

## **Analisi di un corpus di interazioni e percorsi didattici di L2 in contesto sanitario: il caso di un gruppo di pazienti iracheni in un ospedale sardo.**

### **RIASSUNTO**

In questo contributo descriveremo alcune strategie comunicative, fenomeni pragmatici e sociolinguistici/socioculturali rilevati in un corpus costituito dalle interazioni spontanee fra pazienti arabofoni, personale sanitario e docente di italiano L2 occorse in contesto sanitario.

**PAROLE CHIAVE:** ISTITUZIONI SANITARIE, EFFICACIA COMUNICATIVA, INCLUSIONE.

### **ABSTRACT**

Our contribution intends to describe the main mediation strategies, pragmatic and sociolinguistic/sociocultural phenomena detected in a corpus consisting of spontaneous interactions between Arabic-speaking patients, medical staff and Italian L2 teacher that occurred in the health context.

**KEYWORDS:** HEALTH, INSTITUTIONS, COMMUNICATIVE EFFECTIVENESS, INCLUSION.

## **1. Introduzione**

Nella società contemporanea, composita e superdiversa, in cui convivono individui, lingue e culture dai molteplici retroterra, la necessità di porre attenzione al problema della complessità linguistica risulta fondamentale per il successo delle interazioni che si svolgono in tutti i domini e i contesti.<sup>1</sup>

Si può senz'altro osservare non solo come le istituzioni sanitarie siano tra i contesti maggiormente coinvolti dal contatto interlinguistico e interculturale ma anche quanto nell'ambito ospedaliero predomini una disparità di tipo sociale tra gli interlocutori, stante il ruolo istituzionale ricoperto dal medico, che assume spesso una posizione di potere qualificandosi come regista dell'interazione (Orletti, Iovino 2018).

Questa asimmetria risulta più evidente nel caso in cui la conversazione è data da persone che hanno difficoltà nell'accesso alla lingua, come per esempio i migranti che per svariati motivi sono approdati nel nostro paese. La mancata competenza della lingua del paese ospitante è aggravata proprio dalle difficoltà che i pazienti/apprendenti stranieri sperimentano nella comprensione del linguaggio tecnico-specialistico. Esso è infatti

---

<sup>1</sup> L'intero contributo è stato concepito congiuntamente dalle due autrici. Tuttavia, sono da attribuire a Giulia I. Grosso i parr. 1 e 4 e a Moana Floris i parr. 2. e 3. Le conclusioni sono frutto di una riflessione comune.

Ringraziamo sentitamente Antonietta Marra per la lettura critica e la revisione del contributo e Ida Ferrari per la discussione stimolante sul concetto di mediazione culturale e linguistica.

caratterizzato da una sintassi articolata e da un lessico tecnico in cui eccedono parole non utilizzate nella lingua corrente, che rendono il linguaggio del tutto inadeguato a un'interazione efficace. Tali incomprensioni possono essere alla base anche di diagnosi errate e trattamenti terapeutici inappropriati o dannosi.

Perciò il costante impegno tra i rappresentanti dell'istituzione ospedaliera e l'utenza straniera in tutti i loro momenti di incontro continua a essere la chiave necessaria per assicurare la comunicazione e promuovere così un approccio alla salute che sia davvero accessibile a tutti. Per una reale efficacia della comunicazione reciproca in ambito sanitario, bisogna porre enfasi non solo sulla dimensione pratica della semplificazione e dell'interazione linguistica, ma anche sulla dimensione umano-relazionale col paziente straniero, ponendolo nelle condizioni di mantenere la propria *agency* nell'accezione intesa da Bazzanella (2009: 253) considerandola, in relazione all'interazione conversazionale tra agenti umani, come diritto di parola e di partecipazione conversazionale attiva, quindi come presupposto per l'azione sociale riconosciuta. Di conseguenza la consapevolezza da parte dei protagonisti degli scambi comunicativi di come si svolgono le interazioni è di fondamentale importanza e necessiterebbe dunque di attitudine e capacità di assunzione di punti di vista diversi dal proprio, diverse angolazioni di osservazione, predisposizione alla cooperazione e negoziazione dei significati (Benucci, Grosso, 2021:107), così come descritto nell'ambito delle strategie di mediazione del Volume Complementare (2020).

In questo contributo, perciò, intendiamo presentare brevemente alcuni dei risultati della ricerca-azione condotta con un gruppo di cittadini iracheni giunti in Italia per motivi inerenti al loro stato di salute.

Nello specifico si forniranno degli esempi sulle interazioni personale sanitario-pazienti, svoltesi alla presenza della docente di italiano L2, che ha ricoperto, in alcuni momenti, la funzione di mediatrice linguistico-culturale. I dati ricavati dall'analisi hanno evidenziato l'esistenza di strategie comunicative e di mediazione da parte del personale sanitario e dei pazienti/apprendenti volte a creare una maggiore convergenza tra gli interlocutori e relazioni personali positive, così come la necessità di erogare una formazione linguistica rivolta ai bambini/pazienti e alle loro famiglie fortemente ancorata ai bisogni di questo speciale profilo di apprendenti.

## 2. Metodologia

Si è inteso dunque approfondire, attraverso l'analisi delle interazioni nel contesto della classe e in ambito sanitario, come i comportamenti verbali siano connessi ai valori della cultura di appartenenza e approfondire quindi il concetto di *ethos comunicativo*, cioè la maniera in cui i membri di una certa comunità agiscono nell'interazione verbale (Kerbrat-Orecchioni 2005).

La ricerca-azione ha previsto anche la progettazione e la sperimentazione di un percorso didattico in italiano L2 rivolto ai bambini iracheni ricoverati e relative famiglie, con la realizzazione di un sillabo<sup>2</sup> e materiali ad hoc per

---

<sup>2</sup> L'aspetto didattico non è il focus del presente contributo. Per una trattazione più approfondita si rimanda all'articolo di G.I. Grosso, M. Floris (2020: 103-104).

questo profilo di apprendente; tale percorso è stato strutturato in contemporanea all'analisi delle interazioni autentiche raccolte nel contesto didattico e sanitario.

Le interazioni sono state analizzate con metodi quanti-qualitativi: in primis è stato adottato l'approccio dell'analisi della conversazione (Sacks *et al.* 1973), molto produttivo in questo tipo di contesti (Baraldi, Gavioli 2016) e poi è stata condotta un'analisi quantitativa dei fenomeni pragmalinguistici rilevati.

Ulteriori modelli di analisi del corpus raccolto attingono alle svariate ricerche sull'interazione in classe e nei contesti sanitari (Baraldi 2007) e alle osservazioni sul modo in cui la comunicazione interculturale avviene in questi contesti. L'analisi degli esempi fornirà degli spunti di riflessione sul valore funzionale attribuito ai diversi fenomeni linguistici evidenziati, adottando una prospettiva pragmatico-funzionale secondo i modelli di Auer (1995; 1998), di Cerruti (2004), mentre la microanalisi pragmatica evidenzierà il modo in cui l'asimmetria intrinseca nelle interazioni medico-docente-paziente/apprendente condizionino la partecipazione all'interazione comunicativa ed eventualmente la possibilità di esercitare agentività da parte degli interlocutori, e conseguentemente le dinamiche di inclusione/esclusione pragmatica degli interattanti, secondo il modello di Bazzanella (2009).

In linea con questo modello si analizzeranno in particolare, nella prospettiva dell'analisi della conversazione, le componenti socio-pragmatiche e il valore interazionale che assumono i diversi fenomeni riscontrati, e nel caso specifico degli esempi presentati in questo contributo, il valore interazionale della commutazione di codice.

### **3. Setting della ricerca, informanti e corpus**

La ricerca-azione, sviluppatasi in un arco temporale di sei mesi, ha avuto luogo all'interno della struttura d'accoglienza in cui erano ospitate le famiglie e all'interno del reparto di Oncematologia e Centro trapianti dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari in cui erano ricoverati i pazienti.

Il gruppo di informanti era composto da 7 studenti: 4 ragazzi/bambini, 2 donne e 1 uomo, di età compresa tra gli 8 e i 50 anni, tutti provenienti dall'Iraq. I soggetti non avevano frequentato un corso di italiano né avevano mai studiato in autonomia la lingua italiana; presentavano un grado variabile di scolarizzazione nella propria lingua materna, l'arabo iracheno, e una conoscenza di base dell'inglese, lingua ponte utilizzata durante le lezioni.

Oltre ai pazienti informanti, il cui profilo è stato precedentemente descritto, all'interno delle interazioni del corpus compaiono altri soggetti quali personale della casa di accoglienza, personale sanitario e docente del corso di italiano L2.

Durante la ricerca sono state raccolte circa 50 ore di interazioni registrate, trascritte e annotate utilizzando il metodo Jefferson secondo un approccio quantitativo-qualitativo, che ha reso possibile un'analisi multilivello e un approfondimento sui vari fenomeni presenti nel corpus.

A livello quantitativo, i fenomeni pragmatici maggiormente riscontrati sono stati: l'etero-ripetizione (84,78%), il *code mixing/switching* (12,48%), il *language crossing* (1,21%), il *language brokering* (1,16%), il riferimento agli

elementi culturali (0,19%) e l'uso *foreigner talk* (0,17%)<sup>3</sup>. Alcuni esempi di analisi qualitativa di questi fenomeni verranno riportati e discussi nel prossimo paragrafo.

#### 4. L'analisi dei dati: le interazioni medico- paziente

La relazione medico - paziente è cambiata nel tempo. Si è passati da una scala di totale assenza di contatto ad un contatto sempre più sostanziale, che nel caso di pazienti stranieri passa attraverso la mediazione, uno strumento di vitale importanza quando i pazienti migranti non hanno competenze elevate nella lingua target (Machetti, Siebetcheu 2017; Gavioli 2018; Benucci, Grosso 2021). Purtroppo, negli ospedali italiani la presenza di un mediatore non sempre è garantita, e spesso i pazienti migranti si trovano in balia delle proprie preoccupazioni e paure. L'intervento di una figura professionale garantirebbe una maggiore resa nella comunicazione tra paziente e personale sanitario evitando così eventuali fraintendimenti e possibili conseguenze per lo stato di salute del malato. Il caso specifico delle interazioni personale sanitario-pazienti nel corpus di riferimento non fa eccezione, come mostrano gli esempi a seguire. Nel primo esempio (1) osserviamo come le funzioni di mediatrice linguistico culturale informale vengano svolte dalla docente di italiano L2, che viene coinvolta attivamente e sollecitata dal medico:

(1)

432	/DOTT/	C'è stata una positività per il virus citomegalico citomegalo virus nel sangue abbiamo trovato la positività per il citomegalo virus
433	/STUD1/	Non ho capito
434	/DOTT/	Un virus nel sangue (.) glielo sai spiegare? ((si rivolge alla docente))
435	/STUD1/	Where the virus?
436	/INS/	In the blood
		[...]
438	/DOTT/	Silente silent ok va bene?
439	/STUD1/	Ok dottore
		[...]
450	/DOTT/	Ciao arrivederci poi te lo spieghiamo meglio domani va bene? Niente di particolare c'è questo virus che si attiva noi lo diagnosticiamo nel sangue prima che dia infezioni e lo trattiamo subito ((il ragazzo non capisce)) (.) spiegaglielo tu ((il medico si rivolge all'insegnante))

<sup>3</sup> Per motivi di spazio, non ci si soffermerà sull'analisi dei dati quantitativi nel presente contributo. Per una trattazione esaustiva si veda Floris 2021.

451	/INS/	You have this virus in the blood now the virus is sleeping but could activate and they change the medicine and treats it immediately before the virus infects you, but everything is ok don't worry
-----	-------	---

Le battute del paziente, che contengono richieste di chiarimento, rappresentano mosse conversazionali forti, specialmente in virtù del fatto che in altri casi, limitati spesso a situazioni particolari di forte asimmetria (Orletti 2000) ed a persone con minori poteri conversazionali, viene negato (quasi) sistematicamente il diritto di parola. La perdita di *agency*, infatti, risulta dal “generale orientamento a ridurre il ruolo partecipativo in chi non riveste potere istituzionale o ha un ruolo debole nell’interazione” (Orletti, Fatigante 2009: 200). In questo caso, invece, il paziente rivendica il proprio diritto a comprendere a fondo quanto detto dal personale medico, ritenendolo importante per il proprio stato di salute.

Da parte del medico, quindi, si evidenzia il ricorso a tutti i codici espressivi, nella modalità del *code mixing* con l’impiego della lingua ponte, l’inglese, per tentare di rendere accessibili termini ritenuti fondamentali per facilitare la comprensione da parte del paziente:

(2)

445	/STUD1/	Ciao dottore
446	/DOTT/	Ah stai facendo i compiti (0.2) buongiorno (0.5) ho una bella notizia ok? Oggi i bianchi white cells sono duemilacento

Osserviamo poi negli esempi 3 e 4, il ricorso alla multi-modalità (447) da parte del medico, con l’utilizzo di gesti e forme scritte che accompagnano il discorso verbale come strategia per espandere le possibilità di comprensione da parte del paziente; l’utilizzo del *foreigner talk* (453), nonché l’etero-ripetizione del paziente alla battuta 446 dimostrano lo sforzo congiunto dei partecipanti nell’utilizzare strategie di mediazione volte alla co-costruzione di un rapporto di alleanza e solidarietà nei limiti che l’interazione medico-paziente consente.

(3)

446	/STUD1/	Duemila e cento
447	/DOTT/	Capito duemila e cento? Guarda ((il dottore prende carta e penna)) ieri erano milleseicento

(4)

453	/DOTT/	Piastrine oggi non più così ma così ((N.d.T. Il dottore indica le cifre precedentemente scritte sul foglio))
		[...]

## 5. Conclusioni

Il problema della complessità linguistica e dell'accessibilità delle informazioni risultano fondamentali per il successo delle interazioni che si svolgono in tutti i domini e i contesti in cui sono presenti i parlanti non nativi, e in special modo nel contesto ospedaliero, oggetto della nostra ricerca.

L'ospedale rappresenta un particolare microcosmo sociale chiuso e come tale è regolato da ritmi, abitudini e norme che vanno compresi e rispettati, così come da copioni interazionali che possono risultare non noti ai pazienti stranieri

Le strategie discorsive e di accomodamento usate dai partecipanti per costruire solidarietà e promuovere la comunicazione e la comprensione reciproca, osservate negli esempi proposti e supportate dal dato quantitativo, hanno dato riprova della complessità dell'ambiente analizzato e confermato la necessità di sforzi da parte degli interlocutori per la creazione di un solido terreno comune, nel quale i significati sono stati negoziati e condivisi nel rispetto delle identità di ogni singolo individuo, strategie che evidenziano l'attitudine alla mediazione che è necessario assumere in contesti plurilingui e pluriculturali. Tali strategie sono descritte al meglio all'interno del Volume Complementare del QCER (2020), ed in particolare sono incluse fra le attività di mediazione alle voci "Mediare a livello concettuale", "Mediare a livello testuale" e "Mediare a livello comunicativo" (*ibidem*:122). Esse infatti, riguardano le competenze dell'individuo "utilizzatore della lingua che svolge un ruolo di intermediario tra diversi interlocutori, impegnato in attività che "occupano un posto importante nel normale funzionamento linguistico delle nostre società" (QCER 2.1.3)", intendendo la mediazione come "*processo sociale e culturale che consiste nel creare le condizioni*

*per comunicare e cooperare, affrontare e stemperare con successo situazioni delicate e eventuali tensioni che possono sorgere. In particolare, la mediazione interlinguistica e intermodale implica e che "implica inevitabilmente una competenza sociale e culturale oltre che una competenza plurilingue. Ancora in accordo con il Volume Complementare, riteniamo che "la lingua non è ovviamente l'unica ragione per cui le persone possono avere difficoltà nel comprendersi le une con le altre. Anche se si ritiene la mediazione l'operazione che si svolge per rendere comprensibile un testo, la difficoltà di comprensione potrebbe essere dovuta a una mancanza di familiarità con l'ambito o il settore considerato. Comprendere l'altro richiede uno sforzo di trasposizione del proprio punto di vista a quello di un altro, tenendo presenti nella mente entrambe le prospettive; ogni tanto le persone hanno bisogno di una terza persona o di un terzo spazio per raggiungere*

questo obiettivo. Per creare le condizioni favorevoli alla comprensione e di conseguenza alla comunicazione, si devono talvolta affrontare situazioni delicate, tensioni e perfino conflitti” (*ibidem* 2020: 122).

Si è osservato in tal modo che il ricorso da parte degli interlocutori a strategie pragmatiche di mediazione variegate, quali ad esempio richiamare e collegarsi a conoscenze pregresse, adattare la lingua, semplificare informazioni complesse, coinvolgere terze persone come la facilitatrice linguistica, essere proattivi nel chiedere chiarimenti, sopperisce alla mancanza della figura del mediatore nel contesto ospedaliero analizzato. Lo sviluppo delle competenze di mediazione dovrebbe quindi rientrare pienamente fra le competenze dei professionisti che agiscono in particolari contesti interculturali (come il contesto sanitario), così come auspicato dagli estensori del Volume Complementare.

## **Bibliografia**

Baraldi, Claudio, Gavioli Laura, «*La traduzione dialogica come mediazione dell'identità: un'analisi nelle istituzioni sanitarie*», in L. Mariottini (a cura di), *Identità e discorsi. Studi offerti a Franca Orletti*, RomaTrEpress, Roma 2016, pp. 161-180.

Benucci, Antonella, Grosso Giulia Isabella, *Mediazione linguistico-culturale e didattica inclusiva*, DeAgostini-Utlet, Torino, 2021.

Benucci, Antonella, Grosso, Giulia Isabella, «*Aspetti interculturali nella comunicazione medico-paziente. Il punto di vista del personale sanitario e dei pazienti*», in S. Caruana, K. Chircop, P. Gauci, M. Pace (a cura di), *Sail Vol.18, Politiche e pratiche per l'educazione linguistica, il multilinguismo, e la comunicazione interculturale*, VeniceUniversitypress, Venezia 2021, pp. 105-114.

CONSIGLIO D'EUROPA, *Quadro Comune Europeo di riferimento per le lingue: apprendimento, insegnamento, valutazione. Volume complementare*, Università degli Studi di Milano, 2020, (<https://riviste.unimi.it/index.php/promoitals/article/view/15120/13999>).

Floris, Moana, *L'italiano in ospedale. Analisi di interazioni e sperimentazione di un percorso didattico per bambini stranieri ospedalizzati*, tesi di laurea magistrale in Lingue e letterature moderne europee e americane, Università degli Studi di Cagliari 2021.

Gavioli, Laura, «*La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario*» in A. De Meo, M. Rasulo (a cura di), *Usare le lingue seconde. Comunicazione, tecnologia, disabilità, insegnamento*, Studi AItLA, Milano, 2018, pp. 9-23

Grosso, Giulia Isabella, *Interazioni in italiano lingua franca sul luogo di lavoro: una prospettiva pragmatica*, ETS, Pisa 2015.

Grosso, Giulia Isabella, Floris, Moana, «*L'italiano in ospedale. Analisi di interazioni e sperimentazione di un percorso didattico per bambini stranieri ospedalizzati*» in A. Marra, S. Del Negro (a cura di), *Studi AItLA Lingue minoritarie tra localismi e globalizzazione*, Milano 2020, pp. 101-117.

Machetti, Sabrina, Siebetchu Raymond, *Che cos'è la mediazione linguistico-culturale*, il Mulino, Bologna 2017.

Orletti, Franca, *La conversazione diseguale*, Carocci Editore, Roma 2000.

Orletti, Franca, «*La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente*», in F. Orletti, M. Fatigante (a cura di) *Salute e società, XII, 1*, FrancoAngeli, Milano 2013, pp. 9-32.

Orletti, Franca, Iovino, Rossella, *Il parlar chiaro nella comunicazione medica*, Carocci, Roma 2018.