

# Empatia e cura dell'anziano migrante: una prospettiva fenomenologica ed etica

Sarah Songhorian,  
Francesca Forlè, Maria Russo

*Abstract.* This paper examines the doctor-patient relationship in the specific case of elderly individuals with a migrant background. It argues that the experience of ageing, combined with cultural differences between patient and medical staff, requires a specific approach to care that considers the patient's personal and cultural history, as well as their current life stage. The analysis draws on a first-person perspective, employing a phenomenological methodology to delineate the structural aspects of the ageing experience. The study emphasises the importance of empathy, cultural awareness, and teamwork as essential components of providing effective care to elderly migrants.

*Keywords:* elderly migrants, empathy, phenomenology, aging, doctor-patient relationship

## 1. Introduzione

In questo articolo ci proponiamo di analizzare la relazione medico-paziente nel caso specifico in cui il destinatario delle cure mediche sia un soggetto anziano con *background* migratorio. Mostreremo infatti che il sopraggiungere dell'età anziana nel paziente, in associazione alle sue differenti origini culturali rispetto al personale medico, richiedono una specifica gestione della relazione di cura, che tenga conto non solo della storia personale e culturale del paziente ma anche della specifica fase di vita in cui si trova.

A tal fine, procederemo in primo luogo a proporre un'analisi dell'esperienza dell'invecchiare o del "sentirsi anziani", cercando di enucleare

alcuni possibili tratti strutturali di questo vissuto. Adotteremo una prospettiva in prima persona, che guardi all'età anziana non da un punto di vista esterno (in terza persona) ma del soggetto stesso che vive quella fase di vita. In questo senso, il metodo privilegiato attraverso cui condurremo questa parte dell'analisi sarà quello fenomenologico, che mira a delineare quegli aspetti strutturali che rendono un'esperienza il tipo di esperienza che è (Husserl 1913; 1952).

In secondo luogo, considereremo il caso specifico del paziente anziano con *background* migratorio nella misura in cui esso costituisce la cartina al tornasole per cogliere alcuni aspetti che sono estendibili al rapporto medico-paziente sia nel caso del paziente anziano sia nel caso di quello adulto. Ci concentreremo pertanto sul rapporto in seconda persona tra il medico e il paziente, sulle capacità empatiche che il primo deve sviluppare al fine di raggiungere gli obiettivi di diagnosi, cura e prevenzione e sul modo di sviluppare un rapporto di fiducia terapeutica che non sia cieco alle specificità culturali dei pazienti. A tal fine, sono state raccolte alcune interviste semistrutturate a medici di base<sup>1</sup> per verificare la rilevanza degli elementi teoricamente in gioco.

In terzo luogo, sosteneremo che l'educazione all'empatia, l'educazione alle differenze e il lavoro in team sono essenziali per una corretta cura dei pazienti anziani con *background* migratorio in particolare, ma in generale per tutti i pazienti.

---

<sup>1</sup> Il presente lavoro si inserisce nella cornice di una ricerca volta a indagare il modo in cui le componenti culturali hanno un impatto sulla relazione di cura che pazienti anziani migranti instaurano con il personale sanitario, con particolare attenzione al modo in cui i primi esperiscono e vivono tale relazione. Il lavoro si inserisce all'interno del progetto "Age-it: Ageing well in an ageing society", finanziato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Task 5 Cultural determinants and socio-cultural representations: justice and empathy in caring practices all'interno del Work Package 3 Cultural aspects of ageing: a life course perspective nell'ambito della Challenge/Spoke 7 Cultural and political dimensions of ageing societies. In questo contesto, il lavoro empirico ha principalmente avuto come soggetti i migranti stessi. Tuttavia, al fine di cogliere anche il modo in cui il personale sanitario esperisce tale relazione, sono state condotte alcune interviste a medici. Lo scopo, in questo caso, non era quello di avere dati statisticamente significativi, ma di sondare se i concetti teoricamente cruciali vengono percepiti come rilevanti anche dal personale medico.

## 2. *L'età anziana: una trasformazione esperienziale ed esistenziale*

A partire da una prospettiva d'analisi in prima persona, vorremmo sostenere l'idea che l'esperienza dell'invecchiare comporti una trasformazione personale che implica un cambiamento nella propria esperienza di sé stessi, nonché nel proprio rapporto con gli altri e con il mondo (Heinämaa 2014).

Una delle dimensioni personali primariamente coinvolte in questo processo di trasformazione è certamente quella corporea. Da qui dunque vogliamo partire, tenendo sempre ben conto del fatto che il nostro interesse non sarà indirizzato al corpo in quanto mero corpo fisico, oggettivo, ma al corpo in quanto vissuto in prima persona dal soggetto, esperito nelle sue potenzialità pratiche ed espressive, e quindi strutturante e fondante per l'intera vita personale (cognitiva, affettiva, volitiva) dell'individuo (Merleau-Ponty 1945, Scheler 1916).

Invecchiando, i nostri corpi subiscono modificazioni più o meno radicali, a più livelli: alcune parti si modificano (ad esempio, i nostri capelli si ingrigiscono, la nostra pelle perde tonicità) o perdono progressivamente abilità di movimento e d'azione (le nostre braccia non sono più in grado di sostenere pesi come un tempo, le nostre gambe non ci consentono più di camminare o di correre come prima), l'energia vitale del corpo nel suo complesso declina (ci stanchiamo prima e di più nel compiere normali attività quotidiane). Tutti questi non sono semplicemente processi che accadono al nostro corpo ma sono esperienze vissute che facciamo *del* nostro corpo, e in tal senso comportano un modo specifico di esperire *noi stessi* in quanto soggetti incarnati in quel corpo.

Seguendo la proposta fenomenologica presentata da Heinämaa (2014) vorremmo qui sostenere che esperire tali modificazioni corporee significa esperire una *modificazione nelle forme abituali della nostra esperienza incarnata*. Nel corso della nostra vita, infatti, impariamo a esperire i nostri corpi, il modo in cui danno forma alle nostre percezioni, il modo in cui ci consentono di realizzare le nostre azioni e realizzare i nostri progetti. Avendo un'esperienza in prima persona del mio corpo, ad esempio, imparo come le cose mi mostrino profili differenti a seconda dei miei movimenti, pur restando sempre le stesse; imparo come muovermi e come posizionare gambe e braccia per scalare una montagna o per nuotare; imparo a trovare in ogni attività un equilibrio tra ciò che il mio corpo mi consente di fare e ciò che invece mi impedisce, e così via.

Vivere i nostri corpi, in questo senso, comporta un costante, generalmente preriﬂessivo, processo di apprendimento rispetto a come gestirli. Questo significa anche che le nostre azioni e i nostri liberi atti di volontà non sono il prodotto di una facoltà assoluta e disincarnata, ma sono piuttosto messi in forma sin dal principio dall'esperienza e dalla scoperta che facciamo delle caratteristiche e delle potenzialità del nostro stesso corpo (Heinämaa 2014; Staiti 2019). Tutto ciò contribuisce alla costituzione delle nostre abituali forme d'esperienza e d'azione (Heinämaa 2014, 176-177).

Con l'avvento dell'età anziana, tuttavia, qualcosa cambia, più o meno improvvisamente. Le mie gambe cominciano a diventare più deboli e non mi consentono di camminare o muovermi come prima; la mia vista lentamente peggiora e il mio campo visivo ne risulta inficiato; il mio udito si indebolisce, cosicché i suoni intorno a me cominciano a confondersi, e sentire gli altri diventa sempre più faticoso.

Esperisco tutto questo in prima persona e in questa esperienza sento propriamente di star invecchiando (Heinämaa 2014; Svenaeus 2023): vivo in prima persona le trasformazioni – generalmente l'indebolimento – del mio corpo e il restringimento delle mie potenzialità d'azione nel mondo, cosicché alcuni aspetti del mio corpo cominciano a essere vissuti come un ostacolo piuttosto che come uno strumento delle mie azioni (Leder 1990) e il mondo correlativamente assume nuovi caratteri di (im)possibilità pratiche per me (ad esempio, una montagna non è più scalabile come prima, gli oggetti non sono più sollevabili come un tempo) (Dekkers 2020). Più speciﬁcamente, sento che il mio corpo si indebolisce e che diventa un ostacolo rispetto alle mie *precedenti abitudini* esperienziali e pratiche. In questo senso, secondo Heinämaa, l'avvento dell'età anziana comporta per il soggetto che lo vive un processo di trasformazione e sviluppo di *nuove abitudini* e forme d'esperienza.

La proposta teorica di Heinämaa nasce sullo sfondo del noto lavoro di Simone De Beauvoir *La vieillesse* (1970), in cui l'autrice, proponendo uno dei resoconti filosofici più ampi sul tema, presenta l'esperienza di essere anziani come l'improvviso rendersi conto di una «metamorfosi personale» (Beauvoir 1971, 263).

Anche secondo Beauvoir, dall'età adulta all'età anziana il soggetto esperisce il passare del tempo come una progressiva modiﬁcazione di sé stesso, delle sue abilità e delle sue esperienze. Tuttavia, l'autrice sostiene che tale modiﬁcazione avvenga senza che il soggetto si renda

**Sarah Songhorian,  
Francesca Forlè, Maria Russo**

Empatia e cura dell'anziano migrante:  
una prospettiva fenomenologica ed etica

conto specificamente della sua età e del suo invecchiare: adattandosi gradualmente alle modificazioni che l'invecchiamento comporta, il soggetto non le vive come dovute all'età – o specifiche di una *certa* età – ma impara progressivamente ad adattarsi a esse (Beauvoir 1971, 263-265). Perché il soggetto si renda conto di star invecchiando, e di entrare in una nuova fase della sua vita, deve verificarsi un'improvvisa modificazione: l'età anziana, in altri termini, ci coglie *di sorpresa*.

Ora, l'idea di Beauvoir è che questa realizzazione improvvisa avvenga attraverso lo sguardo dell'altro. È l'altro, generalmente un altro più giovane, che mi oggettivizza come persona anziana (Beauvoir 1971, 270-272), e lo fa sulla base della mia apparenza fisica, del modo in cui realizzo le mie attività, delle mie apparenti abilità cognitive e pratiche. Secondo Beauvoir, tutti questi aspetti non corrispondono al modo in cui io faccio esperienza di me in prima persona, costituendo per me, piuttosto, una prospettiva inaccessibile di sguardo su me stessa.

In questo senso, siamo anziani negli occhi degli altri e abbiamo bisogno di guardarci dalla loro prospettiva per vederci in quel modo: da una prospettiva in prima persona, infatti, facciamo esperienza solo di una progressiva modificazione di alcuni aspetti di noi stessi e della nostra vita. Tale modificazione è vissuta come uno stato «normalmente anormale» – ossia come una ridefinizione delle nostre forme abituali di esperienza – ma nondimeno è qualcosa a cui ci adattiamo gradualmente, senza far propriamente esperienza di invecchiare (Beauvoir 1971, 264-266).

Su questo punto Heinämaa (2014) si discosta parzialmente da Beauvoir e propone una teoria più pluralista. Certamente il modo in cui siamo guardati dagli altri può costituire l'occasione in cui realizziamo, più o meno di sorpresa, di star invecchiando; tuttavia, sembra necessario ipotizzare che l'invecchiamento comporti anche una dimensione esperienziale in prima persona affinché possiamo coglierci e identificarci con l'immagine che gli altri hanno di noi come persone anziane e *sentirci* quindi, improvvisamente, tali (Heinämaa 2014, 178). In altri termini, se l'altro mi vede come persona anziana ma io non colgo nessun cambiamento corrispondente in me stessa da una prospettiva in prima persona, lo sguardo dell'altro non sarà in grado di *farmi sentire* anziana, ma potrebbe piuttosto indurmi a sentire quello sguardo come del tutto inadeguato a ciò che sono.

Certo è che la malattia invece consegna al soggetto l'irreversibilità dell'invecchiamento come propria esperienza. Nel romanzo che dedica

al ricovero e alla morte della madre, *Una morte dolcissima* (1964), Beauvoir insiste sulla dimensione di vulnerabilità di questa donna anziana, che sempre più si trasforma in un oggetto nelle mani di medici e infermieri. La sua voce e la sua presenza diventano sempre più flebili, in una vera e propria modificazione radicale delle sue forme abituali di esperienza: «Bisognava cogliere sulle sue labbra le parole che riusciva a estrarne in un soffio; per il loro mistero, turbavano come oracoli. I suoi ricordi, i desideri, le pene, vagavano al di là del tempo, trasformati in sogni irreali e struggenti dalla sua voce puerile, dall'imminenza alla morte» (Beauvoir, 2015, 38). Più avanti, la filosofa sottolinea che proprio questa metamorfosi esperienziale produce degli effetti anche nel rapporto con l'altro, *in primis* con lei e la sorella, ma anche con il personale sanitario, che più che come essere umano la vive come l'oggetto di un'esperienza lavorativa, un caso su cui fare pratica, una proprietà dell'ospedale, addirittura, della tecnica che prevale sul vissuto personale del paziente. La singolarità unica reclama dunque il riconoscimento di questa esperienza irripetibile; la prospettiva fenomenologica in prima persona è in questo senso particolarmente utile per comprendere la criticità, nella relazione medico-paziente, di protocolli eccessivamente astratti e dell'indifferenza come arma di difesa emotiva o come reazione al sovraccarico di lavoro. In ogni caso, che l'esperienza di modificazione personale sia mediata dallo sguardo dell'altro o no, per i nostri fini è importante sottolineare che essa è in grado di comportare anche una modificazione più ampia nelle nostre relazioni al mondo e agli altri. Su questo punto, utilizzando il lessico di Ratcliffe (2005; 2008), vorremmo sostenere che l'età anziana è in grado di comportare finanche una modificazione nei cosiddetti *sentimenti esistenziali* del soggetto.

Ratcliffe descrive questi sentimenti come «modi di trovare sé stessi nel mondo» (2005, 45), ossia esperienze corporeo-affettive della nostra relazione al mondo nella sua interezza (e genericità). In questo senso i sentimenti esistenziali sono responsabili dei diversificati modi in cui possiamo sentirci connessi al, o disconnessi dal, mondo (ad esempio, sentirsi a proprio agio o a disagio nel mondo, avere un senso di familiarità con il mondo, sentire il mondo come ostile, minaccioso, oppressivo, sentirsi a casa nel mondo). È rilevante notare che, secondo Ratcliffe, i sentimenti esistenziali sono sentimenti *corporei*, dal momento che sono modi incarnati di sentire la propria relazione al mondo, ma sono anche

sentimenti *di sfondo*, nel senso che costituiscono quella tonalità corporeo-affettiva generale che può dar forma alle specifiche emozioni e agli specifici sentimenti che proviamo (Ratcliffe 2008).

Tornando all'invecchiamento, la nostra tesi è che l'avvento dell'età anziana sia in grado di comportare un cambiamento nei sentimenti esistenziali di un individuo, in quanto variazione della sua relazione affettiva e incarnata con il mondo. Infatti, se l'esperienza dell'età anziana comporta il cambiamento, vissuto in prima persona, della relazione al proprio corpo e alle sue potenzialità – come Beauvoir e Heinämaa suggeriscono – allora l'età anziana è in grado anche di comportare una modificazione nella propria *relazione corporeo-affettiva al mondo*, alle opportunità e agli ostacoli che esso offre. Quest'ultimo aspetto, seguendo Ratcliffe, è centrale nella possibile modificazione dei propri sentimenti esistenziali, intesi appunto come modi di trovare sé stessi, corporalmente e affettivamente, nel mondo.

In altri termini, le modificazioni esperienziali che generalmente si accompagnano all'età anziana (Schweda *et al.* 2020) sono in grado di modificare il proprio senso di familiarità o appartenenza al mondo nel complesso, riorientando i propri sentimenti esistenziali. Così, l'indebolimento della propria energia vitale o la perdita di determinate abilità pratiche e motorie sviluppate nel corso di un'intera vita possono far apparire il mondo intero come un ostacolo e sono in grado di generare un senso generale di straniamento e disagio che si riverbera sulle emozioni, sui pensieri, sui sentimenti dell'individuo anziano. Egualmente, tuttavia, è possibile che la diminuzione delle aspettative sociali e personali sulle prestazioni di una persona anziana siano in grado di comportare una ridefinizione del proprio rapporto col mondo nella direzione di un sentimento esistenziale di apertura e autentica connessione a esso e a ciò che più conta per la propria vita (Kruse 2020; Svenaeus 2023; Bergoffen 2014).

In questo senso, le modificazioni esperienziali ed esistenziali che l'età anziana è in grado di comportare non sono pensate, nella nostra proposta, come se fossero necessariamente di segno negativo. Al contrario, la nostra lettura propone degli strumenti concettuali che, pur descrivendo alcuni tratti tipici dell'esperienza di invecchiare, permettono di render conto di un ampio spettro di posizioni esistenziali che un individuo può assumere vivendo la sua personale esperienza di anzianità.

Avendo a questo punto tratteggiato alcuni aspetti cruciali dell'esperienza dell'età anziana, vorremmo provare a sostenere l'idea che nella

**Sarah Songhorian,  
Francesca Forlè, Maria Russo**

Empatia e cura dell'anziano migrante:  
una prospettiva fenomenologica ed etica

relazione di cura nei confronti di un paziente anziano non si possa prescindere dal considerare quale trasformazione esperienziale ed esistenziale l'invecchiamento possa comportare per lui o per lei. L'eventuale *background* migratorio del paziente, che costituisce uno dei punti d'interesse specifici di questo lavoro, può costituire un'ulteriore dimensione di vita in grado di mettere in forma le trasformazioni che l'età anziana comporta.

Proprio come nel caso dell'anziano, anche qui la prospettiva fenomenologica in prima persona consente di recuperare la specificità di un'esperienza che può essere completamente diversa da quella del personale sanitario. Grazie a questo approccio, che sottolinea la criticità di una semplice applicazione di procedure standard con il paziente, è possibile comprendere come instaurare un dialogo fruttuoso che consente di ottimizzare sia il processo di cura sia la qualità della relazione medico-paziente. Per esempio, in uno studio qualitativo compiuto su migranti anziani in Svezia, si è notato che «non essere in grado di esprimersi o non essere compresi può innescare sentimenti di solitudine esistenziale per i migranti anziani e potrebbe avere un effetto sulla loro autonomia» (Olofsson *et al.* 2021, 1184, traduzione nostra). La sensazione di straniamento e di fragilità è dunque peggiorata dalle difficoltà comunicative dovute sia al sopraggiungere dell'età sia alle differenze culturali rispetto al personale sanitario del Paese in cui si sta trascorrendo la propria vecchiaia. La vulnerabilità "addizionale" dei pazienti anziani con *background* migratorio è stata messa in luce anche da un altro studio condotto in Austria nel 2024, in cui però si è anche sottolineata l'importanza di non adottare un approccio paternalistico che releghi questi soggetti a un ruolo passivo in quanto fragili, ma sia anzi necessario costruire una relazione di fiducia in cui si promuove il raggiungimento di scelte consapevoli. In questo senso, «A partire da una prospettiva di etica della cura, le loro narrazioni [dei pazienti anziani con background migratorio] mostrano quindi che "la vulnerabilità e l'autonomia non devono essere teorizzate come antitetiche" ma si riferiscono l'una all'altra e sono connesse» (Kainradl 2024, 275, traduzione nostra). È quindi necessario, da un lato, comprendere la specificità dell'esperienza esistenziale del paziente anziano e più nello specifico del paziente anziano con *background* migratorio, e, dall'altro, strutturare percorsi di cura in cui si instaura una relazione che promuove l'autonomia decisionale del paziente e lo aiuta

a non restare relegato in una dimensione di passività e di totale affidamento al personale sanitario per mancanza di comprensione reciproca. In questo modo, pur nella modificazione dell'esperienza dell'essere anziano, resa ancora più incisiva dalle differenze culturali, è possibile che questi soggetti possano recuperare una dimensione più soddisfacente di *agency* personale. Per ottenere questo risultato, è indubbiamente necessario considerare il ruolo dell'empatia, e dei suoi limiti, nella relazione medico-paziente.

### 3. *La relazione con l'altro e i limiti dell'empatia*

Se è vero che lo sguardo dell'altro ha un importante (seppur non esclusivo) ruolo nel fatto che un soggetto si senta anziano in prima persona, come sostiene Beauvoir (1971, 270-272), risulta allora fondamentale anche comprendere i modi della relazione interpersonale che possono impedire o favorire un'adeguata comprensione di sé stessi nel contesto di una simile trasformazione esistenziale ed esperienziale. È in questo contesto che il caso della relazione medico-paziente con pazienti anziani con *background* migratorio risulta particolarmente interessante. Da un lato, infatti, il medico non è un altro qualunque, ma l'altro deputato a prendersi cura *in primis* di quel corpo in trasformazione nell'invecchiamento. Pertanto, i modi della relazione con il medico sono fondamentali tanto per l'autocomprensione in prima persona quanto per la conseguente aderenza a un piano di cure o di controlli. In questo contesto le capacità comunicative (verbali e non verbali) sono essenziali a stabilire un rapporto di fiducia che permetta diagnosi, cura e prevenzione. Vedremo in questo paragrafo quanto le capacità empatiche del personale sanitario, unitamente a una formazione adeguata (§ 4), siano cruciali nel rapporto con il paziente anziano in particolare laddove il *background* culturale di quest'ultimo sia diverso da quello del personale. Dall'altro lato, queste differenze culturali sono rilevanti nella misura in cui possono (e dovrebbero) essere tenute in considerazione nella scelta di un percorso terapeutico. Il medico, infatti, non può avere in mente un soggetto generalizzato, ma necessita di confrontarsi con il particolare soggetto che ha di fronte. Non può, potremmo dire, applicare in terza persona un impersonale piano terapeutico, ma deve sceglierlo sulla base di una comprensione più vicina (in seconda persona) del paziente.

Un esempio di quanto appena sostenuto può essere, come emerso da un'intervista, la scelta dei farmaci da somministrare a un paziente durante il Ramadan. Avere consapevolezza del *background* culturale e dell'aderenza del soggetto a specifiche norme culturali o religiose richiede di essere attenti persino nella scelta dei farmaci, per esempio prescrivendo un antibiotico monosomministrazione o al massimo bisomministrazione anziché uno che va assunto tre volte al giorno. Similmente, comprendere che una donna che porta il velo non sia a suo agio togliendoselo davanti a un medico uomo può richiedere di collaborare con colleghe che possano prendere in carico la paziente. Quest'attenzione al paziente, quest'empatia, è essenziale giacché se essa non ci fosse, vi sarebbe da parte dei pazienti una scarsa aderenza al percorso terapeutico. Cionondimeno, il sovraccarico cui è soggetto il personale sanitario e una scarsa formazione sulle differenze culturali può facilmente portare a sottovalutare la rilevanza di questi fattori. Attenzione ed empatia, infatti, richiedono tempo e un certo sforzo per superare la propria comprensione del mondo in prima persona. Allo stesso modo, laddove ci siano barriere linguistiche e sia necessaria la mediazione di altri per la comunicazione, essa è rallentata e resa meno fluida, rischiando sia di "perdere tempo" sia di lasciarsi sfuggire informazioni rilevanti. Tutto questo può certamente dare adito a forme di ingiustizia, alla sottovalutazione dell'esperienza vissuta in prima persona dal paziente e a una cura dello stesso deficitaria se non assente.

Ma perché risulta così difficile empatizzare con il paziente anziano che proviene da un contesto culturale differente? In generale, l'empatia è stata spesso concepita come una panacea per qualsiasi problema interpersonale, come se essere empatici significasse essere in grado di comprendere, prendersi cura e agire in modo appropriato a favore degli altri. Sebbene sia certamente vero che l'empatia può aiutarci nelle relazioni con gli altri, in quanto può favorire la compassione, la cura e l'attenzione ai loro bisogni e sentimenti, essa ha anche un lato oscuro (Breithaupt 2019). Proprio perché siamo capaci di condividere le emozioni altrui, anche nella vita di tutti i giorni possiamo assistere a forme di sfruttamento emotivo, (lieve) sadismo, vampirismo emotivo e persino *stalking*. Più specificamente, l'empatia è stata concepita come fondamentale anche nelle relazioni cliniche, come elemento costitutivo delle *soft skills* che gli operatori sanitari devono possedere per rapportarsi in modo

appropriato ai pazienti. I clinici freddi e distaccati, infatti, rischiano di avere un rapporto e una comunicazione difettosi con i pazienti, con conseguente insoddisfazione di questi ultimi, scarsa *compliance* al trattamento e scadenti esiti clinici (Hojat *et al.* 2010; 2011; Hojat 2016). I lati positivi sono quindi cruciali, ma ciò non implica necessariamente che non ci siano problemi nel modo in cui tipicamente la nostra empatia si realizza.

Considereremo qui solo uno dei vari limiti e problemi che l'empatia ha poiché sembra essere il più rilevante al caso di nostro interesse, ovvero la relazione medico-paziente laddove le prospettive dei due soggetti in relazione siano diverse sia per via delle differenze culturali sia per via di quelle di età. Tale limite è costituito da ciò che possiamo definire il *bias* della somiglianza e della prossimità. Infatti, gli esseri umani – così come altre specie – tendono a empatizzare meglio e più facilmente con chi è più simile e, fisicamente o emotivamente, più vicino a loro (Hoffman 2000, 197). Abbiamo una naturale tendenza a condividere di più e meglio con i nostri familiari e con coloro che appartengono al nostro gruppo di riferimento (si vedano, ad esempio, Xu *et al.* 2009; Kunstman, Plant 2008; Pratto, Glasford 2008; Saucer *et al.* 2005; Gaertner *et al.* 1982). Poiché i dati empirici a sostegno di questa nostra miglior capacità di condividere e di comprendere chi ci è più vicino o chi è più simile a noi sono ormai corroborati da un'ampia letteratura (si vedano, ad esempio, Fuchs 2019; Bloom 2017; Oakley 2011; Prinz 2011a; 2011b), non risulta difficile immaginare che il personale sanitario possa spesso incontrare difficoltà nel mettersi in relazione e comprendere coloro che sono distanti, per età, cultura o entrambi, da loro. Ciò risulta accentuato dal poco tempo a disposizione per ascoltare e prestare attenzione ai pazienti. Ne possono quindi derivare forme di parzialità o ingiustizia dovute precisamente alla difficoltà di empatizzare. Se può essere semplice e veloce mettersi nei panni di una persona simile a me per età e *background* culturale, farlo con un soggetto a me distante per entrambe le variabili risulta complesso e richiede tempo e sforzo. D'altro canto, il paziente che non si sente compreso o ascoltato dal medico, certamente fatterà a fidarsi e avrà meno cura nel seguirne le indicazioni.

Il fatto che l'empatia sia modulata da fattori come la prossimità o la somiglianza – così come da altri elementi contestuali – non è di per sé motivo per ritenere che essa sia inutile. Come abbiamo accennato, infatti, l'assenza di empatia sarebbe deleteria nella relazione medico-paziente. Ciononostante, essa è insufficiente di per sé. Mettersi nei panni di un altro, ovvero

assumere la prospettiva della seconda persona, richiede di porsi alla *giusta distanza* dal soggetto con cui si empatizza, né troppo vicino – altrimenti non si è in grado di distinguere le proprie reazioni emotive da quelle altrui – né troppo lontano – altrimenti non se ne comprende propriamente il peculiare punto di vista in prima persona, modulato dalla storia personale e culturale di ciascuno. Se il medico cerca di comprendere l'altro mettendo sé stesso nella situazione del suo paziente non ne coglierà le specificità. Occorre pertanto che egli tenti di comprendere la persona specifica che ha dinnanzi. Non un processo di proiezione di sé nell'altro (Smith 1790, I.i.1.2, 81-82), ma di impersonificazione, ovvero entrando nella persona, nel carattere e nelle circostanze dell'altro (Smith 1790, VII.iii.1.4, 597-598).

I medici intervistati in preparazione del presente lavoro erano ben consapevoli dello sforzo e del tempo richiesto per comprendere i pazienti anziani con *background* migratorio. Sulla scorta delle loro osservazioni, emerge una carenza sia di tempo («c'è chi è più empatico e chi meno, però la questione è di essere operati») sia di formazione specifica – ad esempio, di medicina d'immigrazione, transculturale, di genere, ma anche del tipo di approccio comunicativo e attentivo richiesto al personale sanitario a fronte di un contesto multiculturale.

#### 4. *L'educazione dell'empatia e il lavoro in team*

La strategia individuata come possibile risposta ai potenziali esiti di cura deficitaria nel caso di pazienti anziani con *background* migratorio da parte dei due medici di famiglia intervistati è duplice per entrambi. Da un lato è necessario essere formati a comprendere le differenze e a considerarle sia perché ciò comporta una maggior fiducia da parte dei pazienti e una miglior *compliance* con il percorso terapeutico indicato, sia perché in taluni casi le terapie indicate devono tenere in considerazione questi elementi. Vi sono, infatti, «patologie che sono appannaggio di alcune zone della terra, medicinali che non si possono dare a pazienti asiatici». Tutto ciò dovrebbe essere oggetto di formazione specifica. Dall'altro, il lavoro in team permette di risparmiare tempo, confrontarsi sulle opzioni terapeutiche e ovviare ai problemi di comunicazione, sia per difficoltà linguistiche sia di *background* culturale (i mediatori e gli interpreti sono indicati come personale fondamentale per coadiuvare il lavoro del personale sanitario).

Chiaramente, anche il proprio modello di comunicazione di riferimento modifica radicalmente l'esperienza dell'incontro con il paziente, specie se si tiene conto della modificazione dell'esperienza della terza età e ancora di più dello sfondo migratorio che implica una complessa rete di differenze culturali. Il modello da seguire non può essere quello della trasmissione di un messaggio da parte di un mittente a un destinatario, come se il personale sanitario fosse semplicemente una fonte di informazioni che possono essere ricevute con più o meno chiarezza da un soggetto indifferenziato. La focalizzazione sul messaggio (che si tratti di una diagnosi o di un percorso di cura) non tiene sufficientemente conto della specificità di chi quel messaggio lo deve ricevere, interpretare e comportarsi di conseguenza. In questo senso, si auspicherebbe un modello di comunicazione «come creazione di uno spazio comune», come è stato definito da Adriano Fabris nel suo testo dedicato all'*Etica della comunicazione*. Da questo punto di vista, è importante sottolineare che «comunicare non si risolve solo in un'attività volta a fornire informazioni. "Comunicare", cioè, non è "informare"» (Fabris 2017, 43). Per questo, al posto di un mittente che si trova in una condizione gerarchica di vantaggio e un destinatario che può forse limitarsi a esprimere un *feedback*, è più promettente considerare entrambi i soggetti coinvolti come degli interlocutori che interagiscono in un dialogo volto a dischiudere uno spazio relazionale condiviso. Solo così, la stessa parola "comunicazione" realizza la sua promessa etimologica: «*Communico*, allora, significa appunto "mettere in comune", "creare uno spazio comune"» (ivi, 44). Non a caso, autori come Apel e Habermas, che hanno lavorato sull'etica del discorso, hanno fatto riferimento a valori, come quelli di giustizia, di solidarietà e di coresponsabilità (Apel 1992), che garantiscono che ogni singolo interlocutore venga trattato come un agente razionale intenzionato a trovare un'intesa e un accordo tra i soggetti coinvolti. Nella relazione medico-paziente, la realizzazione di questi valori implica necessariamente un'attenzione specifica nei confronti di interlocutori molto diversi dal personale sanitario stesso, che non può quindi immedesimarsi nella loro esperienza in modo immediato.

Di nuovo, l'empatia risulta essere una competenza chiave per raggiungere questa particolare declinazione della comunicazione. In questo senso, risulta fondamentale un'educazione dell'empatia per evitare che sia modulata da fattori irrilevanti come la prossimità o la somiglianza

e per rendere più automatica un'empatia "regolata" (Kauppinen 2014; 2017), capace immediatamente di applicare la giusta distanza di fronte tanto al paziente "simile" quanto a quello "dissimile" dal medico. Dati i limiti di tempo e la mole di lavoro del personale sanitario, infatti, non è pensabile che i medici possano impegnarsi volta per volta nel complesso lavoro che è richiesto per riflettere sulla propria posizione in prima persona e sul modo in cui si mettono nei panni del paziente e ne considerano le specificità. Tuttavia, con un certo esercizio è auspicabile che la riflessione diventi abitudinaria e i *bias* dell'empatia abbiano un minor impatto sul rapporto e sulla comunicazione medico-paziente. Si tratta certamente di un lavoro difficile e mai concluso, ma che può migliorare l'attuale situazione in cui l'elemento soggettivo e la naturale propensione personale del medico sono oggi dirimenti per la cura dei pazienti anziani con *background* migratorio – sebbene certo il problema sia estendibile a tutti i pazienti.

Una formazione alle differenze, una regolazione dell'empatia e il lavoro in team del personale sanitario costituiscono, pertanto, strategie utili a permettere un rapporto di fiducia tra personale sanitario e pazienti che riduca le ingiustizie e le faziosità a cui la situazione attuale può dar adito (con pazienti trattati in modo diverso a seconda di quanto simili o vicini al personale essi siano) e a consentire che il medico rappresenti quello sguardo altrui in grado di costituire un positivo polo di confronto per il soggetto anziano che si trova a fronteggiare i complessi cambiamenti esperienziali ed esistenziali della sua situazione personale.

### Bibliografia

- Apel K.-O. (1992), *Etica della comunicazione*, Milano, Jaca Book.
- Beauvoir S. de (1970), *La vieillesse*, Paris, Gallimard 1970; trad. it. *La terza età*. Torino, Einaudi, 1971.
- Beauvoir S. de. (1964), *Une mort très douce*, Paris, Gallimard; trad. it. *Una morte dolcissima*, Torino, Einaudi, 2015.
- Bergoffen D. (2014), "The Dignity of Finitude", in S. Stoller (a cura di), *Simone de Beauvoir's Philosophy of Age: Gender, Ethics and Time*, Berlin, De Gruyter, pp. 127-142.
- Bloom P. (2017), *Against Empathy: The Case for Rational Compassion*, London, Penguin Random House.

- Breithaupt F. (2019), *The Dark Sides of Empathy*, Ithaca, Cornell University Press.
- Dekkers W. (2020), "The Aging Body as Lived History. A Phenomenological Perspective", in M. Schweda, M. Coors, C. Bozzaro (a cura di), *Aging and the Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, Historical Anthropology*, vol. 25, Cham, Springer, pp. 85-104.
- Fabris A. (2017), *Etica della comunicazione*, Roma, Carocci.
- Fuchs T. (2019), "Empathy, Group Identity, and the Mechanisms of Exclusion: An Investigation into the Limits of Empathy", *Topoi*, vol. 38, pp. 239-50, Doi:10.1007/s11245-017-9499-z.
- Gaertner S.L., Dovidio J.F., Johnson G. (1982), "Race of Victim, Nonresponsive Bystanders, and Helping Behavior", *The Journal of Social Psychology*; vol. 117, pp. 69-77, Doi:10.1080/00224545.1982.9713409.
- Heinämaa S. (2014), "Transformations of old age", in S. Stoller (a cura di), *Simone de Beauvoir's Philosophy of Age: Gender, Ethics, and Time*, Berlin, De Gruyter, pp. 167-191.
- Hoffman M.L. (2000), *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*, New York, Cambridge University Press.
- Hojat M. (2016), "Empathy and Patient Outcomes", in *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*, Cham, Springer, pp. 189-201, Doi:10.1007/978-3-319-27625-0\_11.
- Hojat M., Louis D.Z., Markham F.W., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.S. (2011), "Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients", *Academic Medicine*, vol. 86, n. 3, pp. 359-364, Doi:10.1097/ACM.0b013e-3182086fe1.
- Hojat M., Louis D.Z., Maxwell K., Markham F., Wender R., Gonnella J.S. (2010), "Patient Perceptions of Physician Empathy, Satisfaction with Physician, Interpersonal Trust, and Compliance", *International Journal of Medical Education*, vol. 14, n. 1, pp. 83-87, Doi:10.5116/ijme.4d00.b701.
- Husserl E. (1913), *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Erstes Buch: Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie*, Husserliana III/1-2, Den Haag, Martinus Nijhoff; trad. ing. di F. Kersten, *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. First Book. General Introduction to a Pure Phenomenology*, Den Haag, Martinus Nijhoff, 1982.
- Husserl E. (1952), *Ideen zur einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, Husserliana IV, Den Haag, Martinus Nijhoff; trad. ing. di R. Rojcewicz, A. Schuwer, *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy, Second Book: Studies in the Phenomenology of Constitution*, Den Haag, Kluwer Academic, 1989.

- Kainradl A.-C. (2024), "Perspectives on vulnerability from the narratives of older migrants", *Z Gerontol Geriat*, vol. 57, pp. 272-277.
- Kauppinen A. (2017), "Empathy and Moral Judgment", in H. Maibom (a cura di), *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*, London, Routledge, pp. 215-226.
- (2014), "Empathy, Emotion Regulation, and Moral Judgment", in H. Maibom (a cura di), *Empathy and Morality*, New York, Oxford University Press, pp. 97-121.
- Kauppinen A. Kruse A. (2020), "Aging and Personal Growth. Developmental Potentials in Old Age", in M. Schweda, M. Coors, C. Bozzaro (a cura di), *Aging and Human Nature. International Perspectives on Aging*, vol. 25, Cham, Springer, pp. 27-46.
- Kunstman J.W., Plant E.A. (2008), "Racing to Help: Racial Bias in High Emergency Helping Situations", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 95, pp. 1499-1510, Doi:10.1037/a0012822.
- Leder D. (1990), *The Absent Body*, Chicago-London, University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty M. (1945), *Phénoménologie de la perception*, Paris, Éditions Gallimard; trad. ing. *Phenomenology of Perception*, London - New York, Routledge, 2013.
- Oakley B.A. (2011), *Cold-Blooded Kindness: Neuroquirks of a Codependent Killer, or Just Give Me a Shot at Loving You, Dear, and Other Reflections on Helping that Hurts*, Amherst, Prometheus Books.
- Olofsson J., Rämgård M., Sjögren-Forss K., Bramhagen A.C. (2021), "Older migrants' experience of existential loneliness", *Nursing Ethics*, vol. 28, nn. 7-8, pp. 1183-1193, Doi:10.1177/0969733021994167.
- Pratto F., Glasford D.E. (2008), "Ethnocentrism and the Value of a Human Life", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 95, pp. 1411-1428, Doi:10.1037/a0012636.
- Prinz J. (2011a), "Against Empathy", *Southern Journal of Philosophy*, vol. 49, n. s1, pp. 214-233, Doi:10.1111/j.2041-6962.2011.00069.x.
- (2011b), "Is Empathy Necessary for Morality?", in A. Coplan, P. Goldie (a cura di), *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*, New York, Oxford University Press, pp. 211-229.
- Ratcliffe M. (2008), *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry, and the Sense of Reality*, Oxford, Oxford University Press.
- (2005), "The Feeling of Being", *Journal of Consciousness Studies*, vol. 12, nn. 8-10, pp. 45-63.
- Saucer D.A., Miller C.T., Doucet N. (2005), "Differences in Helping Whites and Blacks: A Meta-Analysis", *Personality and Social Psychology Review*, vol. 9, pp. 2-16, Doi:10.1207/s15327957pspr0901\_1.

**Sarah Songhorian,**

**Francesca Forlè, Maria Russo**

Empatia e cura dell'anziano migrante:  
una prospettiva fenomenologica ed etica

- Scheler M. (1916), *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, in *Gesammelte Werke*, vol. II, Berne, Francke Verlag 1980; trad. it. di R. Guccinelli, *Il formalismo nell'etica e l'etica materiale dei valori*, Milano, Bompiani, 2013.
- Schweda M., Coors M., Bozzaro C. (a cura di) (2020), *Aging and the Human Nature. Perspectives from Philosophical, Theological, Historical Anthropology*, Cham, Springer.
- Smith A. (1790), *The Theory of Moral Sentiments. An Essay Towards an Analysis of the Principles by which Men Naturally Judge Concerning the Conduct and Character, First of their Neighbours, and Afterwards of Themselves*, London, Millar, 6<sup>a</sup> ed.; Kincaid and Bell, Edinburgh; trad. it. *Teoria dei sentimenti morali*, Milano, BUR, 2009.
- Staiti A. (2019), "Husserl's account of action: naturalistic or anti-naturalistic? A journey through the *Studien zur Struktur des Bewusstseins*", *The New Yearbook for Phenomenology and Phenomenological Philosophy*, vol. 17.
- Svenaesus F. (2023), "Flourishing While Withering: An Explication and Critique of Simone de Beauvoir's Phenomenology of Aging", *Continental Philosophy Review*, <https://doi.org/10.1007/s11007-023-09621-3>.
- Xu X., Zuo X., Wang X., Han S. (2009), "Do You Feel My Pain? Racial Group Membership Modulates Empathic Neural Responses", *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, vol. 29, n. 26, pp. 8525-8529, Doi:10.1523/JNEUROSCI.2418-09.2009.

