribuzione di una priorità d'accesso basata sul rischio evolutivo e sui bisogni di salute. Il processo richiede l'impiego di protocolli di valutazione strutturati, un sistema di codifica dei livelli di urgenza standardizzato e un supporto documentale informatizzato che garantisca la tracciabilità e l'appropriatezza dell'intero percorso assistenziale. “Dal punto di vista metodologico, il processo di triage si articola in quattro fasi:

- 1) Fase della Valutazione immediata (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
- 2) Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva: la valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata), la valutazione oggettiva,

viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.

- 3) Fase della Decisione di triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico terapeutici.
- 4) Fase della Rivalutazione: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.”

L'attribuzione del codice di priorità rappresenta l'atto conclusivo del processo decisionale infermieristico nel contesto del triage, derivante da un'accurata valutazione clinica e metodologica. Tale decisione determina l'ordine di accesso alle cure, considerando lo stato di salute attuale del paziente, il potenziale rischio di deterioramento e le risorse operative disponibili. Tuttavia, il ragionamento clinico al triage integra variabili che superano il solo dato biologico: fattori come l'intensità del dolore, l'età pediatrica o geriatrica, le condizioni di fragilità e disabilità, nonché i vincoli organizzativi, concorrono a definire un livello di priorità realmente aderente alle necessità dell'individuo. La gestione professionale della lista d'attesa da parte dell'infermiere si è confermata, negli anni, una strategia fondamentale per governare l'incremento esponenziale della domanda prestazioni nei servizi di emergenza. La nuova codifica e tempi di attesa sono stati definiti dalle Linee di indirizzo nazionali sul Triage (2019) e sono i seguenti:

Fig.1 : Nuova codifica dei codici e tempi di attesa (Ministero della salute)



Per accedere alla formazione di triage sono necessari i seguenti requisiti: titolo di studio e abilitazione alla professione di infermiere, infermiere pediatrico; esperienza lavorativa in pronto soccorso di almeno sei mesi; titolo certificato alle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino. La formazione di accesso si concretizza con la partecipazione ad uno specifico corso teorico di preparazione al Triage e ad un periodo di affiancamento a tutor esperto.” Come già citato, l'infermiere ha un ruolo fondamentale nel contesto di emergenza urgenza, per cui necessità di adeguate skills comunicative. Il trattamento al pronto soccorso può avvenire in un ambiente caotico, spesso coloro che scelgono questa assistenza sono: senz'altro, privi di sostegno sociale, emarginati e persone affette da problemi mentali. Molti pazienti sono spaventati quando ricercano assistenza e la paura può influenzare le loro interazioni (Blackburn et al. 2019). Secondo Pytel et al. (2009) le principali barriere comunicative nel contesto del Pronto Soccorso riguardano la carenza di informazioni cliniche (motivi degli esami, aggiornamento sulle condizioni di salute), la gestione dei tempi di attesa, insensibilità verso il sistema di valori del paziente, uso di un linguaggio complesso non comprensibile, sono fattori che possono innescare episodi di aggressività, In uno studio condotto su pazienti/visitatori di mezza età (Pytel et al., 2009), la massima priorità comunicativa era rappresentata dalle informazioni relative agli esami e alle terapie in corso, per i pazienti era fondamentale avere aggiornamenti sul proprio stato di salute. Quindi la comunicazione positiva è associata a interazioni regolari con il personale, che garantisce ai pazienti di sentirsi informati sul loro percorso di cura, sulle loro condizioni e sul trattamento. I pazienti traggono beneficio conoscenza e dalla comprensione delle cure ricevute, sia grazie alle informazioni fornite dal personale, sia grazie alla conoscenza e all'esperienza pregresse del sistema del pronto soccorso. Al contrario, quando i pazienti scelgono il silenzio per non sovraccaricare il personale già stressato, si osserva un paradosso clinico: un apparente clima di calma che nasconde, in realtà, un marcato aumento dello stato d'ansia dell'assistito (Blackburn et al., 2019).

4. STRATEGIE OPERATIVE E STRUMENTI PER IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE LINGUISTICHE

“L’infermiere sostiene la relazione con la persona assistita, anche quando si trova in condizioni che ne limitano l’espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.” (FNOPI, 2025. Art 22)

4.1 Servizio di mediazione linguistico-culturale: il ruolo dell’interprete professionista

“La mediazione nasce in Italia tra gli anni Ottanta e Novanta in seguito all’aumento della popolazione straniera sul territorio e alla conseguente necessità di fornire supporto linguistico e di favorire la comprensione di alcuni aspetti culturali del nostro paese (Favaro 2004)”. Con il termine mediazione linguistica ci si riferisce a tutte quelle attività mirate alla traduzione e interpretazione linguistica, mentre con la definizione mediazione culturale si fa riferimento alla mediazione tra culture diverse ponendo attenzione alla sociologia e antropologia. Mentre il mediatore linguistico si focalizza sulla decodifica del codice verbale per garantire l'esattezza del messaggio (Pöchhacker, 2004), il mediatore culturale agisce come un facilitatore che decodifica i significati simbolici e i diversi modelli di salute sottostanti alla relazione di cura (Tassinari, 2022). Questa distinzione è fondamentale per passare da una semplice traduzione tecnica a una reale alleanza terapeutica transculturale (Inghilleri, 2005). Come sostenuto da Ravikumar (2025), l’impiego di interpreti professionisti rappresenta una garanzia fondamentale per l'accuratezza e la deontologia della comunicazione in ambito sanitario. Grazie a una formazione specifica che comprende sia la padronanza della terminologia clinica sia il rispetto dei principi di imparzialità e segretezza professionale, questi esperti favoriscono il consolidamento del rapporto di fiducia tra medico e paziente, permettendo la raccolta di dati più precisi e attendibili. La letteratura scientifica conferma come il ricorso a servizi di interpretariato certificati non solo elevi il grado di soddisfazione dell'assistito, ma migliori sensibilmente gli esiti clinici, riducendo l'incidenza di eventi avversi. Il loro supporto risulta imprescindibile in fasi cruciali del percorso di cura, quali la sottoscrizione del consenso informato, le scelte legate al fine vita e la pianificazione delle dimissioni ospedaliere. Ciononostante, la disponibilità di tali figure appare ancora frammentata, con

criticità maggiori nelle realtà rurali o a basse risorse. È pertanto necessario che le strutture sanitarie istituzionalizzino l'offerta di interpretariato, sia in presenza, telefono o via video, integrandolo sistematicamente nei protocolli operativi per scongiurare ritardi o inefficienze nell'erogazione delle cure. Ad esempio, uno studio italiano ha analizzato il rapporto tra operatori sanitari e intermediari linguistici, cercando di conciliarne i diversi punti di vista. I risultati mostrano come, nonostante il flusso costante di pazienti stranieri, l'uso di mediatori ufficiali sia ancora poco utilizzato. Spesso si tende a non richiedere l'intervento di un professionista, anche se il paziente ha una minima conoscenza della lingua. Questa esitazione nasce da diversi fattori: la mancanza di fiducia tra le parti, la difficoltà nel reperire esperti qualificati per determinati idiomi e le limitate risorse finanziarie a disposizione delle strutture (Nikitina J., Montenovo G., 2023).

Nonostante l'ampio ricorso a servizi di mediazione linguistica per facilitare l'accesso alle cure della popolazione straniera e i riscontri generalmente favorevoli da parte di medici e assistiti (Azarmina & Wallace, 2005; Joseph et al., 2017), l'efficacia di tali strumenti non sembra essere assoluta. Alcune evidenze suggeriscono infatti che, in ambiti clinici caratterizzati da un'elevata sensibilità culturale, come quello della salute sessuale, nonostante i feedback positivi Zhao (2023) si evidenzia come permangano significative criticità comunicative anche in presenza di un interprete. Tali difficoltà evidenziano come la barriera linguistica sia solo una delle componenti della distanza tra operatore e paziente, spesso complicata da tabù o differenti visioni culturali del corpo. Va tuttavia specificato che, poiché tali rilievi derivano da studi focalizzati prevalentemente sulla medicina sessuale, la loro estendibilità ad altri contesti clinici richiede ulteriori verifiche e cautela nell'interpretazione. Le evidenze emerse dalla ricerca evidenziano una carenza strutturale di figure specializzate nell'interpretariato in ambito sanitario. Si osserva, infatti, come semplice conoscenza linguistica in due lingue non sia di per sé garanzia di una comunicazione efficace: la mancata padronanza della terminologia tecnico-medica da parte dell'interprete può rappresentare un ostacolo critico, impedendo al paziente di ricevere informazioni cliniche precise e attendibili. Questo sottolinea l'importanza di ricorrere a professionisti con una formazione specifica, al fine di evitare fraintendimenti che potrebbero compromettere la qualità e la sicurezza del percorso di cura. Le criticità nella presa in carico del paziente straniero si muovono dunque su un doppio binario: quello tecnico e quello relazionale. Se da un lato, infatti, il bilinguismo non

specialistico dell'interprete può risultare insufficiente a colmare il gap terminologico, privando l'assistito di informazioni cliniche accurate e attendibili, dall'altro emergono barriere invisibili legate ai differenti stili comunicativi. Mentre il modello sanitario tende a privilegiare un approccio pragmatico, centrato sull'efficienza e sulla rapidità del compito, molte culture d'origine dei pazienti considerano la dimensione del dialogo informale e della socializzazione preliminare (*small talk*) come un passaggio indispensabile per la costruzione della fiducia. Quando queste aspettative relazionali vengono disattese a favore di una fredda professionalità, il rischio non è solo l'incomprensione linguistica, ma una vera e propria frattura nell'alleanza terapeutica, che può portare il paziente a percepire il contesto ospedaliero come estraneo o indifferente ai propri bisogni profondi. Emerge chiaramente come l'infermiere non debba limitarsi a colmare un vuoto linguistico, ma debba farsi promotore di una comunicazione che integri competenza tecnica e sensibilità culturale.

Nonostante l'impatto positivo degli interpreti sulla qualità delle cure, i limiti logistici ed economici ne rendono difficile l'impiego sistematico in area critica. Tale lacuna ha favorito la diffusione di strategie comunicative tecnologicamente avanzate. Per questo motivo è importante esaminare potenzialità e i limiti delle applicazioni progettate per abbattere le barriere linguistiche, analizzandone l'efficacia come strumento di supporto alla pratica infermieristica.

4.2 Innovazione tecnologica in area critica: efficacia e limiti

L'evoluzione del sistema sanitario verso paradigmi digitali e la recente espansione della telemedicina hanno favorito una maggiore accettazione delle soluzioni tecnologiche nei percorsi di cura. L'utilizzo di applicazioni e risorse web è diventata una pratica comune, spesso riportata informalmente dai professionisti per far fronte alle barriere linguistiche immediate. Tale fenomeno, tuttavia, introduce criticità rilevanti sotto il profilo della sicurezza e della validazione: la maggior parte dei software disponibili sul mercato non è stata progettata per rispondere alle necessità del contesto sanitario, dove l'accuratezza terminologica è fondamentale (Chang et al., 2014). Oltre alla facilitazione comunicativa, le strategie basate su applicazioni dedicate rispondono a criteri di sicurezza spesso trascurati dai software commerciali. Come evidenziato dalla ricerca di Muller et al.

(2023), l'utilizzo di traduttori a frasi fisse (*fixed-phrase translators*) assicura la riservatezza dei dati sensibili e riduce drasticamente il rischio di errori di interpretazione. Questo modello di 'comunicazione guidata' permette all'operatore di mantenere il controllo della valutazione clinica, assicurando che le informazioni trasmesse al paziente siano corrette e rassicuranti. Nel contesto dell'emergenza-urgenza, la rapidità nella raccolta anamnestica è determinante. L'utilizzo di applicativi software strutturati agevola il professionista nella formulazione di quesiti mirati relativi a patologie pregresse, farmaci in uso e intolleranze, riducendo il rischio di incomprensioni. Tali strumenti si distinguono per un approccio multimodale: l'uso di icone intuitive e la disponibilità di frasi pretradotte e validate permettono di coprire oltre 600 scenari clinici. Un aspetto di rilievo è la capacità del sistema di adattare il registro linguistico al target (paziente geriatrico, pediatrico o familiare), garantendo una comunicazione non solo efficace dal punto di vista informativo, ma anche rassicurante e rispettosa delle specificità anagrafiche dell'assistito. Nonostante l'elevato potenziale comunicativo di questi strumenti, la loro applicazione clinica non è universale, ma dipende da specifici criteri di eleggibilità che garantiscano la sicurezza dell'assistito. Nello studio di Muller et al. (2023), l'integrazione dell'applicazione è stata riservata a pazienti di ogni fascia d'età con documentata barriera linguistica (pazienti *non-speaking* o con competenza limitata) e disponibili all'interazione digitale. Di contro, l'adozione della tecnologia trova un limite invalicabile nelle situazioni di emergenza tempo-dipendente. I criteri di esclusione definiti dagli autori chiariscono infatti che l'uso dell'app è considerato inappropriato laddove la criticità clinica richieda manovre salvavita immediate, come la rianimazione cardiopolmonare, o un trasporto d'urgenza. In tali scenari, la priorità assoluta rimane la stabilizzazione dei parametri vitali, dimostrando come il supporto tecnologico alla comunicazione debba essere inteso come uno strumento complementare, da attivare solo quando non comprometta la tempestività dell'intervento o la sicurezza degli stessi operatori. L'analisi dei risultati dello studio di Muller et al. (2023) conferma che, una volta stabilita l'idoneità del paziente all'uso del supporto digitale, si assiste a un netto miglioramento della qualità percepita della relazione assistenziale. Un dato di particolare rilievo clinico riguarda l'azzeramento dei casi di comunicazione fallimentare: l'impiego dell'applicazione ha infatti impedito che i professionisti si trovassero nell'impossibilità di raccogliere informazioni essenziali, una criticità altrimenti frequente in assenza di mediatori. Tuttavia, l'efficacia comunicativa

richiede un investimento in termini temporali. I dati mostrano una tendenza all'aumento dei tempi di stazionamento sulla scena (*on-scene time*) di circa 6-7 minuti nei casi in cui viene attivata l'app. Sebbene questo incremento non sia statisticamente significativo, esso apre una riflessione critica: se da un lato studi precedenti suggeriscono che con i pazienti stranieri si tenda paradossalmente a trascorrere meno tempo proprio a causa della frustrazione comunicativa (Sterling et al.; 2013) l'uso della tecnologia inverte questa tendenza, restituendo valore al tempo dell'ascolto e dell'anamnesi.

Sebbene l'accessibilità di strumenti come Google Translate ne abbia favorito la diffusione informale, la letteratura mette in guardia sui rischi clinici associati. Uno studio del 2019 ha evidenziato come, nonostante un'accuratezza complessiva superiore all'80% nella traduzione di istruzioni di dimissione dal Pronto Soccorso, la restante percentuale di errori presentasse un carattere di potenziale pericolosità per l'assistito (Khoong et al., 2019). Fondamentale è l'esperienza diretta degli operatori che gioca un ruolo chiave nell'ottimizzazione di questi strumenti. La letteratura evidenzia come la familiarità con l'applicazione ne riduca la percezione di complessità, aumentando la *self-confidence* dell'infermiere o del soccorritore (Noack et al.; 2020) e trasformando la tecnologia da potenziale ostacolo a risorsa intuitiva e sicura per la gestione della complessità transculturale. In sintesi, l'analisi della letteratura evidenzia come le soluzioni tecnologiche, dai traduttori a frasi fisse analizzati da Müller et al. (2023) ai sistemi di traduzione automatica discussi da Panayiotou et al. (2019), rappresentino una risorsa indispensabile nel setting dell'emergenza-urgenza. Questi strumenti permettono di abbattere il muro del silenzio iniziale, garantendo una raccolta dati più accurata e una riduzione del rischio clinico immediato. Tuttavia, è emerso con chiarezza che la tecnologia non può essere considerata una soluzione autosufficiente. Il rischio di errori interpretativi potenzialmente dannosi, unito alla necessità di saper scegliere lo strumento giusto per ogni specifico scenario clinico, sposta il focus dall'efficacia del software alla responsabilità del professionista. L'infermiere, infatti, non deve solo possedere l'abilità tecnica per utilizzare una determinata applicazione, ma deve sviluppare un giudizio critico che gli consenta di distinguere quando il supporto digitale è sufficiente e quando, invece, è necessario il ricorso a un mediatore linguistico professionale. In quest'ottica, la tecnologia non è più un semplice "dispositivo" ma diventa una competenza professionale. Ne consegue che l'implementazione di tali strategie digitali non può

prescindere da un percorso strutturato di apprendimento. Risulta dunque fondamentale analizzare come il personale sanitario venga preparato ad affrontare la sfida della multiculturalità e quali siano i modelli formativi più efficaci per sviluppare quelle abilità transculturali necessarie a gestire, con o senza l'ausilio tecnologico, la complessità del paziente straniero in area critica.

4.3 Sviluppo della Cultural Safety: modelli formativi per il personale sanitario

La formazione accademica infermieristica riveste un ruolo cruciale non solo nel trasmettere competenze tecniche, ma nel modellare la consapevolezza del futuro professionista riguardo alle dinamiche di potere e alle disuguaglianze sistemiche in ambito sanitario. È essenziale che i percorsi universitari preparino gli studenti a erogare un'assistenza definita come 'culturalmente sicura' (*cultural safety*). Tale approccio formativo deve prestare particolare attenzione alle popolazioni storicamente marginalizzate o vittime di discriminazioni persistenti, tra cui minoranze etiche e razziali, la comunità 2SLGBTQIA+ e le persone con disabilità. Educare alla sicurezza culturale significa formare un professionista capace di riconoscere l'impatto del razzismo e dei pregiudizi sugli esiti di salute, garantendo un'assistenza che non sia solo priva di barriere linguistiche, ma anche profondamente equa e rispettosa dell'identità e del vissuto di ogni assistito (Kaur et al., 2021). La formazione infermieristica moderna sta integrando sempre più il paradigma della sicurezza culturale, superando il concetto di semplice competenza tecnica. Secondo Petric et al. (2022), tale approccio non si limita alla conoscenza delle altre culture, ma richiede una costante riflessione critica sui propri atteggiamenti e comportamenti professionali, con l'obiettivo di contrastare attivamente le disuguaglianze di potere e il razzismo nei percorsi di cura. In sostanza, garantire la sicurezza culturale significa assicurare che ogni individuo, specialmente chi appartiene a gruppi storicamente emarginati, sperimenti un'assistenza che ne onori l'identità e il vissuto. Dal punto di vista educativo, ciò implica un profondo lavoro introspettivo: gli studenti sono chiamati a riconoscere le proprie identità e le dinamiche di potere insite nella relazione infermiere-paziente (Arieli et al., 2012), imparando ad affrontare criticamente i pregiudizi e le discriminazioni ancora presenti nel sistema sanitario. Al fine di trovare le strategie educative più efficaci nel contesto accademico, è stata realizzata una revisione della

letteratura (*scoping review*) volta a identificare le evidenze e le componenti pedagogiche fondamentali per la formazione degli studenti di infermieristica (Munn et al., 2018). Le conclusioni tratte da questo lavoro non rappresentano solo un contributo teorico, ma si configurano come una risorsa essenziale per orientare le future scelte politiche e metodologiche nell'ambito della formazione sanitaria. In particolare, i risultati emersi forniscono linee guida preziose per lo sviluppo di curriculum accademici che rispondano alle sfide della sanità moderna, promuovendo un'evoluzione dei programmi di studio verso modelli formativi più inclusivi e consapevoli delle dinamiche di diversità ed equità. L'efficacia della formazione transculturale non risiede esclusivamente nell'apprendimento teorico, ma trova la sua massima espressione nel contatto diretto con le comunità locali. Attraverso il coinvolgimento in contesti di pratica territoriale, gli studenti infermieri hanno l'opportunità di instaurare relazioni autentiche, arrivando a comprendere profondamente i bisogni di salute specifici di ogni realtà culturale (Cupelli, 2016, Abrams et al., 2021). Un limite comune nella formazione infermieristica è l'eccessiva focalizzazione sull'anamnesi clinica e familiare, a discapito di un'analisi approfondita dei determinanti sociali della salute e delle barriere strutturali che condizionano il benessere dell'individuo. Come evidenziato da Olukotun et al. (2018), la comprensione di concetti complessi come il privilegio sistemico e l'impatto del razzismo sugli esiti clinici è significativamente maggiore negli studenti che hanno avuto contatti pregressi con popolazioni multiculturali. Tali evidenze suggeriscono che l'insegnamento della diversità culturale non debba essere limitato a un singolo modulo isolato. Al contrario, per ottimizzare l'apprendimento e aumentare la *comfort zone* operativa degli studenti di fronte alla diversità, risulta necessario un approccio curricolare integrato. Questo modello dovrebbe includere il riconoscimento dei traumi storici collettivi, permettendo al futuro infermiere di correlare le condizioni di salute del paziente non solo a fattori biologici, ma anche alle disuguaglianze sociali e strutturali che ne segnano la storia personale. Le evidenze emerse a livello internazionale suggeriscono implicazioni dirette per la pratica infermieristica globale, richiamando la leadership sanitaria a un ruolo proattivo nella gestione delle barriere linguistiche. Risulta infatti necessario che il management infermieristico implementi modifiche strutturali e organizzative che rispondano concretamente alle sfide quotidiane dei professionisti. Tra le strategie proposte, emerge l'integrazione di personale bilingue con competenze certificate o di infermieri con una

doppia specializzazione nel campo dell'interpretariato sanitario. Tuttavia, l'adozione di tali figure richiede una supervisione rigorosa: la leadership deve garantire che le competenze linguistiche, spesso basate su una semplice autovalutazione, siano realmente adeguate alle necessità cliniche e alla sicurezza dei pazienti. A tal proposito, la letteratura evidenzia una lacuna critica: ad oggi, mancano studi sistematici riguardanti la validazione e la certificazione ufficiale delle competenze per quegli operatori che scelgono di utilizzare le proprie abilità linguistiche personali in alternativa ai servizi di interpretariato professionale.

5. REVISIONE DELLA LETTERATURA

5.1 Obiettivo

Il presente lavoro di revisione della letteratura si pone l'obiettivo primario di analizzare e sintetizzare le evidenze scientifiche disponibili riguardo l'impatto delle barriere linguistiche nella relazione tra infermiere e paziente all'interno del contesto dell'emergenza-urgenza. Nello specifico, la revisione mira a rispondere ai seguenti sotto-obiettivi:

- Valutare i rischi per la sicurezza assistenziale: indagare come il deficit comunicativo influenzi l'accuratezza della raccolta dati in fase di triage, l'insorgenza di eventi avversi e la comprensione del piano terapeutico da parte del paziente con barriere linguistiche.
- Esaminare l'impatto sulla relazione di cura: analizzare le ripercussioni delle barriere linguistiche sul vissuto del paziente (senso di isolamento, ansia) e sul *distress* morale dei professionisti sanitari.
- Individuare le strategie di mitigazione: mappare le principali soluzioni adottate a livello internazionale per superare il *gap* linguistico, con particolare attenzione all'efficacia delle tecnologie digitali (applicazioni di traduzione istantanea) e dei servizi di interpretariato professionale.
- Promuovere la competenza transculturale: definire l'importanza della formazione infermieristica, soprattutto per gli studenti, nello sviluppo di modelli di *Cultural Safety*, finalizzati a garantire un'assistenza equa, sicura e centrata sulla persona, indipendentemente dalla lingua d'origine.

5.2 Materiali e metodi

Per la stesura del presente elaborato è stata condotta una revisione narrativa della letteratura, volta a indagare l'impatto delle barriere linguistiche e l'efficacia delle soluzioni tecnologiche e formative nel contesto dell'area critica. La ricerca è stata effettuata consultando le principali banche dati biomediche, tra cui PubMed, CINAHL e Google Scholar. La strategia di ricerca si è avvalsa dell'utilizzo di parole chiave

(keywords) selezionate e combinate tra loro, quali: *language barriers, emergency department, communication barriers, nursing, cultural competence, APP e translator.*

Al fine di garantire la pertinenza dei risultati, sono stati applicati specifici criteri di inclusione ed esclusione: la selezione ha privilegiato studi pubblicati focalizzati sull'ambito dell'emergenza-urgenza. Sono stati, di contro, esclusi i contributi inerenti a contesti clinici differenti o eccessivamente specifici (come l'area oncologica o le cure croniche), in quanto non coerenti con l'obiettivo primario della presente analisi. La ricerca bibliografica è stata guidata dal quesito di ricerca formulato secondo il modello P.I.C.O., volto a indagare se “nei pazienti con barriere linguistiche e comunicative in area critica (Population), l'utilizzo di strumenti di supporto linguistico (Intervention) rispetto alla pratica assistenziale standard (Comparison), possa migliorare l'efficacia della comunicazione e la sicurezza delle cure (Outcome).”

Per le banche dati come PubMed, la combinazione che usata è stata : (Language barriers OR Communication barriers) AND (Emergency Department OR Critical Care) AND (Nursing OR Nurse-patient relationship) AND (Mobile Applications OR Translating)

5.3 Analisi dei risultati

Dalla revisione della letteratura condotta sono emersi 18 articoli pertinenti, la cui analisi integrata permette di delineare un quadro sull'impatto delle barriere linguistiche in area critica. I risultati possono essere sintetizzati in tre pilastri principali:

1. **Impatto sulla Sicurezza Clinica e sul Triage:** La totalità degli studi analizzati conferma che la presenza di barriere linguistiche nel dipartimento d'emergenza correla positivamente con un aumento del rischio clinico. Nello specifico, l'assenza di una comunicazione efficace durante il triage ostacola la corretta raccolta dei dati anamnestici, portando in alcuni casi a una sottostima del codice di priorità e a ritardi diagnostici significativi (Karliner et al., 2017).
2. **Efficacia delle Strategie di Mediazione:** Per quanto riguarda l'uso di tecnologie digitali, i risultati evidenziano come le applicazioni di traduzione mobile rappresentino una soluzione efficace per la comunicazione "bedside" immediata,

riducendo il *distress* morale dell'infermiere. Tuttavia, esse non sostituiscono il mediatore professionista nelle situazioni di alta complessità etica o clinica, dove l'accuratezza del linguaggio tecnico rimane prioritaria (Müller et al., 2024).

3. Ruolo della Formazione e Competenza Culturale: Emerge con forza il dato secondo cui la sola tecnologia non sia sufficiente senza una solida base di *Cultural Safety*. Gli studi evidenziano che gli infermieri formati in competenza transculturale mostrano una maggiore capacità di gestire l'incertezza comunicativa e una migliore aderenza ai protocolli di sicurezza rispetto ai colleghi privi di formazione specifica (Salami et al., 2021).

Un dato di rilievo emerso durante la revisione della letteratura riguarda l'origine geografica delle evidenze: la maggior parte dei contributi scientifici di alta qualità proviene da contesti anglosassoni (USA, Canada, Australia) o dal Nord Europa. Si rileva una significativa carenza di studi primari condotti specificamente nel contesto clinico-organizzativo italiano. Tale lacuna risulta critica, poiché il Servizio Sanitario Nazionale presenta dinamiche di accesso e modelli di triage (Linee Guida 2019) peculiari, che potrebbero non essere pienamente sovrapponibili a quelli descritti nei sistemi assicurativi o privati analizzati negli studi internazionali. L'analisi dei risultati suggerisce che la gestione ottimale del paziente con barriere linguistiche in emergenza richieda un approccio multimodale, che combini l'immediatezza degli strumenti digitali con la competenza relazionale e la mediazione professionale, includendo anche le competenze transculturali dell'infermiere.

Tabella 1. Flow chart PRISMA

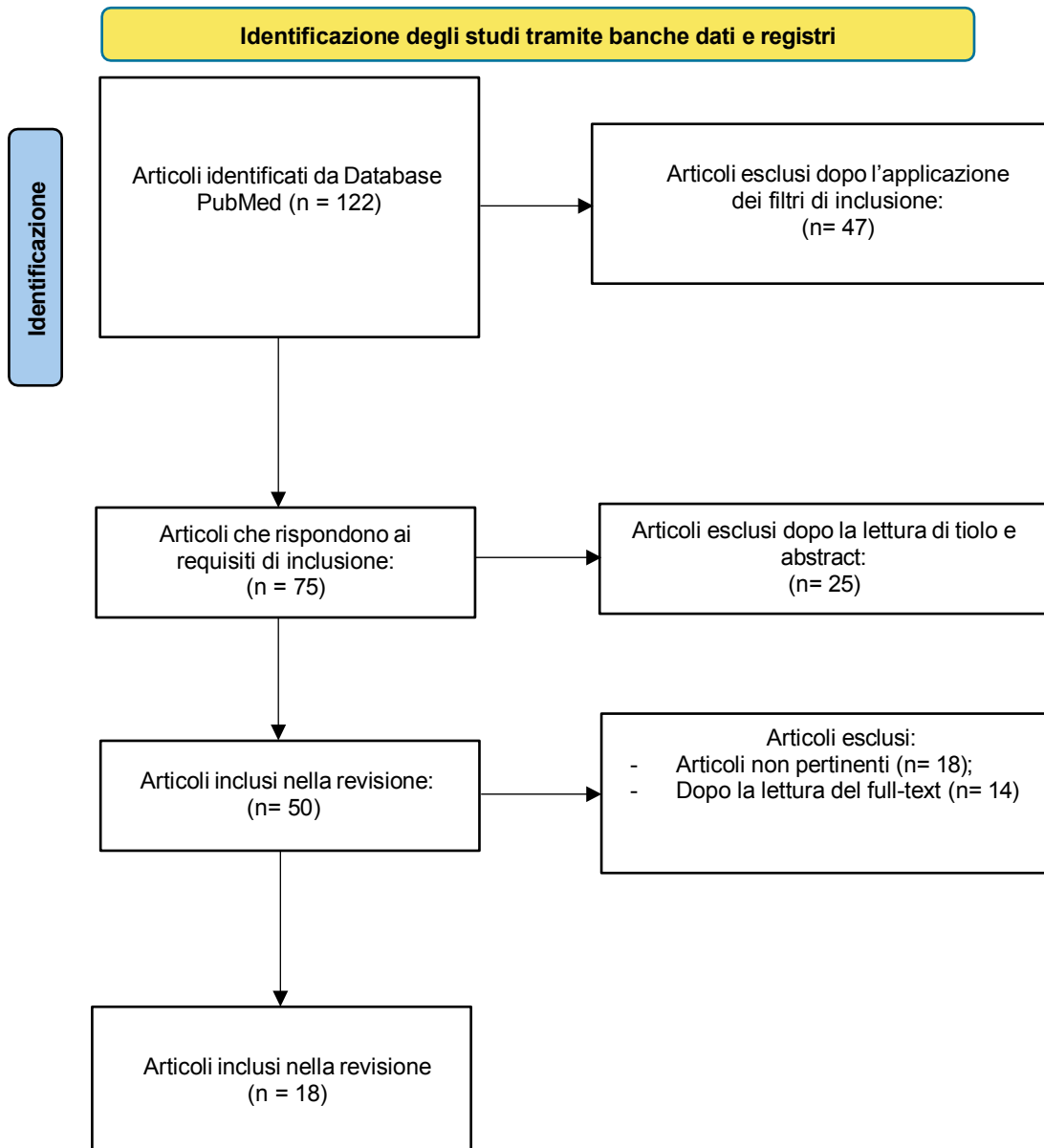


Tabella 2. Analisi riassuntiva dei risultati

Autore (anno)	Obiettivo	Metodo	Ambito	Temi	Risultati	Limiti
Al Shamsi et al. (2020)	Impatto barriere linguistiche	Revisione sistematica	Vari contesti sanitari	Barriere linguistiche	Errori, scarsa qualità cure	Eterogeneità
Blackburn et al. (2019)	Comunicazione in PS	Revisione narrativa	Pronto soccorso	Comunicazione e clinica	Ritardi e rischi	Pochi dati quantitativi
Brenna & Silva (2018)	Modelli multiculturali	Revisione teorica	Infermieristica	Assistenza transculturale	Importanza modelli culturali	Pochi dati empirici
Chooniedas et al. (2025)	Cultural safety formazione	Scoping review	Educazione infermieristica	Cultural safety	Migliora competenze	Eterogeneità
Kong et al. (2026)	Traduzione automatica	Studio comparativo	Pazienti	Tecnologia	Accuratezza variabile	Non sempre affidabile
Lazris et al. (2021)	Comunicazione ed errori	Revisione	Medicina generale	Comunicazione	Errori clinici	Non sistematica
Lenti et al. (2017)	Comunicazione paziente complesso	Revisione	Medicina interna	Interprofessionale	Importanza coordinamento	Poco focalizzato
Müller et al. (2023)	App comunicazione	Studio sperimentale	Paramedici	Tecnologia	Migliore comunicazione	Campione limitato
Nikitina & Montenovo (2023)	Mediazione Italia	Qualitativo	Italia	Mediazione linguistica	Criticità organizzative	Contesto limitato
Pandey et al. (2021)	Lingua e accesso	Qualitativo	Immigrati	Accesso servizi	Peggiori esiti	Generalizzabilità
Panayiotou et al. (2019)	App traduzione	Expert opinion	Sanità	Tecnologia	Utili ma rischiose	Opinione
Pytel et al. (2009)	Comunicazione PS	Osservazionale	PS	Comunicazione	Inefficace frequente	Datato
Ravikumar (2025)	Equità linguistica	Revisione	Medicina interna	Equità	Necessari interventi	Pochi dati
Salami et al. (2021)	Competenza culturale	Scoping review	Formazione	Cultural competence	Migliora assistenza	Variabilità
Stefan (2023)	Approccio antropologico	Teorico	Infermieristica	Cultura	Migliora cura	Teorico
Tonioli (2016)	Mediatore culturale	Saggio	Europa	Mediazione	Figura chiave	Non empirico
Watson et al. (2025)	Esperienze terapia intensiva	Qualitativo	Terapia intensiva	Barriere linguistiche	Stress operatori	Campione limitato
Zhao (2023)	Comunicazione interculturale	Revisione sistematica	Migranti	Interculturale	Barriere diffuse	Eterogeneità

5.4 Discussione

L'analisi della letteratura condotta in questo elaborato permette di delineare un quadro complesso e di estrema attualità riguardo alla gestione del paziente con barriere linguistiche nel contesto dell'emergenza-urgenza. Come evidenziato nell'introduzione, l'infermiere di area critica si trova oggi a operare in un panorama demografico profondamente mutato: i dati ISTAT aggiornati al 2025 confermano che la multiculturalità non è più un evento sporadico, ma una caratteristica strutturale del nostro sistema sanitario ed è un fenomeno sempre in continua crescita. Di conseguenza, la capacità di comunicare efficacemente non può più essere considerata una *soft skill* opzionale, ma deve essere riconosciuta come una vera e propria competenza clinica salvavita. Da tale evidenza deriva la necessità di sviluppare linee guida specifiche che standardizzino l'approccio assistenziale in presenza di barriere linguistiche. Il primo dato che emerge con forza dalla revisione è la stretta correlazione tra barriera linguistica e compromissione della sicurezza del paziente. Nel contesto del Triage, dove l'infermiere deve prendere decisioni rapide basandosi su narrazioni spesso sfumate del dolore, il "vuoto comunicativo" si traduce in un rischio concreto comportando eventi avversi per il paziente. Gli studi analizzati dimostrano che, senza un linguaggio condiviso, il rischio di sottostima del codice di priorità aumenta significativamente. Questo non influisce solo sulla gestione del flusso in Pronto Soccorso, ma determina l'intero *outcome* clinico: un'anamnesi incompleta al triage può portare a ritardi diagnostici che, in area critica, fanno la differenza tra la vita e la morte. Riprendendo i modelli teorici del nursing, come quello della Leininger o la *Cultural Safety* citata da Salami (2021), appare chiaro che l'assistenza non può prescindere dalla relazione. Tuttavia, la realtà operativa dell'emergenza impone dei limiti brutali a questa relazione. Qui si inserisce il dibattito sulle strategie di superamento delle barriere. Da un lato, la letteratura esalta il ruolo del mediatore culturale professionista come "gold standard" per garantire precisione e rispetto della dignità. Dall'altro, scontrandosi con la realtà dei turni notturni e della carenza di personale, emerge il ruolo cruciale, ma controverso, delle tecnologie digitali. Le applicazioni di traduzione si sono rivelate strumenti preziosi per colmare l'urgenza immediata, riducendo il senso di impotenza e il *distress* morale dell'infermiere che "vuole aiutare ma non sa come farsi capire". Tuttavia, è fondamentale sottolineare che la

tecnologia deve rimanere un mezzo e non un fine: l'uso di un'applicazione non esonera il professionista dal possedere una sensibilità transculturale che gli permetta di decodificare anche il linguaggio non verbale e i diversi modi di esprimere la sofferenza. Un punto critico che merita una riflessione approfondita è la carenza di evidenze scientifiche prodotte specificamente nel contesto italiano. Sebbene il nostro Paese sia in prima linea nella gestione dei flussi migratori, la ricerca infermieristica nazionale sembra ancora rincorrere le evidenze anglosassoni. Questo rappresenta un limite, ma anche una grande opportunità per il futuro della nostra professione: c'è bisogno di studi che misurino l'impatto delle barriere linguistiche proprio nei nostri DEA, con i nostri protocolli di Triage e le nostre risorse organizzative. Alla luce di quanto analizzato, la discussione dei dati raccolti suggerisce che il superamento delle barriere linguistiche richieda un cambiamento di paradigma. Non basta fornire all'infermiere un tablet o un numero di telefono per l'interpretariato h24; è necessaria una formazione che parta dalle università e arrivi ai corsi di aggiornamento aziendali, focalizzata sulla gestione del rischio comunicativo. Lo studio di Nikitina e Montenovò (2023) sottolinea l'importanza di investire nella formazione universitaria e post-base per preparare i professionisti a gestire la mediazione linguistica come parte integrante del team assistenziale. Familiarizzare con queste dinamiche sin dall'inizio della carriera ridurrebbe la diffidenza verso le figure professionali di supporto, fornendo agli operatori gli strumenti critici per modulare il proprio approccio comunicativo. L'obiettivo finale deve essere il passaggio da un'assistenza "standardizzata" a un'assistenza "culturalmente congruente", affinché la diversità linguistica si trasformi da ostacolo critico in un'opportunità di assistenza personalizzata ed efficace.

6. CONCLUSIONI

L'elaborato ha permesso di analizzare in modo approfondito l'impatto delle barriere linguistiche nei contesti di area critica, evidenziando come la diversità linguistica rappresenti oggi una delle sfide più significative per la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza infermieristica. In prima istanza, questo elaborato ha dimostrato che la barriera linguistica non può essere considerata un semplice ostacolo comunicativo, quindi una mancanza di comunicazione ma un vero e proprio fattore di rischio clinico. Nel delicato processo di triage, l'assenza di un linguaggio condiviso compromette l'accuratezza dell'accertamento, aumentando la probabilità di errori diagnostici e di una gestione inappropriata delle priorità assistenziali. Di conseguenza, la capacità di mediare tra culture e lingue diverse deve essere riconosciuta come una competenza clinica salvavita, da integrare alle abilità tecniche dell'infermiere e non solo una skill aggiuntiva. È un'abilità capace di fare la differenza, soprattutto in emergenza, migliorando l'esito clinico del paziente. Per quanto concerne le strategie di superamento di tali barriere, la ricerca ha evidenziato un panorama duale. La mediazione culturale professionale rimane il *gold standard* per garantire la precisione clinica e il rispetto dei valori bioetici, dall'altra parte considerando l'epoca tecnologica in cui viviamo, le applicazioni di traduzione si configurano come risorse risolutive nell'immediatezza dell'emergenza. Tuttavia, tali strumenti tecnologici, pur riducendo il *distress* morale degli operatori, non esonerano il professionista dalla necessità di una formazione transculturale specifica, che continua ad essere necessaria. L'evidente carenza di studi primari condotti nel contesto ospedaliero italiano suggerisce la necessità di investire in futuri filoni di ricerca nazionali. Risulta non più procrastinabile l'implementazione di linee guida standardizzate e protocolli operativi che integrino la mediazione linguistica nei percorsi di emergenza-urgenza, è importante non sottostimare questo fenomeno dato l'elevato rischio di errore clinico. L'auspicio di questo lavoro è che il sistema sanitario possa evolvere verso un modello di assistenza realmente inclusivo, dove la barriera linguistica non sia più un limite invalicabile, ma il punto di partenza per una presa in carico sicura, equa e centrata sulla persona, indipendentemente dalla sua provenienza o dalla lingua parlata.

Allegati

Tabella 1. Flow chart PRISMA

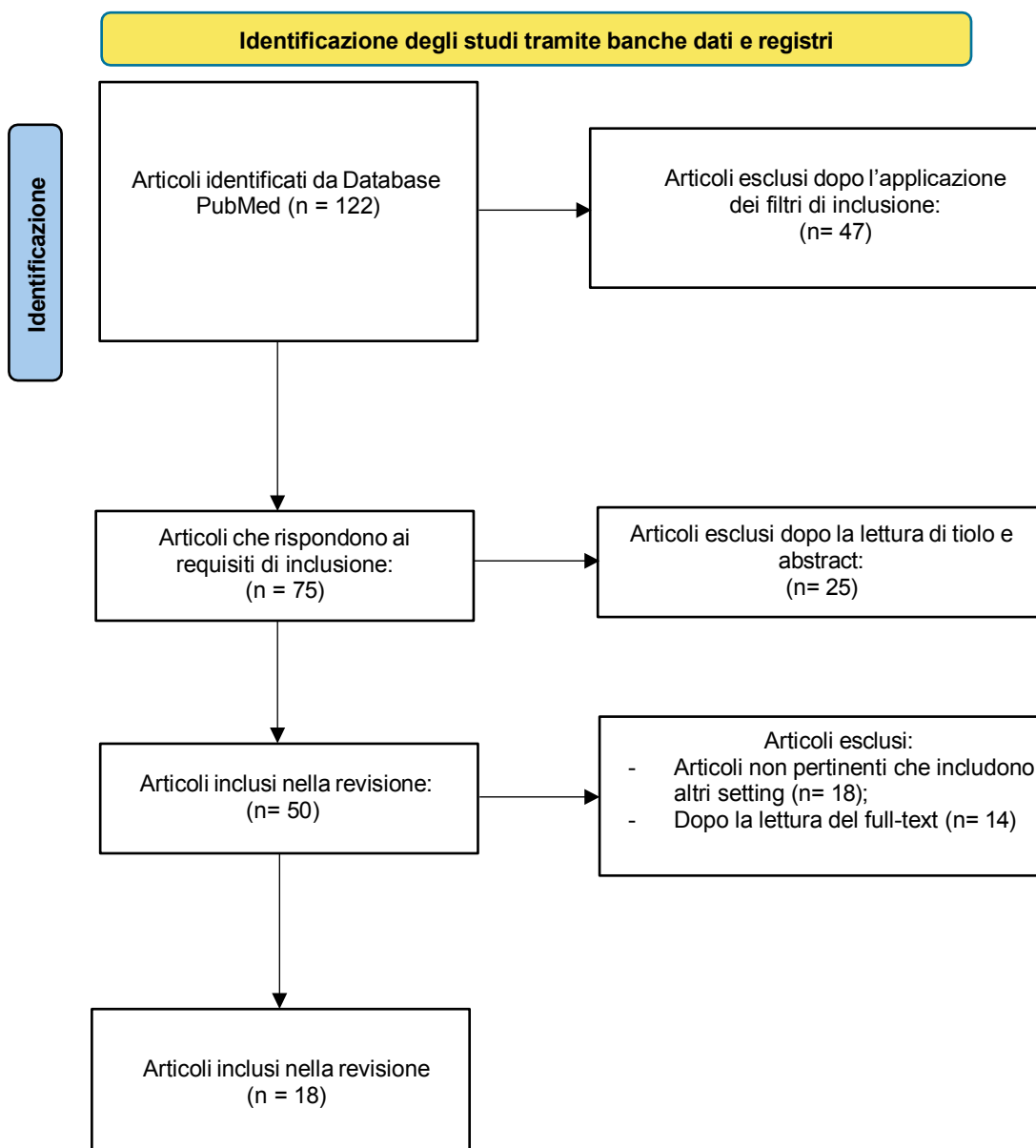


Tabella 2. Analisi riassuntiva dei risultati

Autore (anno)	Obiettivo	Metodo	Ambito	Temi	Risultati	Limiti
Al Shamsi et al. (2020)	Impatto barriere linguistiche	Revisione sistematica	Vari contesti sanitari	Barriere linguistiche	Errori, scarsa qualità cure	Eterogeneità
Blackburn et al. (2019)	Comunicazione in PS	Revisione narrativa	Pronto soccorso	Comunicazione e clinica	Ritardi e rischi	Pochi dati quantitativi
Brenna & Silva (2018)	Modelli multiculturali	Revisione teorica	Infermieristica	Assistenza transculturale	Importanza modelli culturali	Pochi dati empirici
Chooniedass et al. (2025)	Cultural safety formazione	Scoping review	Educazione infermieristica	Cultural safety	Migliora competenze	Eterogeneità
Kong et al. (2026)	Traduzione automatica	Studio comparativo	Pazienti	Tecnologia	Accuratezza variabile	Non sempre affidabile
Lazris et al. (2021)	Comunicazione ed errori	Revisione	Medicina generale	Comunicazione	Errori clinici	Non sistematica
Lenti et al. (2017)	Comunicazione paziente complesso	Revisione	Medicina interna	Interprofessionale	Importanza coordinamento	Poco focalizzato
Müller et al. (2023)	App comunicazione	Studio sperimentale	Paramedici	Tecnologia	Migliora comunicazione	Campione limitato
Nikitina & Montenovolo (2023)	Mediazione Italia	Qualitativo	Italia	Mediazione linguistica	Criticità organizzative	Contesto limitato
Pandey et al. (2021)	Lingua e accesso	Qualitativo	Immigrati	Accesso servizi	Peggiori esiti	Generalizzabilità
Panayiotou et al. (2019)	App traduzione	Expert opinion	Sanità	Tecnologia	Utili ma rischiose	Opinione
Pytel et al. (2009)	Comunicazione PS	Osservazionale	PS	Comunicazione	Inefficace frequente	Datato
Ravikumar & Ravikumar (2025)	Equità linguistica	Revisione	Medicina interna	Equità	Necessari interventi	Pochi dati
Salami et al. (2021)	Competenza culturale	Scoping review	Formazione	Cultural competence	Migliora assistenza	Variabilità
Stefan (2023)	Approccio antropologico	Teorico	Infermieristica	Cultura	Migliora cura	Teorico
Tonioli (2016)	Mediatore culturale	Saggio	Europa	Mediazione	Figura chiave	Non empirico
Watson et al. (2025)	Esperienze ICU	Qualitativo	Terapia intensiva	Barriere linguistiche	Stress operatori	Campione limitato
Zhao (2023)	Comunicazione interculturale	Revisione sistematica	Migranti	Interculturale	Barriere diffuse	Eterogeneità

Bibliografia

Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: A systematic review. *Oman Medical Journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>

Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>

Brenna, S., & Silva, A. O. (2018). Review and synthesis of theoretical models that support nursing in a multiethnic context. *Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi*, 24(2), 76–80. <https://doi.org/10.33393/gcnd.2012.1143>

Chooniedass, R., Reekie, M., Denison, J., Mercuri, A., Nawara, R., Purcell, N., Oelke, M., & Janke, R. (2025). Embedding cultural safety in nursing education: A scoping review of strategies and approaches. *Journal of Professional Nursing*, 56, 113–129. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.11.005>

Kong, M., Fernandez, A., Bains, J., et al. (2026). Evaluation of the accuracy and safety of machine translation of patient-specific discharge instructions: a comparative analysis. *BMJ Quality & Safety*, 35(3), 150–158. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-018384>

Lazris, A., Roth, A. R., Haskell, H., & James, J. (2021). Poor physician-patient communication and medical error. *American Family Physician*, 103(12), 757–759. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0615/p757.html>

Lenti, S., Felici, M., Campanini, M., et al. (2017). La comunicazione con il paziente e tra professionisti nella gestione del paziente complesso in Medicina Interna. *Italian Journal of Medicine*, 5(1), 1–81. <https://doi.org/10.4081/itjm.q.2017.1>

Müller, F., Schröder, D., & Noack, E. M. (2023). Overcoming language barriers in

paramedic care with an app designed to improve communication with foreign-language patients. *JMIR Formative Research*, 7, e43255. <https://doi.org/10.2196/43255>

Nikitina, J., & Montenovolo, G. (2023). The changing landscape of healthcare communication in Italy: Perceptions and challenges in language brokering services. *Language and Health*, 1(1), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.laheal.2023.07.002>

Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., et al. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21, 741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>

Panayiotou, A., Gardner, A., Williams, S., et al. (2019). Language translation apps in health care settings: Expert opinion. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11316. <https://doi.org/10.2196/11316>

Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 35(5), 406–411. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.09.002>

Ravikumar, J., & Ravikumar, D. (2025). Bridging the gap: Addressing language barriers to advance equity in internal medicine. *ASIDE Internal Medicine*, 1(4), 23–30.

Salami, B., Anyiglo, C., Chooback, A., & O'Mahony, J. (2021). Cultural competence and safety in nursing education: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2710–2725. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.03.036>

Stefan, D. (2023). L'assistenza infermieristica nell'ottica dell'antropologia: comprendere le differenze culturali nella cura dei pazienti. *Nursing Foresight*, (2), 73–78.

Tonioli, V. (2016). Una figura da ri-definire: Il mediatore linguistico e culturale. In C.

A. Melero Rodríguez (Ed.), *Le lingue in Italia, le lingue in Europa* (pp. 165–176). Edizioni Ca' Foscari.

Watson, A. L., et al. (2025). When words fail: ICU nurses' experiences caring for patients with limited English proficiency in the United States. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.70203>

Zhao, X. (2023). Challenges and barriers in intercultural communication between patients with immigration backgrounds and health professionals: A systematic literature review. *Health Communication*, 38(4), 824–833.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1980188>

Sitografia

Accesso agli atti da Dicembre 2025 a Marzo 2026.

www.anolf.it

URL: <https://www.anolf.it/2025/04/15/istat-oltre-54-milioni-di-stranieri-residenti-in-italia-crescono-anche-le-acquisizioni-di-cittadinanza/>

www.senato.it

URL: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>

www.fnopi.it

URL: <https://www.fnopi.it/codice-deontologico/>

www.iss.it

URL: <https://www.epicentro.iss.it/migranti/>

www.salute.gov.it

URL:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf

www.annarossoi.it

URL: <https://annarossoi.it/tipi-di-comunicazione/>

Università degli Studi di Verona.

URL: <https://docs.univr.it/documenti/OccorrenzaIns/matdid/matdid812234.pdf>

www.wikipedia.it

URL: https://it.wikipedia.org/wiki/Barriera_linguistica