

LAURA GAVIOLI¹

La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario

While a distinction has been made between “public service interpreting” and “(intercultural) mediation”, translation and mediation go hand in hand in dialogue interpreting, particularly when delicate situations are involved, as is the case in healthcare. In this paper, I provide an outline of the debate foregrounding the relationship between interpreting and mediation and I discuss some examples of authentic interaction interpreted by mediators in public healthcare services in Italy. The data show that, although not necessarily close repetitions of turns in the other language, the forms of rendition adopted by the mediators are in line with the goals of the interaction and facilitate understanding and rapport between patients and healthcare providers. Renditions are oriented to achievements related to the medical context of the examination (e.g. taking the patients’ history) and they cope with local interactional problems.

1. *Che cos’è la mediazione linguistico-culturale?*

La mediazione linguistico-culturale è un servizio di traduzione che si attua attraverso conversazioni in cui i due interlocutori principali non conoscono abbastanza bene l’uno la lingua dell’altro e una persona in veste di interprete li aiuta a capirsi. In altri paesi ci si riferisce alla mediazione linguistico-culturale come “interpretazione di pubblico servizio”, una denominazione che mette a fuoco l’attività traduttiva, piuttosto che la mediazione tra culture. In Italia, le istituzioni assistenziali, come la sanità, la scuola o servizi amministrativi come i patronati, hanno privilegiato la funzione di accoglienza, soprattutto per minimizzare i malintesi che potrebbero derivare da prospettive diverse sul significato delle istituzioni stesse (Luatti, 2006).

Questa scelta ha avuto due conseguenze importanti. La prima è stata quella di sottovalutare il significato della traduzione, che include la spiegazione delle differenze di natura culturale (Merlini, 2009). La seconda è stata quella di puntare su personale bilingue delle comunità minoritarie, mettendo in secondo piano il fatto che questo personale fosse adeguatamente preparato sul piano della competenza traduttiva. È interessante notare che altre istituzioni italiane, come quelle giuridiche, non hanno mai adottato la denominazione “mediazione”, mantenendo invece quella di “interpretazione”, allo scopo di chiarire che l’obiettivo principale è la precisione traduttiva (Falbo, 2013b: 20). Dagli anni 2000 ad oggi, il rapporto tra “mediazione” e “traduzione” è stato oggetto di un ampio dibattito, nazionale e internazionale.

¹ Università di Modena e Reggio Emilia.

2. *Mediare e/o tradurre: il dibattito in breve*

Se, da un lato, è vero che la scelta dei servizi sanitari italiani per la “mediazione linguistico-culturale” ha trascurato il significato e l’importanza della traduzione, dall’altro va considerato che le istituzioni italiane si sono trovate impreparate ad affrontare sia il crescente flusso migratorio, sia le esigenze linguistiche che ha comportato. Quella dell’interprete avrebbe dovuto essere la figura di riferimento per i servizi di mediazione, ma evidenziava almeno tre problemi. Il primo è che i corsi di laurea in interpretazione non erano e non sono tuttora spesso in grado di offrire le lingue di cui c’è bisogno. Il secondo è che le tariffe di riferimento degli interpreti professionisti sono, al momento in cui si evidenzia il bisogno, quelle dell’interpretazione di conferenza: da un lato queste tariffe sono considerate proibitive per un servizio che è diventato improvvisamente di massa; dall’altro non si riesce, nell’emergenza, a fare un piano di spesa adeguato. In terzo luogo, l’interprete ha un codice deontologico che non prevede servizi di accoglienza o di accompagnamento (ad esempio per fare un’ecografia), di cui invece le istituzioni, soprattutto sanitarie, hanno bisogno.

Di conseguenza ci si è rivolti alle comunità dei migranti, in modo da garantire una copertura anche dei dialetti o di lingue molto minoritarie. I “mediatori” conoscono, spesso bene, l’italiano e di fatto agiscono “come interpreti” (Falbo, 2013a). Almeno in un primo momento, l’attenzione delle istituzioni è stata completamente rivolta al problema dell’accoglienza. I mediatori sono stati formati per rispondere alle esigenze dell’istituzione e invitati ad esaminare quelle che possono essere considerate diverse nella propria comunità, per poter spiegare eventuali contrasti di aspettative. In questa prima fase, il problema della traduzione è stato considerato del tutto accessorio e risolto dal fatto che i mediatori culturali sono bilingui.

Questa soluzione italiana ha fatto discutere, sia perché non garantisce la professionalità di chi traduce in ambiti dove può essere in gioco la salute o la vita, come quelli sanitari (Pittarello, 2009), sia perché la traduzione può agire più a salvaguardia del servizio che dell’utente, falsificando di fatto la funzione di accoglienza dell’istituzione (Bolden, 2000; Davidson, 2000; Hsieh, 2007). Si è collocata, inoltre, in un momento in cui è stata evidenziata, nella letteratura internazionale, una crisi del ruolo dell’interprete di pubblico servizio.

In paesi dove il plurilinguismo ha una storia più lunga, come il Canada o l’Australia, e dove esistono servizi di “public service interpreting” consolidati, gli interpreti vengono formati attraverso codici di condotta professionale che sono pensati per l’interprete di conferenza. Questi codici sono inadeguati in situazioni di interazione spontanea, dove il turno conversazionale si realizza in stretto riferimento agli altri turni, e raramente può essere considerato un discorso a sé stante. Si è iniziato quindi a rivedere i codici di condotta degli interpreti di pubblico servizio, in modo da dare più spazio a quella componente di facilitazione della comunicazione che viene sentita così fortemente da chi agisce nelle situazioni reali, cioè i servizi e gli interpreti che ci lavorano (Pöchhacker - Shlesinger, 2002: 339-40).

Diversi studi pubblicati dal 2000 a oggi insistono sul disagio degli interpreti che agiscono in situazioni di interazione conversazionale con soggetti svantaggiati. Ad esempio, Angelelli (2006; vedi anche Mason - Ren, 2012) discute le difficoltà nell'ottemperare ai codici deontologici nell'interpretazione dialogica tra medici e pazienti; Dickinson e Turner (2008) sottolineano i problemi che emergono nell'interpretazione con lavoratori non udenti.

Questo dibattito rende chiaro che, prima degli anni novanta, l'interpretazione dialogica non è mai stata presa in seria considerazione nelle sue specificità comunicative, né nella ricerca, né nell'insegnamento accademico, né nel training professionale: si evidenzia quindi una necessità crescente di trovare strumenti per spiegare tale tipo di comunicazione. I primi studi basati su analisi di interazioni con mediazione dialogica, registrate e trascritte, compaiono alla fine degli anni novanta (Wadensjö, 1998; Mason, 1999). Mostrano che, lungi dall'articolarsi come una concatenazione di brevi monologhi, le conversazioni mediate sono processi interattivi complessi, dove la comprensione e la relazione tra gli interlocutori sono co-costruite. Di seguito riassumo alcuni punti che hanno a mio avviso costituito i fondamenti della ricerca sull'interpretazione dialogica come interazione.

3. L'analisi dell'interazione come strumento per descrivere l'attività di mediazione dialogica

Il modello su cui si è tradizionalmente basata l'interpretazione dialogica è ispirato all'interpretazione di conferenza, consecutiva. In base a questo modello, un interlocutore parla, l'interprete traduce, l'altro interlocutore parla e così via. Questo modello, che viene definito da Wadensjö (1998: 8) "monologico", si basa sull'aspettativa che ogni turno possa essere tradotto immediatamente dopo essere stato pronunciato e non tiene in considerazione nessuno degli aspetti riguardanti la costruzione dell'interazione. Si tratta tuttavia di un modello che non può funzionare. Di seguito, vengono discussi tre motivi principali della sua inadeguatezza.

3.1 La costruzione della reciprocità

Nella conversazione mediata da un interprete, uno degli aspetti più problematici consiste nel mantenere una reciprocità, cioè fare in modo che il contributo di un partecipante sia direttamente pertinente rispetto a quello dell'altro (Davidson, 2002). Un turno che pone una domanda, ad esempio, deve essere reso in modo che la domanda posta sia chiara e che sia esplicitata la risposta che si sta cercando. Per questo scopo, una traduzione turno per turno può non essere funzionale e può invece verificarsi che l'interprete si soffermi con uno degli interlocutori per chiarire il senso del suo contributo. Davidson (2002: 1279) suggerisce quindi che il modello di interpretazione dialogica debba prevedere alcune variazioni che consentano all'interprete di soffermarsi brevemente con l'uno o l'altro interlocutore, prima di fornire la resa:

- A parla nella lingua X
 INT chiede un chiarimento nella lingua X
 A fornisce il chiarimento nella lingua X
 INT traduce nella lingua Y
 B chiede un chiarimento nella lingua Y
 INT fornisce il chiarimento nella lingua Y
 B replica ad A nella lingua Y
 INT traduce nella lingua X

Nonostante la sua apparente banalità, la proposta di Davidson è interessante per due motivi. Il primo è che non dà più per scontato che tutto ciò che viene detto nella conversazione sia immediatamente comprensibile e quindi prevede uno spazio di negoziazione della comprensibilità. Il secondo è che mostra che non tutto ciò che viene detto nella conversazione è immediatamente traducibile e quindi pone il problema di comunicare attraverso la traduzione. In altre parole, ai partecipanti A e B, nell'interazione con l'interprete, si richiede non solo di dire ciò che hanno da dire, ma di dirlo tenendo conto che deve essere tradotto e che può quindi essere necessario esplicitare elementi che lo rendano comprensibile in un lingua diversa. La messa in discussione del modello tradizionale di interpretazione dialogica rappresenta dunque un primo passo verso uno studio delle caratteristiche specifiche dell'interazione mediata.

3.2 Tradurre e coordinare

Il primo studio di rilievo che discute le caratteristiche dell'interpretazione nell'interazione è quello di Wadensjö (1998). Mostra che l'attività dell'interprete nell'interazione è duplice: da un lato traduce, dall'altro coordina i turni e i significati che vengono costruiti nella conversazione. La traduzione e il coordinamento sono strettamente legati in diversi modi. Innanzitutto, l'interprete ha a disposizione molte forme di resa linguistica, ad esempio può espandere, ridurre o sostituire/modificare alcune strutture linguistiche che sono usate dagli interlocutori, ma che non mantengono la stessa funzione se usate nell'altra lingua. In questo senso, l'interprete usa forme di adattamento che possono essere esse stesse coordinanti, perché, ad esempio, chiariscono la funzione di un turno (se è una domanda o un commento) o esplicitano presupposti e scopi dell'interazione (ad esempio, perché viene fatta questa domanda in questo contesto). In secondo luogo, le azioni di coordinamento possono essere necessarie per rendere possibile e comprensibile la resa. Ad esempio, l'interprete può chiedere un chiarimento, può chiedere a un interlocutore di fermarsi per lasciare tempo per tradurre, può segnalare che un interlocutore ha qualcosa da dire. Queste azioni, che si aggiungono alle rese traduttive vere e proprie e che vengono chiamate da Wadensjö "non-rese" ("non-renditions", 1998: 108), contribuiscono a rendere efficace la traduzione. Da ultimo, l'interprete è il partecipante all'interazione che comprende entrambe le lingue: quindi la sua partecipazione, ad esempio attraverso feedback o attraverso la presa del turno, contribuisce al coordinamento dei contributi di tutti gli altri partecipanti all'interazione.

L'interesse dello studio di Wadensjö sta nel mostrare che: a. una resa fedele non è necessariamente quella più vicina alla struttura morfosintattica del turno originale, b. per catturare un significato preciso, è necessario che la resa si orienti non solo al testo di un turno o di una sequenza di turni, ma anche al loro significato e alla loro funzione nell'interazione. Da questo punto di vista, le forme di traduzione e coordinamento che evidenzia sono in netto contrasto con le aspettative create dalle prospettive tradizionali, secondo cui l'interprete dovrebbe limitarsi il più possibile alla ripetizione vocale del turno (Roy, 1993/2000)

3.3 Interpretazione e presupposti contestuali

Un terzo motivo per cui il modello tradizionale di interpretazione consecutiva non può funzionare nell'interazione è che, di fatto, trascura il contesto conversazionale (Mason, 2006). La conversazione si basa su presupposti conoscitivi che contribuiscono a definire un significato e una funzione discorsiva, ma che possono "non essere detti" o essere detti in modo indiretto. Ciò che è indiretto o, nelle parole di Mason "sotto-determinato" ("underdetermined", 2006: 360) non è spesso riproducibile nell'altra lingua se non attraverso un'esplicitazione dei presupposti a cui fa riferimento. Tali presupposti possono riferirsi a diversi stati di conoscenza degli interlocutori, legati alla loro cultura, alla loro professione o alla loro situazione personale.

Nell'interazione mediata, ci possono essere delle forme di discorso che si riferiscono a un contesto che può essere condiviso dall'interprete e uno degli interlocutori, ma non dall'altro. In questi casi, la resa interpretativa dovrà necessariamente basarsi su un'esplicitazione di questi presupposti. Si riporta a tal proposito un esempio, citato da Mason, in cui, in un ufficio di questura inglese, il trattenuto polacco, senza documenti, spiega che il suo passaporto è stato trattenuto presso il "POSK" per fare un'iscrizione a corsi di inglese e l'interprete, nel tradurre, esplicita al poliziotto il significato di questo acronimo:

- | | |
|------------|---|
| Polish Man | Nie, powiedziała z' e nam be, dzie załatwiac' szkołę, w POSKu.
<i>No she said that she would arrange school for us in POSK.</i> |
| Interp | W POSKu. [<i>In POSK.</i>] No she said that she would need them because she was going to arrange for them to attend <u>English classes at the Polish Social and Cultural Centre in King Street.</u> |

(Mason, 2006: 367)

Nella parte da me sottolineata, l'interprete non solo scioglie l'acronimo spiegandone il significato, ma aggiunge l'indirizzo del Centro e ciò di cui si occupa. Condivide così, con l'operatore dell'ufficio immigrazione, un presupposto contestuale che il migrante polacco dà per scontato, ma che è rilevante nell'interazione perché se il passaporto si trova presso questo centro, può essere richiesto e visionato dagli uffici di polizia.

Uno degli aspetti interessanti dello studio di Mason riguarda non solo l'inevitabilità che l'interpretazione espliciti i presupposti che sono necessari perché la comunicazione avvenga, ma anche la riflessione sulle conseguenze che questo comporta in termini di competenza e responsabilità dell'interprete. Si tratta infatti di decidere da

un lato sulle azioni da intraprendere per avere accesso a tali presupposti, dall'altro di definire in che misura esplicitarli affinché siano efficaci per la comunicazione e rispettosi dei significati in essa costruiti.

In conclusione, questi concetti, che si sviluppano sulla base dell'analisi dell'interazione autentica, mettono in discussione il modello tradizionale, chiarendo che si tratta di un modello troppo semplice. Gli studi sulla pragmatica dell'interazione avevano già chiarito i limiti del modello mittente-ricevente a partire dagli anni 1960. Ciò che gli studi sull'interpretazione ignorano per molto tempo, tuttavia, è che: a. il ruolo dell'interprete viene costruito nell'*hic et nunc* dell'interazione attraverso la partecipazione di tutti gli interlocutori e di conseguenza che b. l'interprete non può avere il completo controllo delle dinamiche dell'interazione.

4. *Gli obiettivi di questo studio e i dati raccolti*

La ricerca qui presentata si colloca all'interno di un progetto interdisciplinare di lungo termine che ha coinvolto studiosi di diverse università italiane e servizi sanitari locali². Scopo dello studio è stato quello di spiegare le dinamiche della mediazione linguistico-culturale nell'interazione, concentrandosi in particolare sul rapporto tra traduzione e mediazione. Si è cercato di capire in che cosa consiste quell'agire "in più" o diverso che da un lato rendeva poco convincente, per le istituzioni soprattutto sanitarie, la figura dell'interprete, ma dall'altro metteva in crisi l'interprete stesso, nell'attenersi nei servizi pubblici ai codici di condotta elaborati per altri tipi di contesto. Specificamente, sono state studiate le forme di coordinamento interazionale attuate dai mediatori, per capire fino a che punto rientrassero tra le dinamiche comunicative che realizzano la traduzione e in che cosa invece potevano andare oltre e caratterizzare una figura più complessa di "mediatore" di potenziali discrepanze tra aspettative culturali (Baraldi - Gavioli, 2012; 2017).

La raccolta dei dati è iniziata nel 2004 e l'ultimo set di interazioni è stato registrato nel 2016, per un totale di 548 incontri. Si tratta di dati audio-registrati con il consenso dei partecipanti e del comitato etico interessato. Per la protezione della privacy dei pazienti e per salvaguardare il senso di accoglienza di servizi dedicati a persone con trascorsi difficili di migrazione, non è stato fino ad ora possibile videoregistrare.

Le istituzioni sanitarie coinvolte sono tre, hanno un'esperienza consolidata nell'ambito dell'immigrazione e sono state tra le prime in Italia a fornire servizi de-

² Si tratta del progetto AIM (Analisi dell'Interazione e della Mediazione), che ora costituisce un network di dieci università italiane (<http://www.aim.unimore.it/site/home.html>). Le Università hanno lavorato con il proprio territorio, tuttavia la collaborazione più intensa e sistematica si è avuta con l'Ufficio Ricerca e Innovazione dell'AUSL di Reggio Emilia, che è stato capofila di progetti europei importanti come il "Migrant Friendly Hospitals" (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>) e, insieme a ricercatori del gruppo AIM, parte di una rete COST che ha coinvolto 23 paesi. Il progetto AIM non avrebbe mai potuto realizzarsi senza l'appoggio umano e scientifico, e il contributo fattivo di due studiosi che lo hanno sostenuto e accompagnato con convinzione fin dall'inizio: Daniela Zorzi e Claudio Baraldi. A loro va la mia massima riconoscenza. Questo lavoro è dedicato alla memoria di Daniela.

dicati a pazienti migranti (Chiarenza, 2008). I partecipanti sono medici, infermieri e ostetriche, pazienti migranti e mediatori culturali. La maggior parte delle visite sono di ambito ginecologico e materno-infantile, con pazienti femmine, talvolta eventualmente accompagnate dal marito. Circa il 10% degli incontri si è svolto in ambulatori di medicina generale, anche con pazienti maschi. I pazienti provengono prevalentemente da Ghana, Nigeria, Marocco e Cina. Le lingue parlate sono l'inglese centraficano, l'arabo, soprattutto magrebino, e il cinese mandarino. Le mediatrici culturali sono tutte donne, tra i trenta e i quarant'anni, assunte da cooperative che lavorano su appalto delle istituzioni sanitarie e che si occupano anche della loro selezione e formazione.

Per la trascrizione dei dati, sono state usate le regole dell'analisi della conversazione (Jefferson, 1978; Psathas - Anderson, 1990). Dal 2015 è in corso un progetto di trasferimento della banca dati su software ELAN (© Max Plank Institute), che consente l'archiviazione di audio collegati alle trascrizioni³.

5. *Un'analisi esemplificativa*

L'analisi che presento in questo contributo si concentra sui tipi di resa traduttiva utilizzati dalle mediatrici in due sotto-gruppi di dati, quello italiano-arabo e quello italiano-inglese. Come già notato da Wadensjö (1998), nei nostri dati, l'organizzazione della resa traduttiva può prendere diverse forme, ad esempio può essere turno-per-turno, un turno lungo può essere spezzato in diversi turni, possono esserci sequenze diadiche che coinvolgono due soli partecipanti, alcune rese possono ampliare ed esplicitare quanto detto nel turno precedente o possono essere riassuntive di un'intera sequenza. Aldilà della varietà dei tipi di resa, è interessante che la forma non è né casuale, né lasciata interamente alla scelta della mediatrice. È invece co-costruita attraverso i contributi dei partecipanti, che rendono rilevanti determinate azioni, e orientata agli scopi comunicativi dell'interazione. È inoltre gestita attraverso un sistema molto preciso di meccanismi linguistici e interattivi, che gli interlocutori, inclusa la mediatrice, usano per coordinarsi, comunicando sulla comunicazione in atto.

L'analisi che segue è divisa in due parti principali. La prima riguarda la fase anamnestica della visita, quella in cui l'operatore sanitario raccoglie informazioni rilevanti per lo stato di salute del(la) paziente. La seconda parte invece mostra fasi più tarde della visita, in cui vengono offerte raccomandazioni e consigli. Viene discusso, infine, un caso particolare in cui la delicatezza sul piano interculturale di una domanda di tipo anamnestico viene gestita attraverso la negoziazione della resa.

5.1 La raccolta di informazioni anamnestiche

Nella prima fase della visita medica, l'operatore sanitario pone al(la) paziente una serie di domande tese a raccogliere dettagli atti a comprenderne lo stato di salute. Come

³ Ringrazio Natacha Niemants per il suo lavoro di trascrizione, coordinamento, trasferimento e sperimentazione della banca dati.

in altri dati medici, tali domande sono orientate al criterio dell'ottimizzazione (per ottenere risposte precise, ad esempio del tipo sì/no, cf. Boyd - Heritage, 2006) e alla rilevazione di fatti pregressi rilevanti come malattie o operazioni chirurgiche (cf. Teas - Maynard, 2006). In questi casi, la resa delle domande dell'operatore sanitario avviene sempre immediatamente dopo la domanda, attraverso una struttura che la ricalca pressoché letteralmente, come nell'esempio qui sotto:

- (1)
 01 DOCf e l'ultima mestruazione?
 02 MEDf your last menstruation.

La risposta del(la) paziente, invece, viene adattata, nella resa, in tre modi. Il primo riguarda una modifica nella struttura della risposta che ne mette a fuoco la pertinenza rispetto alla domanda. Nell'estratto seguente, ad esempio, la domanda dell'operatore (turno 62) proietta una risposta del tipo sì/no. La risposta della paziente (turno 64) viene data attraverso una struttura che sostanzialmente ripete, in forma affermativa, la domanda. Tale struttura viene modificata nella resa della mediatrice attraverso l'affermazione semplice "sì" che risponde direttamente alla domanda del medico.

- (2)
 62 DOCf è la prima volta nella sua vita che ha avuto un ritardo?
 63 MEDf awwal marra [kai jik had taakhur?
 è la prima volta che hai un ritardo?
 64 PATf [awwal marra, dart liya had taakhur.
 [è la prima volta che ho un ritardo.

- (0.6)
 → 65 MEDf sì.

Un secondo modo attraverso cui viene trattata la risposta del(la) paziente nella fase anamnestica è quello di lasciare tale risposta alla comprensione del medico e dunque non tradurla. Questo si verifica nei casi in cui la risposta è semplice, ad esempio "sì", "no", oppure una data, oppure una malattia la cui denominazione è nota al medico. Vediamo due esempi, il primo si riferisce a una risposta "no", il secondo alla data delle mestruazioni ("six"). Si noti che l'estratto 3 viene da un'interazione in lingua araba per cui il meccanismo di riconoscimento da parte del medico, almeno della risposta sì/no, non sembra necessariamente legato alla familiarità del medico con la lingua usata dal(la) paziente

- (3)
 53 DOCf il seno t- se lo tien- sente te:so?
 54 MEDf ka thssi b sdrk waqf?
 ti senti il seno teso?
 55 PATf =la, [ʻadi
 no, normale.
 → 56 DOCf [no.
 57 MEDf =no

- (4)
- 38 DOCf e l'ultima mestruazione?
 39 MEDf your last menstruation
 40 PATf (0.4) twen- eh eh:: (1.0) six
 → 41 DOCf (1.0) sei?
 42 PATf six.
 43 MEDf sei

Si può notare che, in questi come in altri esempi, il medico segnala di avere compreso la risposta del(la) paziente e la mediatrice conferma che la comprensione è corretta e che l'incontro può continuare. Questo meccanismo, che consente l'accesso diretto del medico alla risposta del(la) paziente, sembra particolarmente efficace anche alla luce di studi che sottolineano il rischio che l'interpretazione linguistica interferisca con quella diagnostica e di fatto cancelli il contributo del paziente (Bolden, 2000). Accedendo alla risposta del(la) paziente, il medico può darne un'interpretazione diagnostica in prima persona.

Il terzo modo in cui viene trattata la risposta della paziente è attraverso una breve sequenza diadica di chiarimento, durante la quale la mediatrice conduce la/il paziente a rispondere in merito al dettaglio preciso cercato dal medico. Nell'esempio che vediamo di seguito, la domanda del medico è tesa a capire se la paziente, che non si nutre regolarmente, vive con qualcuno che possa avere cura di lei

- (5)
- 55 DOCm non ha nessuno [parenti, cugini?
 56 MEDf [you hav- do you live here alone, you don't have brothe::r?
 57 PATf °I have a brother.°
 58 MEDf (1.0) mhm.
 59 DOCm [(non ha -)
 60 MEDf [(do) you live with your brother?
 61 PATf mh.
 62 MEDf sì vive [col fratello
 63 DOCm [vive col fratello, benissimo.

Al turno 55 il medico chiede se la paziente abbia parenti, e questa domanda viene resa nella stessa forma dalla mediatrice al turno 56, la quale aggiunge anche "do you live alone". Al turno 57, la paziente risponde alla domanda del medico ("I have a brother") ma non precisa se vive con questo fratello. La mediatrice chiede quindi alla paziente di precisare l'informazione (turno 60). Dopo la risposta affermativa della paziente al turno 61, la mediatrice rende al medico il dato da questi cercato ("sì, vive col fratello", turno 62).

Come possiamo vedere dagli estratti precedenti, nella fase anamnestica dell'incontro medico la resa traduttiva collabora alla raccolta delle informazioni relative alla salute del(la) paziente in modo molto mirato. La domanda del medico è sempre immediatamente tradotta attraverso una struttura di "ottimizzazione" che di fatto ripete quella utilizzata dal medico. Nella negoziazione delle risposte, si vede invece una varietà più ampia di azioni della mediatrice, tutte dirette a dare al medico l'ac-

cesso più preciso possibile alla risposta del(la) paziente: la struttura della risposta viene modificata in modo da collegarla alla domanda del medico, oppure la risposta non viene tradotta, ma ne viene monitorata la comprensione diretta da parte del medico, oppure ancora viene utilizzata una breve sequenza di chiarimento a cui segue la resa della risposta.

5.2 Diagnosi e indicazioni terapeutiche

Quando si esce dalla funzione essenzialmente informativa dell'anamnesi e si passa a questioni più complesse, come per esempio rendere una diagnosi o un'indicazione terapeutica, la forma dell'interazione, e della resa nell'interazione, cambia. In questo caso, il turno del medico contiene spesso l'intera spiegazione della diagnosi e/o dell'indicazione terapeutica e questo lungo turno viene reso per intero dalla mediatrice alla paziente. In queste rese, abbiamo delle forme che si allontanano dalla struttura usata dal medico e che esplicitano, per la paziente, il senso di quanto detto dal medico. Vediamo un solo esempio relativo al regime alimentare che deve essere adottato dalla paziente in gravidanza. Nella prima parte dell'estratto (turni 1-11), il medico spiega alla mediatrice che cosa dire alla paziente, nella seconda parte (turni 12-20) la mediatrice ri-spiega alla paziente in inglese come deve mangiare.

- (6)
- 01 DOCm comunque [in tu]tte le maniere digli di stare attenta adesso non deve mangiare troppi do:ci
- 02 MEDf [si]
- 03 MEDf sì
- 04 DOCm zuccheri (.) stare un po' a dieta
- 05 MEDf sì
- 06 DOCm [va bene ?]
- 07 MEDf [mm] hm
- 08 PATf cosa?
- 09 MEDf tha:t [it's]
- 10 DOCm [anche] bere molti mm dei succhi di frutta quella roba lì contengono mol [ti zu]ccheri non va tanto bene
- 11 MEDf [si]
- 12 MEDf mm
- 13 PATf hm
- 14 MEDf e:h that's you don't have to (.) eat
- 15 DOCm ((throat clearing))
- 16 MEDf things that contain sugar much
- 17 PATf hm
- 18 MEDf don't have to drink e:h syrup or juice (.) you know all these (.) drinks that contain sugar (.) no (.) and have to also (.) you know eat (.) not too much (.) e:h eat (.) you know little by little little often but not too much
19. PATf e.h
20. MEDf you have (little food) (.) stay on diet (.) a little eh don't be eating too much

Si può notare che il lungo turno del medico è sostenuto dal feedback della mediatrice che segnala comprensione. Similmente, la spiegazione della mediatrice alla paziente è condotta punto per punto insieme alla paziente, che segnala comprensione. La resa insiste su alcuni punti che vengono interpretati come importanti, ad esempio astenersi dalle bevande ricche di zucchero, e introduce una spiegazione aggiuntiva della dieta, non menzionata dal medico, ma di cui la mediatrice è a conoscenza perché viene spesso ripetuta alle pazienti in gravidanza, di mangiare poco e in piccole quantità.

In questo esempio, dunque, il modello che abbiamo visto nella sezione precedente, in cui la resa si alterna ai turni, viene modificato. Abbiamo due sequenze diadiche in successione, una in cui il medico parla con la mediatrice e una in cui la mediatrice parla con la paziente, e un'azione della mediatrice piuttosto visibile, ad esempio attraverso espansioni che aggiungono informazioni su come mangiare in gravidanza.

Ma questo non è tutto. È chiaro dagli esempi che abbiamo visto sopra relativi all'anamnesi, che nell'interazione mediata, la mediatrice di regola traduce senza che il medico le chieda di tradurre.

Nel caso di questi turni lunghi di spiegazione, invece, la richiesta di tradurre viene rivolta dal medico alla mediatrice. In altre parole, il medico inizia la propria spiegazione con una forma di discorso indiretto: diglielo, chiedile, spiegale:

in tutte le maniere **digli** di stare attenta

Questa forma, ricorrente in questo tipo di sequenze, sembra avere una doppia funzione. La prima è quella di "prenotare" l'aspettativa di un turno più lungo e complesso, che contenga l'intera spiegazione del medico. È interessante notare a questo proposito che nell'estratto 6, nonostante l'intervento della paziente che chiede alla mediatrice di tradurre al turno 8, il medico porta avanti la propria spiegazione fino a completarla. La seconda funzione è quella di dare alla mediatrice l'incarico "di dire", cioè di rendere la spiegazione "per la/il paziente", adattandone il senso alla specificità linguistica, culturale o personale del(la) paziente. In questi casi, la mediatrice usa forme di adattamento che possono allontanarsi, anche parecchio, dalle forme usate dal medico, ma con lo scopo di catturarne e trasmetterne efficacemente il senso (vedi Gavioli, 2015).

5.3 Un caso particolare

Le forme di discorso indiretto come "dille" o "spiegagli", che non dovrebbero essere usate secondo i codici di condotta degli interpreti, sembrano invece, nella mediazione dialogica medica, rispondere a una funzione precisa: quella di proiettare la spiegazione di un problema complesso o delicato e di autorizzare la mediatrice a spiegarlo nei termini più adatti. Queste forme non si trovano normalmente nella fase anamnestica dell'incontro, dove la resa deve farsi carico di domande molto dirette e di dettagli precisi. Vi sono casi, tuttavia, in cui anche le domande anamnestiche possono essere trattate come particolarmente complesse o delicate. L'estratto

che segue offre un esempio di questo tipo. Qui la domanda relativa ad aborti precedenti, sebbene tesa a raccogliere un'informazione di prassi negli ambulatori ostetrici italiani, tocca un aspetto delicato in alcune culture, come per esempio quella araba. Nell'estratto che segue, l'ostetrica introduce la domanda con la forma di discorso indiretto, infrequente nelle domande anamnestiche, "chiedi". La mediatrice anziché rendere la domanda ricalcandone la struttura linguistica, la riformula in arabo utilizzando forme che rassicurino la paziente: si noti in particolare "elbaraka" e "la qaddar Allah" che si riferiscono al fatto che tutto sta andando bene.

- (6)
- | | | | |
|---------|---|------|--|
| 01 OBSf | poi chiedi se non ha avuto degli altri aborti (.) delle altre – | | |
| 02 MEDf | mm. ya'ni 'indik elbaraka waladin w halla' elhaml ithalith elbaraka | | |
| | <i>Hai due figli che Dio li benedica e questa è la tua terza gravidanza che Dio la benedica</i> | | |
| 03 HUSm | mm. | | |
| 04 MEDf | ghir hik waqa' haml w ma kamal, [la:w ya'ni ma iкта [mal [la qaddar Allah. | | |
| | <i>A parte queste c'è stata una gravidanza che non è continuata o –</i> | | |
| 05 HUSm | | [l:a | |
| | | [no | |
| 06 PATf | | [la. | |
| | | [no. | |
| 07 HUSm | | [la. | |
| | | [no. | |
| 08 MEDf | No | | |

Questo esempio, dunque, mostra che accanto a scopi comunicativi più generali, legati alla funzione della resa nella fase dell'anamnesi o della spiegazione della terapia, nell'interazione mediata, sono in atto forme linguistiche che negoziano la forma e funzione delle rese traduttive nell'*hic et nunc* dell'interazione. Le forme del discorso indiretto, che sono normalmente prescritte come "da evitare" nell'attività dell'interprete, possono invece assolvere a funzioni specifiche come quelle di incaricare la mediatrice di una resa che tenga conto della possibile necessità di un adattamento "all'interlocutore" della spiegazione che viene data.

6. Conclusioni

Riassumendo, nell'interazione mediata si riscontrano diverse forme di resa, alcune delle quali si allontanano dalla forma con cui è stato espresso un turno nell'altra lingua, ma che di norma ne catturano la funzione comunicativa. La struttura delle rese non è lasciata interamente nelle mani della mediatrice, ma è negoziata nell'interazione e risponde agli obiettivi delle sequenze interazionali: per esempio nell'anamnesi la resa viene strutturata in modo da rendere chiara l'informazione che si vuole ottenere con la domanda o anche il senso della risposta data dal(la) paziente. Ci sono delle forme del discorso che fungono da segnalatori, che hanno la

precisa funzione di indicare alla mediatrice che quanto si sta per dire è importante o delicato, va trattato con cura e spiegato bene. Queste forme, una delle quali è stata qui identificata nel discorso indiretto, hanno la funzione di incaricare la mediatrice della formulazione curata di un contenuto espresso. In questi casi, la mediatrice traduce aggiungendo informazioni o anche insistendo su punti che ha interpretato come importanti. C'è quindi una "comunicazione sulla comunicazione" che orienta la mediatrice a una forma di resa piuttosto che un'altra.

Le forme della resa non sono solo collegate agli obiettivi medici che si esprimono nelle sequenze (anamnesi, dare una prescrizione), ma anche a funzioni del discorso, come far capire che il punto in questione è importante o delicato (anche "culturalmente" delicato). Va forse chiarito che molte di queste forme di interpretazione/mediazione, per esempio l'uso del discorso indiretto, l'uso della sequenza diadica o dell'espansione, non sono generalmente ammesse dai codici di condotta degli interpreti, mentre nell'interazione hanno funzioni precise.

In conclusione, è vero che la mediazione linguistico-culturale è più di una traduzione, ma è anche vero che si esercita in larga parte attraverso la traduzione. Le forme di adattamento linguistico, che esplicitano il senso di una risposta o di una raccomandazione o di una domanda delicata, sono legate alla "comunicazione sulla comunicazione" e possono essere considerate forme di mediazione. Sebbene l'aspetto culturale vi possa emergere, queste forme di mediazione non hanno necessariamente a che fare con un orientamento culturale e non sono necessariamente basate su differenze culturali, anche se ne tengono conto. Piuttosto sono forme che esplicitano dei presupposti contestuali, inclusi quelli culturali. Queste caratteristiche dell'interazione interpretata dal mediatore linguistico possono costituire una base per programmare la formazione dei mediatori o degli interpreti pubblici, sia nelle aziende in cui operano (ad esempio le aziende sanitarie), sia nei corsi universitari per mediatori linguistici.

Bibliografia

ANGELELLI C. (2006), Validating Professional Standards and Codes: challenges and opportunities, in *Interpreting* 8(2): 175-193.

BARALDI C. - GAVIOLI L. (2012), Understanding coordination in interpreter-mediated interaction, in BARALDI C. - GAVIOLI L. (eds), *Coordinating participation in dialogue interpreting*, Benjamins, Amsterdam: 1, 22.

BARALDI C. - GAVIOLI L. (2017), Intercultural mediation and "(non)professional" interpreting in Italian healthcare institutions, in ANTONINI R. - CIRILLO L. - ROSSATO L. - TORRESI I. (eds), *Non-Professional Interpreting and Translation*, Benjamins, Amsterdam: 83, 106.

BOLDEN G. (2000), Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking, in *Discourse Studies* 2(4): 387-419.

BOYD E. - HERITAGE J. (2006), Taking the history: questioning during comprehensive history&taking, in HERITAGE J. - MAYNARD D. (eds), *Communication in Medical Care:*

Interactions between Primary Care Physicians and Patients, Cambridge University Press, Cambridge: 151, 184.

CHIARENZA A. (2008), Towards the development of health systems sensitive to social and cultural diversity, in *Health and Migration in the EU: conference proceedings*, Ministry of Health of the Republic of Portugal, Lisboa: 167, 176.

DAVIDSON B. (2000), The interpreter as institutional gatekeeper: The social&linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse, in *Journal of Sociolinguistics* 4(3): 379-405.

DAVIDSON B. (2002), A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse, in *Journal of Pragmatics* 34: 1273-1300.

DICKINSON J. - TURNER G.H. (2008), Sign language interpreters and role conflict in the workplace, in VALERO GARCÉS C. - MARTIN A. (eds), *Crossing borders in community interpreting*, Benjamins, Amsterdam: 231, 244.

FALBO C. (2013a), Interprete et mediatore linguistico&culturale: deux figures professionnelles opposées?, in AGRESTI G. - SCHIAVONE C. (eds), *Plurilinguisme et monde du travail. Professions, opérateurs et acteurs de la diversité linguistique*, Aracne, Roma: 257, 274.

FALBO C. (2013b), *La comunicazione interlinguistica in ambito giuridico: Temi, problemi e prospettive di ricerca*, EUT, Trieste.

GAVIOLI L. (2015), On the distribution of responsibilities in treating critical issues in interpreter&mediated medical consultations: the case of “le spieghi(amo)”, in *Journal of Pragmatics* 76: 169-180.

HSIEH E. (2007) Interpreters as co&diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters, in *Social Science & Medicine* 64: 924-937.

JEFFERSON G. (1978), Explanation of transcript notation, in Schenkein J. (ed.), *Studies in the organization of conversational interaction*, New York, Academic Press: xii, xvi.

LUATTI L. (a cura), (2006), *Atlante della Mediazione Linguistico Culturale*, Franco Angeli, Milano.

MASON I. (ed.), (1999), *Dialogue Interpreting, The Translator* 5(2), Special issue.

MASON I. (2006), On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting, in *Journal of Pragmatics* 38: 359-373.

MASON I. - REN W. (2012), Power in face&to&face interpreting events, in *Translation and Interpreting Studies* 7(2): 233-252.

MERLINI R. (2009), Seeking asylum and seeking identity in a mediated encounter: the projection of selves through discursive practices, in *Interpreting* 11(1): 57-92.

PITTARELLO S. (2009), Interpreter mediated medical encounters in North Italy: Expectations, perceptions and practice, in *The Interpreters' Newsletter* 14: 59-90.

PÖCHHACKER F. - SHLESINGER M. (2002), *The interpreting studies reader*, Routledge, London.

PSATHAS G. - ANDERSON T. (1990), The practices of transcription in conversation analysis, in *Semiotica* 78(1/2): 75-99.

ROY C.B. (1993/2002), The problems with definitions, descriptions and the role metaphors of interpreters, in PÖCHHACKER F. - SHLESINGER M. (eds), *The interpreting studies reader*, Routledge, London: 345, 353.

GILL V.T. - MAYNARD D. (2006), Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses, in HERITAGE, J - MAYNARD D. (eds), *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge University Press, Cambridge: 115, 150.

WADENSJÖ C. (1998), *Interpreting as Interaction*, Longman, London.

