

## [Interpretazione e mediazione in un sistema di cura interculturale]

### Pratiche di esclusione e pratiche di inclusione dei pazienti migranti

*Abstract:* This paper examines the joint activity of translation and intercultural mediation carried out by interpreters in health care contexts. The analysis presented concerns not only the linguistic aspects, but also the processes of inclusion and exclusion of migrant patients, produced in consequence of the cultural effects of mediation. The corpus of data we analyze consists of physician-patient interactions mediated by an interpreter, collected in 2010 in public health facilities in the provinces of Modena and Reggio Emilia. The following question guided our analysis: “Does interlingual and intercultural mediation promote or discourage active participation by the migrant patient?” Our analysis confirms that the interpreters not only act as facilitators of language, but above all as coordinators of communication, and for this reason are considered as interlingual and intercultural mediators. The different ways in which the mediators coordinate these interactions affect the participation of migrant patients, which can be rendered more or less “invisible” in accordance with the choices of translation.

*Keywords:* Interpretation, Mediation, Empowerment, Intercultural health, Emilia-Romagna, Doctor-patient interaction.

#### *I significati sociali della mediazione interlinguistica ed interculturale*

In una società multiculturale l'intensità dei flussi migratori comporta conseguenze rilevanti ed esigenze di cambiamento per molte istituzioni. Tra queste, ci sono sicuramente quelle sanitarie, che per la loro funzione entrano spesso in contatto con i migranti.

Nel sistema della cura medica, medici e pazienti condividono lo stesso obiettivo, ossia, il ripristino o mantenimento di una condizione di salute, o meglio, di assenza di malattia. Questo assunto può essere ritenuto una condizione operativa del sistema, ed accettato come dato di fatto. Tuttavia, in contesti multiculturali, la comunicazione medico-paziente può diventare *interculturale*, cioè evidenziare una diversità di presupposti e identità culturali che determina diversi significati assegnati alla malattia, alla cura e al modo di partecipare all'interazione (Meeuwesen *et al.* 2006, Zandbelt *et al.* 2006).

Gli stessi principi fondativi della medicina, ossia, uguaglianza di trattamento dei pazienti, responsabilità di scelta del paziente, scientificità, attenzione scrupolosa e informazione accurata (cfr. Codice Deontologico Medico, artt. 3, 12, 17, 18) possono essere minacciati da incomprensioni linguistiche. Nella concretezza dell'interazione queste differenze possono concretizzarsi come resistenze verso diagnosi e prescrizioni, richieste di prestazioni sanitarie non necessarie, rifiuto del trattamento sanitario. A fronte delle possibili conseguenze negative della mancata condivisione dei presupposti culturali della comunicazione, alla mediazione interlinguistica e interculturale è richiesto non solo di assicurare la comprensione linguistica, ma anche di promuovere forme di coordinamento

tra il sistema sanitario ed il paziente.

Su questo sfondo, molte aziende sanitarie si sono attrezzate per dare “visibilità” ai problemi di salute dei pazienti migranti (Luatti 2011), nella consapevolezza che l’applicazione del principio universalistico della cura “per tutti” richiede attenzione per la specificità dei sempre più numerosi migranti che accedono ai servizi medici.

L’idea che la funzione della mediazione debba essere mirata alla promozione della persona del paziente migrante è la conseguenza di un’evoluzione delle aspettative generalizzate che orientano la comunicazione sanitaria, che consiste nel riconoscimento della rilevanza della prospettiva del paziente. Negli anni ’50 e ’60 del XX secolo (Heritage e Maynard 2006) le emozioni e l’affettività erano bandite dalle interazioni tra personale sanitario e pazienti, centrate invece sul ruolo del medico quale depositario di un sapere scientifico e di una competenza tecnica di cui il paziente è privo (Parsons 1951, Mishler 1984). Utilizzando la distinzione tra discorso tecnocratico e orientato allo scopo (*voce del sistema*) e discorso comunitario orientato al consenso (*voce del mondo della vita*), Mishler (1984), riconosce nella comunicazione medica un esempio di “voce del sistema”, che definisce “voce della medicina”, empiricamente rilevata da un linguaggio specialistico e tecnicizzato, dove domande o asserzioni riguardano eventi e sintomi espressi in forma oggettivata, quindi distaccati dal contesto personale e sociale. In un approccio del tipo “voce della medicina”, la funzione della mediazione potrebbe essere intesa in senso ristretto come al servizio dell’azione del medico e a sostegno della cooperazione del paziente.

Sebbene i presupposti della voce della medicina rappresentino ancora spesso le strutture fondamentali della comunicazione medica, si sta affermando una nuova forma di comunicazione che combina “voce del mondo della vita” da una parte, valorizzando il significato sociale e personale degli eventi così come esperiti dal paziente all’interno di un rapporto affettivo, ed orientamento al risultato dall’altra, poiché l’affettività è osservata come un fattore-chiave sia per la relazione medico-paziente sia per il successo del percorso terapeutico (Arora 2003, Barry et al. 2001, Charles et al. 1999, Epstein et al. 2005, Mead e Bower 2000, Robinson 2001, Zandbelt et al. 2006). In questo approccio, l’espressione delle emozioni da parte del paziente in luogo dell’enumerazione di sintomi oggettivati e il coinvolgimento affettivo del medico in luogo del controllo dell’azione del paziente (Kiesler e Auerbach 2003) sono considerati un risultato fondamentale della comunicazione. In questa comunicazione incentrata sulla persona del paziente quello che segna una differenza rispetto a una comunicazione centrata sui ruoli tecnicizzati di medico e malato, è che domande e asserzioni contestualizzano fatti, eventi e sintomi nel loro ambito sociale e personale, promuovendone la narrazione attraverso commenti affettivi. Il successo del processo di centralizzazione della persona nella comunicazione medica fa sì che nei sistemi sanitari occidentali la funzione della medicina sia individuata non solo nella risoluzione dei disturbi dal punto di vista bio-medico, ma anche nella promozione del benessere del paziente in senso emotivo e sociale (Baraldi et al. 2008). I modi per rendere visibili i pazienti migranti ed occuparsi dei loro problemi sono vari, ma, se prendiamo come riferimento la comunicazione tra medico e paziente, non si può anzitutto prescindere dalla necessità di assicurare che gli interlocutori quantomeno si comprendano.

La mediazione interlinguistica e interculturale, anzitutto, si concretizza come a facilitazione *linguistica*. Nella comunicazione tra medico e paziente ha un’importanza fondamentale la comprensione della lingua: il mediatore è molto spesso chiamato in servizio per tradurre, in situazioni che vedono la compresenza di un medico e di un paziente con limitata, o nulla, conoscenza della lingua del medico. La traduzione permette a medici e pazienti di partecipare alla comunicazione, assicurando una comprensione reciproca. Tuttavia, la ricerca empirica sulla traduzione nei servizi pubblici dice che questa attività è in se stessa mediazione, poiché regola i tempi, i modi e le possibilità di comunicazione nel corso dell’interazione, permettendo di trattare nella comunicazione anche le identità e le differenze culturali (cfr. Davidson 2000; Hsieh 2010; Farini 2012; Gavioli 2009; Gavioli e Baraldi 2011).

Poiché la traduzione regola i tempi, i modi e le possibilità di partecipazione all’interazione da parte degli interlocutori principali, nel tradurre il mediatore svolge anche un ruolo di coordinamento della relazione tra medico e paziente. La comprensione linguistica, infatti, permette di: 1) approfondire i presupposti taciti della comunicazione che dipendono dalle diverse culture di appartenenza dei pazienti; 2) trattare problemi culturali che possono interferire con la cura medica (ad es. i vincoli alle visite che riguardano le donne pazienti, le abitudini

alimentari, i possibili significati difformi assegnati alle malattie). D'altra parte, nel prodursi di una relazione circolare tra mediazione linguistica e culturale, la partecipazione degli interlocutori è una condizione fondamentale della traduzione: senza comunicazione non c'è nulla da comprendere, quindi non c'è bisogno di traduzione.

Per fare riferimento a questa attività congiunta di traduzione e mediazione si parla quindi di Mediazione Interlinguistica ed Interculturale. L'analisi della mediazione interlinguistica e interculturale riguarda quindi non solo gli aspetti linguistici, ma anche i processi di inclusione ed esclusione dei partecipanti che si producono conseguentemente alle forme culturali che si realizzano nella mediazione (Baraldi e Gavioli 2008; Barbieri e Farini 2009). Questo secondo aspetto è stato quello su cui si è incentrato questo lavoro.

### Metodologia

L'unità di base della nostra analisi è l'interazione, concepita come concatenazione di azioni dei partecipanti che si alternano facendo riferimento le une alle altre, fino a costruire processi comunicativi dotati di senso; per "organizzazione dell'interazione" si intende il modo in cui i partecipanti si coordinano e raccordano le loro azioni.

Una caratteristica generale dell'organizzazione dell'interazione, che prescinde dal grado di formalità/informalità, dal contesto in cui si situa e dal numero di partecipanti coinvolti, è il suo carattere *sequenziale*, in virtù del quale ciascun enunciato prodotto da un parlante compie un'azione che "proietta" un'azione complementare da parte dell'interlocutore. In base al principio di sequenzialità dell'interazione, ogni enunciato è determinato dal contesto fornito dall'enunciato precedente e al tempo stesso fornisce il contesto per l'enunciato successivo.

Oltre a vincoli sequenziali, che sono vincoli di natura interna poiché si creano azione dopo azione nel corso dell'interazione, esistono vincoli socio-strutturali, che rappresentano l'esito di lunghi processi evolutivi, i quali trascendono la singola interazione. Questi vincoli, di natura esterna perché non si creano nella singola interazione, sono le *forme culturali* composte da *presupposti culturali* che riguardano significati della comunicazione, forme dei contributi ed aspettative verso gli esiti della comunicazione (Gumperz 2005; Baraldi 2012). I presupposti culturali sono strutture che orientano i partecipanti alla comunicazione nell'azione e nella comprensione dei significati dell'informazione e delle intenzioni dell'interlocutore.

Una ricerca sociologica sull'interazione osserva gli indicatori che segnalano e rendono rilevanti presupposti culturali i quali rendono possibile la partecipazione degli interlocutori e che si manifestano a livello di scelte lessicali, di formato dei turni di parola, di collocazione di un certo turno di parola in un determinato punto dell'interazione.

La nostra ricerca si è posta il problema delle forme di coordinamento che la mediazione interlinguistica e interculturale ha prodotto nelle interazioni. La ricerca socio-linguistica ha rilevato come la mediazione interlinguistica e interculturale possa promuovere due forme di coordinamento: 1) coordinamento culturale, 2) coordinamento interculturale (Baraldi e Gavioli 2008). Il coordinamento culturale consiste nella riproduzione di una forma culturale unitaria attraverso l'interazione, quella del sistema della cura medica oppure quella (ma questa possibilità è molto rara) del gruppo minoritario del paziente. Il coordinamento interculturale, invece, consiste nella promozione di adattamento interculturale: le parti riconoscono le reciproche aspettative inerenti ai rispettivi presupposti culturali e ne tengono conto nella loro azione e nella comprensione dell'altro. Il coordinamento interculturale può prodursi a condizione che la diversità culturale emerga nella comunicazione, e sia trattata come rilevante; per questo motivo, il coordinamento interculturale richiede alla mediazione interlinguistica e interculturale di aprire spazi di espressione personalizzata del paziente immigrato, poiché l'espressione della persona rappresenta il medium fondamentale dell'espressione di eventuali diversità culturali.

L'interrogativo che ha guidato l'analisi del corpus di dati, quindi, è stato il seguente: "*la mediazione interlinguistica e interculturale promuove la partecipazione del paziente e quindi i presupposti del coordinamento interculturale, oppure favorisce la riproduzione di una forma culturale unitaria centrata sul sistema di cura medica?*"

Il corpus di dati da noi analizzato consiste in interazioni medico-paziente mediate da un interprete, raccolte

nell'anno 2010 in strutture sanitarie pubbliche (principalmente ospedali e consultori) delle province di Modena e Reggio Emilia. I flussi migratori sono stati e sono ancora molto intensi nell'area territoriale in oggetto. Dati recenti segnalano che i migrati residenti sono il 12,7% della popolazione residente in provincia di Modena ed il 13% in provincia di Reggio Emilia (Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio, 2012).

Il corpus consta di 42 incontri tra parlanti di lingua italiana ed inglese. La durata degli incontri varia da cinque a oltre trenta minuti a seconda che si tratti di una semplice prescrizione o di una visita medica più o meno completa. La quantità totale di conversazioni registrate e trascritte ammonta a 14,5 ore; soggetti coinvolti sono medici e altri operatori sanitari (infermieri e ostetriche), pazienti migranti e mediatori linguistico-culturali. I mediatori sono tutte donne, così come la maggior parte dei pazienti; le questioni affrontate durante le visite sono quindi per lo più legate alla salute riproduttiva femminile (contraccezione, gravidanza, interruzione volontaria di gravidanza). Gli operatori sanitari sono tutti italiani, mediatrici e pazienti provengono invece da diversi paesi dell'Africa occidentale, specialmente Nigeria e Ghana.

La prospettiva metodologica adottata in questo lavoro è di tipo interazionista e, per essere più precisi, conversazionale. L'analisi della conversazione sostiene un approccio microanalitico basato su un'attenta osservazione dell'interazione, considerata come continua negoziazione di ruoli e attività da parte dei parlanti. Un aspetto fondamentale della conversazione è il suo carattere sequenziale (Atkinson & Heritage 1984; Sacks et al. 1974), in virtù del quale ciascun enunciato prodotto da un parlante compie un'azione, che "proietta", cioè rende rilevante, un'azione complementare compiuta da parte di un interlocutore con l'enunciazione del turno successivo. Questo meccanismo, noto come "rilevanza condizionale" (Schegloff 1972) è illustrato al meglio dalle cosiddette "coppie adiacenti" (Sacks *et alii* 1974: 716), del tipo saluto-saluto, domanda-risposta, invito-accettazione/rifiuto, ecc. Tali sequenze hanno carattere normativo, poiché chi produce la prima parte della coppia verificherà in che misura quanto segue "funziona" come seconda parte, facendo delle inferenze rispetto all'eventuale assenza di tale seconda parte. Per esempio, l'assenza di risposta a una domanda potrebbe essere interpretata come mancata comprensione o ricezione acustica di quest'ultima, o anche presa come segno di maleducazione, risentimento, imbarazzo, sfiducia, e così via. Si tratta di un lavoro congiunto di costruzione locale del senso della conversazione ha chiare implicazioni di tipo sequenziale, perché fa sì che ogni enunciato sia determinato dal contesto fornito dall'enunciato precedente e al tempo stesso fornisca il contesto per l'enunciato successivo. Questo meccanismo caratterizza la conversazione a prescindere dal suo grado di formalità/informalità, dal contesto in cui si situa e dal numero di partecipanti coinvolti. In tal senso, anche l'interazione mediata da interprete non fa eccezione e gli interpreti, in qualità di partecipanti a pieno titolo all'interazione (o "ratificati", nelle parole di Goffman, 1976) non potranno che considerare le traiettorie proiettate dagli enunciati dei cosiddetti "partecipanti primari" (Wadensjö 1998: 148) e disegnare i loro contributi (traduttivi e non) di conseguenza, contributi che determineranno a loro volta l'andamento della conversazione (Mason 2001; Wadensjö 1998).

I vincoli alle possibilità di azione nell'interazione, però, non sono solo di natura conversazionale e il principio di rilevanza condizionale non basta a spiegare la costruzione di lunghissime catene di comunicazioni, che si riproducono nel tempo, e che danno vita a sistemi di comunicazione complessi, come il sistema politico, il sistema economico, il sistema sanitario. Oltre a vincoli interni, che si creano localmente azione dopo azione nel corso dell'interazione, esistono vincoli di natura socio-strutturale, esito di lunghi processi evolutivi, che trascendono la singola interazione. Si tratta dei presupposti culturali che riguardano (1) significati della comunicazione, (2) aspettative di ruolo, (3) risultati attesi dell'interazione, e orientano i partecipanti alla comunicazione nella comprensione dei significati dell'informazione e delle intenzioni dell'interlocutore. L'analisi dell'interazione è importante proprio perché nell'interazione si rendono visibili gli indicatori che a livello di scelte lessicali, di formato dei turni di parola, di collocazione di un certo turno di parola in un determinato punto dell'interazione, segnalano e rendono rilevanti specifici presupposti culturali. L'interazione, anche quella medica, riproduce i presupposti culturali che la rendono possibile azione dopo azione, e così facendo li rende osservabili empiricamente. Da questo punto di vista, le azioni dei partecipanti alle interazioni mediche, ed in primo luogo delle mediatrici, saranno osservate come indicatori di una comunicazione in cui la mediazione interlinguistica ed interculturale sostiene l'espressione della persona del paziente, creando le condizioni per possibili forme di adattamento interculturale nel sistema della medicina ovvero rende più probabile la riproduzione di una forma culturale unitaria, quella del sistema della cura medica.

A titolo di esempio verranno presentati alcuni estratti, scelti perché rappresentativi del nostro corpus di fati, relativamente a tipo di visita, partecipanti e forme di coordinamento che vengono prodotte. Gli estratti proposti, così come il resto dei dati, riproducono audio-registrazioni trascritte e annotate secondo le convenzioni proprie dell'analisi della conversazione (cfr. appendice). Per tutelare la privacy dei soggetti registrati, le trascrizioni sono state rese anonime, alterando qualsiasi riferimento a luoghi e persone. I partecipanti all'interazione sono identificati attraverso le seguenti lettere: D per il medico o il personale sanitario, M per la mediatrice, P per la, o il, paziente.

### Discussione

*Traduzione sospesa e separazione dei partecipanti primari* - La nostra analisi conferma un'osservazione prodotta da precedenti ricerche sulla mediazione interlinguistica e interculturale svolte in Italia (cfr., tra gli altri, Gavioli 2009; Barbieri e Farini 2009; Cirillo 2010) ossia che l'organizzazione dell'interazione sia caratterizzata non tanto dall'alternarsi di turni e traduzioni, in sequenze del tipo "partecipante A, mediatore che traduce, partecipante B, mediatore che traduce" ma dall'alterarsi di sequenze diadiche monolingue che sospendono la traduzione per diversi turni, escludendo uno dei partecipanti principali, che può essere coinvolto nuovamente nell'interazione da una traduzione sintetica o riepilogativa. La traduzione turno per turno si produce in situazioni non problematiche, ad esempio nelle fasi di raccolta dei dati anagrafici, oppure quando è il medico a renderla rilevante, formulando domande puntuali, che proiettano risposte precise, e riprendendo subito la parola dopo la traduzione.

La traduzione sospesa risulta molto più frequente rispetto alla traduzione turno per turno; nei nostri dati, la traduzione sospesa è conseguente a diverse tipologie di azioni, del medico o della mediatrice, ed il suo risultato consiste nel prodursi di sequenze diadiche monolingue. Un tipo di azione del medico che può inaugurare sequenze diadiche monolingue è la selezione della mediatrice come interlocutrice diretta, ad esempio spiegandole che cosa è richiesto al paziente o fornendo istruzioni su che cosa dire, delegandole alcuni compiti propri del ruolo di esperto. Le deleghe sono attivate in caso di spiegazioni di procedure mediche standard, oppure in caso di raccolta dei dati anagrafici del paziente.

#### *Estratto 1. Il medico delega alla mediatrice la spiegazione di procedure mediche*

47 D: ok le spieghi allora come (.) eh funziona (.) cioè che noi adesso le- le abbiamo fatto il certificato (.) con questo certificato (.) che le faremo firmare lei va in ospedale (.) e in ospedale mh: le daranno l'appuntamento per fare l'interruzione di gravidanza (.) vuol farla (.) con anestesia generale o con anestesia locale (.) e le spieghi com'è l'anestesia generale e l'anestesia lo[ca]le

48 M: [ok] (.) eh:: he will give you the certificate (2) then (.) the certificate you signed (.) you go to the hospital (.) Santa Maria (.) and you give it to them (2) they will tell you what- when to come (.) and what to do (.) and then eh: the question is (.) would you want to be awake (.) when you're doing the: >abortion< or you want to sleep

49 P: I want to sleep

50 D: I want to sleep (14) ok (.) dopo l'aborto noi mh:: lei può utilizzare un metodo anticoncezionale per evitare di tornare a essere in gravidanza (.) spiega che:: siccome lei ha rapporti appunto:: e il condom può succedere che (.) si rompa come è successo già una volta (2) vuole utilizzare dopo un altro metodo? (.) potrebbe utilizzare preempio la pillola (.) che- perché io alla visita non ho trovato elementi di (.) contrari (.) mh?

51 M: mh after doing- after this abortion you have to take- to take eh prevention

52 P: ya

53 M: so you not get pregnant again. (2) well because in some condoms sometimes is not trustworthy (.) you have used it and you have seen disadvantage (.) so you can use other method of contraceptives like (.) pills (2) ok? after the abortion (.) so you have to come (2) the doctor said when he visit he didn't see any reason why maybe you should not take condom to prevent- no you should not use (.) any contraceptive (2) ok? (2) so which one would you prefer

Nell'estratto 1, al turno 47, il medico delega alla mediatrice la spiegazione di procedure mediche standardizzate.

La fiducia che il medico accorda alla mediatrice, a prescindere da quelli che possono essere i suoi fondamenti (conoscenza personale, esperienza professionale della mediatrice o altro) segnala che il medico riconosce alla mediatrice uno status di collaboratrice esperta. Come si potrà apprezzare nell'analisi di ulteriori estratti, quando le mediatrici accedono al ruolo di rappresentanti dell'istituzione, questo ha importanti conseguenze sulle forme di coordinamento promosse dalla mediazione, favorendo forme di adattamento unilaterale della paziente ai presupposti culturali del sistema della cura medica.

Al turno 48 la mediatrice produce una traduzione ridotta del turno del medico dove offre una versione semplificata di termini tecnici "anestesia locale o totale", proponendo alla paziente la scelta tra "restare svegli" o "dormire". La traduzione esclude le possibili conseguenze mediche delle due forme di anestesia, che dovrebbero essere tenute in considerazione dal paziente che sceglie tra le due. Per questo motivo, la decisione della paziente (almeno per quello che emerge nell'interazione) non appare essere una decisione pienamente "informata".

La delega che il medico affida alla mediatrice, conseguentemente alla fiducia nella sua adesione ai presupposti culturali del sistema della cura medica, separa i due interlocutori principali, disincentivando la paziente dal rivolgersi al medico per comunicare eventuali dubbi, preoccupazioni, esigenze che vadano oltre le prestazioni standardizzate all'interno della routine di una visita ginecologica. Anche se il medico appare in grado di comprendere le risposte della paziente (turno 50), questo non incide sulla distanza tra essa e la paziente, poiché poco dopo viene rinnovata la delega alla mediatrice ("spiega") la quale, unita al sistematico riferimento alla paziente in terza persona, riproduce aspettative di separazione tra i due interlocutori principali. La distanza tra le parti lascia spazio ad iniziative discorsive della mediatrice, che hanno importanti conseguenze anche sui significati prodotti nell'interazione. Al turno 51 la mediatrice traduce "può" con "have to", sovraccaricando quindi di normatività il turno del medico; al turno 53 l'assunzione della pillola viene presentata come una procedura obbligatoria, a cui la paziente deve aderire, piuttosto che come decisione contingente. L'assunzione della pillola è presentata come unico comportamento sociale desiderabile, in opposizione a tutte le altre possibili opzioni; l'iniziativa discorsiva della mediatrice pone la paziente di fronte ad una scelta che, almeno in questi termini, non era stata proposta dal medico, ossia la scelta tra adesione ad aspettative normative del sistema di cura e comportamento deviante.

L'esito di questa azione è l'introduzione di forme culturali quali desiderabilità sociale, devianza, rischio di etichettamento che possono condizionare le decisioni della paziente, rendendo probabile un coordinamento culturale, con l'adesione della paziente alle aspettative del sistema di cura, senza spazio per l'espressione di esigenze, preferenze, timori personali. Dal punto di vista empirico, l'indice di questa subordinazione è la forma in cui la paziente partecipa all'incontro medico: essa si limita a scegliere tra opzioni proposte dagli esperti, e ad offrire feedback che segnalano la sua comprensione delle loro istruzioni.

La sostituzione del medico da parte della mediatrice, e la conseguente produzione di sequenze diadiche monolingue, può derivare anche da azioni della mediatrice, nei casi in cui essa istruisce il paziente sulle procedure da seguire aggiungendo istruzioni non specificate dal medico, oppure nei casi in cui fornisce direttamente risposte al paziente, proponendosi così come co-esperto, sostituendo il medico.

#### *Estratto 2. La mediatrice sostituisce il medico come esperto*

254 D: Quello li va bene. (02) E: questi qua sono esami del sangue generali per vedere se questa tachicardia è data da qualcosa che non va

255 M: Mhm, [is, eh: a general control] exam

256 D: [Okay? Quando li hai fat-]

257 M: Blood and urine test

258 D: quando li hai fatti li porti qua che li guardiamo

259 M: When you go to do it on Monday then, maybe it will be ready on three days (on something) so they will tell you the day you will go and collect it. Go then collect it and bring it on Saturday morning

260 P: Okay.

261 M: and write your name, okay? So I will see the results and see if the, the: heart beating fast you have



- depends, has something to do, if something is wrong. The blood test (may) show it
- 262 P: Okay
- 263 M: Okay?
- 264 P: Next week Monday?
- 265 M: Yes, next week Monday in the morning go to Santa Maria, (??) before you go you urinate here and take it along with you
- 266 P: Okay
- 267 M: Then they will take your blood also.
- 268 P: Okay
- 269 M: don't take appointment for the exams, the exams you go directly there. While (??) they give you a card. With this paper, they will give you, collect this one and give you the (??) card, the card
- 270 P: Okay
- 271 M: Alright?
- 272 P: Okay (02) Grazie.
- 273 M: Okay
- 274 P: Ciao
- 275 D: [Arrivederci, ciao
- 276 M: [Okay, bye bye

Nell'estratto 2, nella sequenza di turni 255-256 si produce una sovrapposizione tra medico (256) e mediatrice (255). Il medico non lascia spazio alla traduzione della mediatrice che arriva troppo presto, prima che il medico abbia tempo di completare la spiegazione delle procedure da seguire, una volta che la paziente avrà ricevuto gli esiti degli esami. La competizione per lo status di parlante si conclude con la rinuncia da parte del medico, che lascia spazio alla mediatrice. Al turno 257, la mediatrice offre dettagli sul tipo di esami che il medico non aveva comunicato, di fatto sostituendola come rappresentante del sapere esperto. Solo al turno 258 il medico ha modo di completare le istruzioni a beneficio della paziente; nuovamente (turno 259) la mediatrice prende un'iniziativa discorsiva aggiungendo più informazioni rispetto a quelle comunicate dal medico in merito tempistica degli esiti, probabilmente in base alla propria conoscenza delle procedure sanitarie. La mediatrice si propone come rappresentante dell'istituzione a fianco del medico, piuttosto che assumere una posizione intermedia tra le parti. Questo posizionamento della mediatrice nella rete di relazioni che struttura l'incontro medico rende rilevante una condizione di "minoranza" della paziente migrante, che ne disincentiva la partecipazione attiva all'interazione.

In effetti, è possibile osservare come la paziente limiti la propria partecipazione al comunicare la propria comprensione alla mediatrice (turno 260), assumendo un ruolo passivo tipico del tradizionale rapporto paziente-medico, plasmato dal primato della "voce del sistema" rispetto alla "voce del mondo della vita" dei pazienti.

La diade monolingue prosegue al turno 261, quando la mediatrice sostituisce il medico non solo comunicando procedure di cura, ma anche spiegando la funzione degli esami clinici, in forma semplificata. Al turno 265 la mediatrice continua a sostituire il medico, offrendo direttamente alla paziente la spiegazione di procedure sanitarie di routine, proseguendo così fino alla chiusura dell'incontro, senza che la partecipazione della paziente vada oltre l'offrire feedback di comprensione delle istruzioni ricevute.

*Traduzione sospesa e produzione di coordinamento interculturale* - Gli estratti 1 e 2 hanno testimoniato il prodursi di sequenze diadiche monolingue, l'esito delle quali è la separazione tra i due interlocutori principali, ossia medico e paziente. Da qui, emerge l'importanza della traduzione quale azione fondamentale per promuovere il coordinamento interculturale, poiché la traduzione consente il continuo coinvolgimento di tutti i partecipanti nell'interazione. Dal punto di vista empirico, il legame tra traduzione e coordinamento interculturale può essere descritto come un processo a due fasi (Beach e Dixson 2001; Baraldi e Gavioli 2008):

1) sequenza diadica monolingue, che rappresenta un micro-contesto “protetto” dove è più facile attuare le azioni che promuovono l’espressione della persona, che definiremmo di ascolto attivo o rispecchiamento, ad esempio azioni di apprezzamento e di empatia, ma anche brevi turni di parola come “mhmh”, “eh”, “okay”, che comunicano comprensione e disponibilità all’ascolto;

2) traduzione differita, che offre al secondo partecipante principale, ad esempio il medico, l’opportunità di reagire all’espressione personalizzata del paziente. Le azioni che concretizzano ascolto attivo, rispecchiamento emotivo ed apprezzamento richiedono la sospensione della traduzione, a cui segue una traduzione sintetica o riepilogativa dei turni precedenti. Il ritorno all’interazione triadica con il (ri)coinvolgimento del medico, è necessario, poiché le azioni che esprimono la persona del paziente non hanno rilevanza per l’incontro medico fino a quando restano confinate all’interazione diadica monolingue.

La traduzione è il momento decisivo per il prodursi di coordinamento interculturale; se è vero che la traduzione sospesa crea distanza tra le parti, poiché un interlocutore non ha accesso diretto ai turni dell’altro interlocutore, è anche vero che crea un contatto molto stretto tra la mediatrice e l’interlocutore, che nella diadica riceve feedback immediati e che ha più spazio per esprimersi. Ma questo duplice movimento di chiusura ed apertura ha bisogno del passaggio traduttivo. La traduzione è l’azione che include il terzo partecipante nell’interazione, in modo da permettergli di partecipare attivamente. Le sequenze diadiche monolingue sono necessarie per permettere l’auto-espressione dei partecipanti, il ristabilimento di un’organizzazione triadica è necessario per creare una condivisione di aspettative affettive.

*Estratto 3. Promozione dell’espressione personalizzata in sequenze diadiche, poi traduzione per coinvolgere di nuovo il medico*

29 D: Okay dimmi adesso.

30 M: So what’s your problem now?

31 P: My heart is worrying me, my heart.

32 M: How is it worrying you?

33 P: Ehm: my heart is-

34 M: Beating faster?

35 P: Yes, yes, beat fast (.) fast fast.

36 M: Or you feel pain?

37 P: Ye-yes, I feel pain. (As straight work)

38 M: It beats faster?

39 P: Yes.

40 M: Eh:: ha il cuore che batte forte. Ha anche dolore (..) dice.

41 D: Da quanto?

42 M: Since when?

43 P: Almost two weeks (now)

44 M: Da due settimane adesso

45 D: Cioè, è da due settimane che-ogni tanto o sempre?

46 M: It was eh:: once a while or always?

47 P: Always (.) Sometimes it finished one day, aft[er that (??)

48 M: [Sempre, a volte è per-smette un giorno e poi dopo ricomincia.

49 D: Ricomincia. (04) E fa anche fatica a respirare?

50 M: You have difficulty in breathing?

51 P: No.

52 M: No.

53 D: No. Riesce a fare tutto quello che fa di solito?



- 54 M: You: you: you can do what you normally do?  
 55 P: I can do it but always (I feel)  
 56 M: Weak?  
 57 P: Weak, yes.  
 58 M: Si lo fa ma sempre sente debole.  
 (03)  
 59 D: e dice che la testa si sente più-  
 60 P: testa is worrying me sometimes.  
 61 M: You have (.) pain.  
 62 P: Yes.  
 63 M: Headache?  
 64 P: Yes.  
 65 M: Ha:: sempre mal di testa. Si, a volte ha sempre, ha mal di testa.

Nell'estratto 3, al turno 32, la mediatrice prende l'iniziativa, sospendendo la traduzione per esplorare il significato del sintomo narrato dal paziente al turno precedente. La sospensione della traduzione inaugura una sequenza diadica monolingue, che produce una definizione più precisa del sintomo. All'interno di questa sequenza diadica è possibile osservare l'impegno della mediatrice nel sostenere la partecipazione del paziente, che si concretizza come serie di domande polari, che proiettano una risposta in forma dell'espressione di accordo o disaccordo. Il sostegno alla partecipazione del paziente all'interno della diade monolingue passa attraverso la contemporanea limitazione delle possibilità di partecipazione del paziente. Il paziente partecipa, ma all'interno della limitata gamma di azioni proiettate dalle domande della mediatrice.

Al turno 40 la mediatrice realizza la mediazione interlinguistica e interculturale offrendo al medico una traduzione differita, evidenziando il paziente come autore dei significati tradotti ("dice"), in accordo con la preoccupazione, propria del sistema della cura medica, per la precisione e l'aderenza alla realtà delle narrazioni dei sintomi. La lunga sequenza triadica ai turni 41-55 esemplifica un'organizzazione della traduzione turno per turno, a cui la mediatrice si orienta rigidamente. Ad esempio, al turno 53 la mediatrice offre una traduzione non necessaria ("no"), che serve per confermarne il ruolo di traduttrice neutrale.

Al turno 56, la mediatrice ricontestualizza il proprio ruolo, sospendendo la traduzione turno per turno, per rivolgere al paziente una domanda di chiarimento, in forma di una proposta di completamento, verso cui egli può esprimere accordo o disaccordo. La nuova diade monolingue è molto breve, e vede il ricoinvolgimento del medico nell'interazione attraverso una traduzione, che rende rilevante nell'interazione complessiva la partecipazione del paziente prodotta nel contesto della diade monolingue. Al turno 60, il paziente risponde direttamente alla domanda, formulata in italiano, del medico; nuovamente mediatrice deroga al ruolo di interprete neutrale, non traducendo la risposta del paziente, ma rivolgendogli una domanda volta ad esplorarne il significato, per ricostruirla in termini medici, ossia come sintomo preciso. La nuova sequenza diadica monolingue inaugurata dall'iniziativa discorsiva della mediatrice si sviluppa nuovamente come sequenza di domande polari da parte della mediatrice, le quali proiettano un'azione del paziente nei termini dell'espressione di assenso o dissenso. Al turno 65, la mediatrice offre una traduzione differita, che rende disponibili al medico i significati prodotti nella sequenza diadica monolingue, attraverso cui l'originaria narrazione del paziente è stata trasformata in un sintomo con precisi riferimenti biomedici.

*Una situazione problematica: la gestione interattiva della reticenza del paziente* - Si è ritenuto di verificare che cosa accade quando nell'interazione si creano condizioni sfavorevoli alla partecipazione del paziente, poiché è in tali situazioni che si evidenziano le potenzialità della mediazione interlinguistica e interculturale di creare i presupposti del coordinamento interculturale.

Una situazione che si verifica frequentemente nel nostro corpus di dati, è quella in cui il paziente migrante appare reticente nell'offrire informazioni sul proprio stato di salute, sui propri sintomi e sulle proprie preoccupazioni. Questo comportamento rappresenta un pericolo sia per la procedura di cura in senso tecnico che per la costruzione di forme di adattamento interculturale, che presuppongono entrambe la partecipazione attiva del paziente. Precedenti ricerche sulla mediazione interlinguistica e interculturale hanno messo in evidenza come questa situazione viene affrontata dai mediatori in due modi:

1. come *opportunità empatica potenziale* offerta dal paziente (Beach e Dixon 2001). La reticenza del paziente viene problematizzata dal mediatore: se il paziente partecipa in modo limitato è perché c'è qualcosa che lo preoccupa, o che comunque lo coinvolge emotivamente. La ritrosia è quindi utilizzata come indicatore dello stato emotivo del paziente. Questo approccio è reso evidente nell'interazione da domande aperte, apprezzamento, ascolto attivo e rispecchiamento delle emozioni. La priorità è assegnata all'espressione della persona del paziente, intesa come passaggio cruciale verso un coordinamento interculturale basato sul sostegno affettivo;
2. come *comportamento strategico* (Baraldi et al., 2012), attuato dal paziente allo scopo di occultare comportamenti che il paziente sa essere sanzionabili, sia dal punto di vista medico sia moralmente. La reticenza del paziente viene osservata come strategia volta all'evitamento della sanzione. Questo approccio è reso evidente nell'interazione da interruzioni, da domande che proiettano una specifica risposta (domande che hanno spesso un formato polare, limitando quindi la possibilità di azione del paziente), da valutazioni esplicite e da rifiuti opposti ai contributi del paziente.

Un dato interessante è che nel nostro corpus di dati le reticenze del paziente non sono mai trattate come opportunità empatiche potenziali. La relativa marginalità di questo approccio, già evidenziato da altre ricerche, diventa nei nostri dati completa assenza. L'interpretazione della reticenza del paziente come comportamento strategico rappresenta quindi l'approccio delle mediatrici, ed appare costruito interattivamente attraverso domande strutturate lessicalmente, sintatticamente e collocate in punti specifici dell'interazione in modo da convogliare una marcata preferenza per una risposta che concordi con le presupposizioni della mediatrice, in modo da proiettare un corso dell'interazione dove le priorità, per la mediatrice, consistono nell'impedire che la reticenza della paziente ostacoli la cura medica, trattando questa reticenza come indicatore di un bisogno di educazione sanitaria e "morale". In questo approccio, le azioni della mediatrice non esplorano se la reticenza della paziente nasconde difficoltà emotive nel narrare dubbi, preoccupazioni, significati sociali e personali del disturbo. L'utente migrante è osservata non come persona ma come ruolo, da cui ci si aspetta allineamento all'azione dei rappresentanti del sistema della cura medica. A questo proposito, un atteggiamento reticente segnala il mancato adeguamento della paziente alle azioni del medico (mancate, o incomplete, risposte alle domande) e quindi il suo bisogno di educazione.

Nell'estratto 4, riportato sotto, la paziente accede all'ambulatorio di medicina generale lamentando dolori addominali che, come emerge nel corso dell'anamnesi, attribuisce ad una caduta. Tuttavia, nel corso dell'incontro, contraddistinto dalla sua reticenza nel rispondere alle sollecitazioni del medico, si configura la possibilità che possa essere incinta.

*Estratto 4. Reticenza del paziente osservata come strategia di nascondimento*

78 D: Ti fa male lì?

79 P: °Mhm°

80 M: You felt on something?

81 P: No, I felt on [°the pavement°

82 M: [on the pavement?

83 P: °Yeah°

84 D: Sul pavimento? (..) Quindi-

85 M: Non dovrebbe fare male, giusto? (..) Cioè, così.

- 86D: ((sospira)) Non hai preso dei [colpi?  
 87 M: [Infatti ho chiesto se è [caduta=  
 88 D: [Eh  
 89 M: =sopra a qualcosa.  
 90 D: No?  
 91 M: No.  
 92 D: Sul pavimento?  
 93 D: Sister, indaga sulle mestruazioni [Hai già buttato via la pipì?  
 94 M: [(??)  
 95 D1: Sì.  
 96 D: Eh.  
 97 D1: [(??)  
 98 M: [Niente, tornerà.  
 99 D1: No, no ma aspetta.  
 100 D: Eh no, chiedi.  
 101 M: Your last menstruation?  
 102 P: On the 8<sup>th</sup> of next, eh, last month.  
 103 M: Have you seen it this month?  
 104 P: No, °it doesn't come° (. ) I don't feel e::hm  
 105 M: You had unprotected sex?  
 106 P: °Yeah° I don't take prevention  
 107 M: You knew you are pregnant  
 108 P: °Mhm?°  
 109 M: You knew you are pregnant.  
 110 P: Pregnant.  
 111 M: You knew you could be pregnant?  
 112 P: °(That's true)°  
 113 M: Bene, you come here and you wasted my time. Okay, now you was supposed to go to the other side, not here.  
 114 P: Eh:[:  
 115 M: [We wasted (all that time)  
 116 D: [Eh, però quel dolore li potrebbero essere tante cose.  
 117 M: °Mhm (. ) è vero°

Al turno 80, la mediatrice assume un'iniziativa discorsiva formulando una domanda, non precedentemente formulata dal medico, che esplora le modalità dell'incidente domestico, proponendo alla paziente di allinearsi alla narrazione di "un modo normale di farsi male cadendo", ed utilizzando a questo scopo una domanda polare. Al turno 81, la paziente non offre la risposta attesa, ossia la conferma, proponendo una narrazione alternativa: la mediatrice sollecita quindi la paziente a ripetere la narrazione, segnalandone così l'eccentricità (turno 82). La debole conferma della paziente, offerta con lo stesso basso tono di voce con cui aveva offerto la narrazione alternativa, viene accettata dal medico (turno 84) ma non dalla mediatrice, che rende rilevanti i propri dubbi nell'interazione comunicandoli al medico, a cui chiede, rivolgendosi ad essa come ad un rappresentante del sapere esperto, di confermare la natura sorprendente della narrazione della paziente (turno 85). Al turno 86, il medico esprime il proprio scetticismo nei confronti del racconto della paziente, offrendole la possibilità di correggerlo ("non hai preso dei colpi?"); al turno 87, la mediatrice non si allinea al ruolo di interprete neutrale, non traducendo la domanda (che peraltro aveva già formulato precedentemente anticipando il medico) ma rivendicando preso il medico l'appropriatezza dell'iniziativa discorsiva assunta al turno 80.

Al turno 93, e poi ai turni 99 e 100, i due medici (D e D1) che partecipano all'incontro delegano alla mediatrice quello che è un compito incorporato al loro ruolo, ossia esplorare la possibilità che la paziente sia incinta. Questa duplice delega crea le condizioni per una sospensione della traduzione, in favore della creazione di una sequenza diadica monolingue tra mediatrice e paziente.

All'interno di questa diadica monolingue, la mediatrice inizialmente rispetta la delega ricevuta dai medici ma, al turno 105, dopo una risposta esitante della paziente, assume un'iniziativa discorsiva ed esplora la possibilità che la paziente attui un comportamento sessuale che potrebbe sostenere l'ipotesi della gravidanza. Dopo la conferma della paziente, al turno 107 la mediatrice formula una vera e propria accusa: alla luce del suo comportamento la paziente non poteva non sospettare di essere incinta; tuttavia, ha nascosto questa informazione. L'accusa non prende la forma di una domanda, ma di una asserzione, che proietta una limitata gamma di azioni successive possibili, nello specifico l'espressione di accordo/disaccordo, con una marcata preferenza per l'espressione di accordo. Al turno 108 la paziente invoca un problema di comprensione, che svolge la funzione di allentare la pressione temporale esercitata dall'asserzione della mediatrice, andando a riempire il "vuoto conversazionale" causato dall'assenza di risposta. Tuttavia, la mediatrice non si allinea a questo tentativo della paziente e ripropone l'asserzione, per rinnovare la pressione sulla paziente. La reticenza della paziente è trattata empaticamente, come segno di difficoltà sociali o personali, ma come strategia per nascondere comportamenti meritevoli di disistima. Le richieste di feedback sulla propria comprensione, le domande che hanno preparato la formulazione dell'accusa, e le successive asserzioni della mediatrice, si inseriscono tutte nella cornice di un "processo" alla paziente, piuttosto che in quella di una mediazione interlinguistica e interculturale che promuove l'espressione della persona.

L'eco prodotta dalla paziente al turno 110, è un'equivalente funzionale dell'invocazione di problemi di comprensione al turno 108, e come quella configura il tentativo di prendere tempo.

Un'apparente svolta si produce al turno 111, quando la mediatrice allenta la pressione sulla paziente, che fino al momento non aveva abbandonato la sua reticenza, riformulando l'asserzione aggiungendo il verbo modale "could". In questo modo, la mediatrice offre alla paziente la possibilità di ammettere la propria consapevolezza di una possibile gravidanza, senza per questo dover contestualmente ammettere di aver tenuto nascosta una informazione importante dal punto di vista medico. Nascondere l'ipotesi di essere incinta ("could") è meno grave che non nascondere la certezza di essere incinta: tuttavia, quando la paziente approfitta di questa apertura per ammettere di essersi presentata sapendo di poter essere incinta (turno 112), la mediatrice mette in evidenza, in modo molto brusco, i danni all'istituzione (quindi ad altri pazienti) causati dal suo comportamento (turno 113). L'iniziativa discorsiva della mediatrice, presa all'interno di una diadica monolingue, dalla quale il medico è escluso, stravolge la mediazione in censura morale, collocando sulla paziente un'etichetta di inadeguatezza sociale: una persona che si rivolge al sistema di cura non dovrebbe mentire, con il conseguente spreco di risorse a danno della collettività.

La reazione della paziente alla sanzione è debole, e si concretizza in un riempitivo ("eh", turno 114) che serve per mantenere il turno di parola pur senza produrre enunciati di senso compiuto, creandosi il tempo per costruire qualche giustificazione. La mediatrice non lascia spazio alla paziente, e neutralizza il tentativo di prendere tempo sovrapponendosi al prolungamento del riempitivo. Nel turno di parola conquistato a spese della paziente la mediatrice ribadisce i danni causati, in termini di spreco di risorse del sistema, dal suo comportamento. Ormai la condanna della paziente è stata formulata, e qualsiasi spiegazione è irrilevante; è però possibile chiedersi se la chiusura di ogni spazio di espressione della paziente, anche nelle forme di giustificazioni, non provochi la possibile perdita di informazioni utili dal punto di vista medico, oltre a bloccare di fatto la possibilità di espressione della persona, rendendo così possibili solo forme di coordinamento culturale centrate sulle aspettative del sistema della cura medica di cui la mediatrice si fa portavoce.

Certamente, l'etichettamento della paziente come deviante che, ricordiamolo, è prodotto dalla mediatrice senza alcun coinvolgimento del medico, non crea le condizioni favorevoli ad una sua partecipazione attiva all'incontro medico. Se da una parte è vero che paziente rimanga sulla difensiva, limitando i propri contributi fino alla reticenza, dall'altra parte è vero che la sua ricostruzione sociale come "imputata" di un processo morale allestito dalla mediatrice non può che assecondare questa tendenza.

Il trattamento della reticenza come comportamento strategico è sistematicamente seguito, una volta che il comportamento che la paziente voleva nascondere è reso pubblico, dalla sanzione morale da parte della mediatrice; all'interno delle sequenze diadiche monolingue si producono traiettorie "giuridiche", che partono dall'indizio (la reticenza) per sviluppare un'istruttoria che portano alla condanna (sanzione morale).

Al turno 116 è il medico che si auto-seleziona come parlante, sfruttando le prerogative connesse al proprio ruolo di rappresentante del sapere esperto, per chiudendo in questo modo la lunga sequenza diadica monolingue. Obiettivo dell'auto-selezione del medico è riportare al centro dell'interazione la cura del corpo, collocando in secondo piano la sanzione del comportamento della paziente; la mediatrice, al turno 117, si allinea alla posizione del medico, che resta la superiore autorità nel contesto dell'interazione.

L'estratto 4, nella sua parte conclusiva, testimonia un fenomeno ricorrente nei nostri dati, ossia il prodursi di dissonanza tra il medico, che è orientato dalla distinzione fondamentale tra salute e malattia e quindi assegna la priorità alla tutela della salute, a prescindere dai comportamenti della paziente, e la mediatrice, interessata invece a sanzionare il comportamento della paziente, individuando nella sanzione il primo passo di un percorso di "educazione".

### Conclusioni

L'attenzione verso le emozioni del paziente è invocata da numerosi testi come requisito base di una pratica efficace di mediazione, in linea con una graduale trasformazione dei presupposti culturali della comunicazione sanitaria (cfr., tra gli altri, Angelelli 2004; Heritage e Maynard 2006; Leanza et al. 2010; Luatti 2011; Mangione-Smith et al. 2003). In virtù di questa trasformazione ci si aspetta che il medico, pur nel suo ruolo, ascolti attivamente la prospettiva del paziente e ne apprezzi i suoi contributi, poiché l'espressione personale del paziente è considerata vantaggiosa nella relazione e nella cura della malattia. Concetti affascinanti, ma non sempre chiari, come "ascolto attivo" o "promozione della persona" hanno bisogno di essere supportati dall'analisi dell'interazione. Per questo motivo, riteniamo che le pratiche di mediazione potrebbero beneficiare dell'apporto di studi sociologici e linguistici incentrati sull'interazione e quindi in grado di evidenziare in che modo differenti tipologie di azione del mediatore, in particolare durante la traduzione di sequenze triadiche, possano promuovere, o inibire, l'espressione della persona del paziente.

I significati del ruolo di mediatore possono essere diversi; il mediatore assume diversi ruoli nel corso dell'interazione in base a specifici presupposti culturali che ne orientano le scelte traduttive, le quali, a loro volta, rendono questi presupposti culturali rilevanti, favorendo certe forme di partecipazione piuttosto che altre. La metodologia che abbiamo delineato permette di esaminare le pratiche interattive in cui si concretizzano tali presupposti. La nostra analisi conferma che i mediatori non solo e non tanto operano come facilitatori linguistici, ma soprattutto coordinano la comunicazione, distribuendo possibilità di partecipazione tra gli altri interlocutori.

I diversi modi di coordinare l'interazione da parte dei mediatori influiscono soprattutto sulla partecipazione dei pazienti, che può essere resa più o meno "invisibile" dalle scelte traduttive dei mediatori. Come illustrano gli esempi che abbiamo riportato, rappresentativi dell'intero corpus di dati, i mediatori possono promuovere la partecipazione dei pazienti, rendendo l'invisibile più visibile (cfr. estratto 3) oppure possono sostituirli, attribuendo loro azioni e intenzioni, rendendo i loro contributi difensivi o addirittura nulli, escludendone quindi la persona, l'emotività, i bisogni sociali e personali dell'interazione (cfr. estratto 4).

Se si prendono in considerazione le caratteristiche strutturali della mediazione interlinguistica e interculturale come interazione, la traduzione sospesa risulta molto più frequente rispetto alla traduzione turno per turno. La traduzione sospesa può essere attivata nella fase di raccolta dei dati e nella spiegazione di procedure standardizzate, in seguito a deleghe concesse dal medico alla mediatrice (cfr. estratto 1) o in seguito ad iniziative della mediatrice che si propone quale co-esperto a fianco del medico (cfr. estratto 2). In considerazione della sua maggior frequenza relativa, la nostra analisi si è concentrata sulla traduzione sospesa, focalizzando la ricerca sui modi in cui questa forma di organizzazione della mediazione interlinguistica e interculturale crea i presupposti del coordinamento

culturale oppure del coordinamento interculturale. Si è osservato se, e come, la traduzione sospesa inibisce o promuove l'emersione della persona del paziente, che rappresenta il medium dell'espressione di diversità nell'interazione, quindi il presupposto del coordinamento inter-culturale.

I nostri dati confermano come la traduzione, che restituisce al terzo interlocutore i significati prodotti nelle sequenze diadiche monolingue conseguenti alla sospensione della traduzione, sia la variabile decisiva per la produzione di coordinamento interculturale (cfr. estratto 3). Senza coinvolgimento del terzo partecipante nell'interazione non si ha coordinamento interculturale ma la creazione di due flussi di coordinamento culturale, imperniati sulla mediatrice, che isolano i due partecipanti primari, medico e paziente (cfr. estratto 2).

La traduzione, però, non è l'unico aspetto importante: anche le forme di coordinamento tra i due partecipanti delle sequenze diadiche monolingue hanno una influenza decisiva sull'andamento dell'interazione. Mediare significa anche permettere che i turni di parola vengano prodotti, una funzione che può essere compiuta in diversi modi e che, conseguentemente alla maggior frequenza della traduzione sospesa, trova nelle sequenze diadiche monolingue il suo contesto principale.

A questo proposito, abbiamo notato come le sequenze diadiche monolingue siano raramente occasione di promozione della "voce del paziente". Gli indici di questa forma di comunicazione, ossia domande aperte, apprezzamento, brevi turni che segnalano comprensione e disponibilità all'ascolto, assenza di valutazione, appaiono raramente nei turni delle mediatrici (cfr. estratto 3).

Nella società tardo-moderna si sta affermando un significato di cura medica che comprende non solo la risoluzione dei disturbi dal punto di vista bio-medico, ma anche la tutela del benessere del paziente in senso emotivo e sociale, e che per questa ragione richiede alla comunicazione di mettere al centro la persona del paziente (§1.2). La mediazione interlinguistica e interculturale è parte integrante di questa evoluzione, e ha l'obiettivo istituzionale di promuovere la persona del paziente migrante. Si è quindi ritenuto importante concentrarsi sulle situazioni che mettono alla prova la capacità della mediazione interlinguistica e interculturale di rendere rilevante la voce del paziente. Nel nostro corpus di dati, una di queste situazioni, la più frequente, è quella in cui il paziente appare reticente, bloccando alla base il coordinamento interculturale.

Nelle situazioni in cui il paziente appare reticente, le mediatrici osservano sistematicamente la reticenza del paziente come strategia di nascondimento di comportamenti che il paziente sa essere meritevoli di biasimo, poiché scorretti dal punto di vista morale e sanitario, e si impegnano a sovvertirla. All'interno di questo approccio, le sequenze diadiche monolingue assumono l'aspetto di una vera e propria istruttoria, volta a costringere il paziente ad ammettere il comportamento scorretto che la reticenza vorrebbe nascondere. Gli indici di questo approccio sono sovrapposizioni, serie di domande polari, asserzioni che obbligano la paziente ad esprimere assenso o dissenso all'interno di una traiettoria dell'interazione coerente con l'agenda della mediatrice (cfr. estratto 4).

Il risultato atteso di queste sequenze diadiche monolingue è la "confessione" della paziente, che rappresenta il presupposto della sanzione morale da parte della mediatrice. Ovviamente, all'interno di questo approccio l'espressione della persona del paziente è secondaria rispetto alla ricostruzione delle sue responsabilità ed alla loro sanzione; la partecipazione delle pazienti è limitata alla scelta tra difesa dalla, o allineamento alla, interpretazione della sua reticenza costruite dalla mediatrice. La paziente reticente rientra nell'interazione triadica solo come rappresentazione che ne offre la mediatrice riportando al medico i propri giudizi morali sulla paziente e proponendo all'esperto di collaborare nella sanzione del suo comportamento, e la sua voce resta quasi inaudibile.

Quando le mediatrici accedono al ruolo di rappresentanti dell'istituzione, perché delegate dal medico o perché invocano tale ruolo, così come quando assumono il ruolo di censori morali di comportamenti scorretti delle pazienti, la mediazione interlinguistica ed interculturale ha esiti paradossali, rendendo improbabile che le preoccupazioni, le incertezze, i bisogni, le preferenze, insomma, la persona del paziente oltre il ruolo standardizzato di "malato", acquisti rilevanza nell'interazione sanitaria.

In queste situazioni, la mediazione interlinguistica ed interculturale non realizza il proprio obiettivo istituzionale, ossia la promozione di un coordinamento interculturale che pone al centro della comunicazione sanitaria la persona del paziente ma, al contrario, alimenta esclusione sociale ed ostacola l'accesso delle pazienti migranti a pratiche di cura sensibili alla voce del loro "mondo della vita".



Un approccio microanalitico del tipo adottato in questo saggio può far luce sui meccanismi che regolano l'interazione mediata e contribuire ad accrescere la consapevolezza dei mediatori rispetto agli effetti che le loro iniziative, siano esse traduttive o conversazionali, hanno sui delicati equilibri delle interazioni che li vedono coinvolti.

*Appendice: convenzioni di trascrizione*

°testo°	volume basso
<u>testo</u>	enfasi
test-	parola troncata
te::sto	prolungamento di un suono (maggiore il numero di “:” più lungo il suono)
.	intonazione discendente
,	intonazione ascendente-discendente
?	intonazione ascendente
!	intonazione discendente-ascendente
hh	espirazione (maggiore il numero di “h” più lunga l’espirazione)
.hh	inspirazione (maggiore il numero di “h” più lunga l’inspirazione)
=	continuità di emissione vocale tra due espressioni
[testo]	inizio e fine di una sovrapposizione
(.)	pausa percepibile, ma brevissima/breve (<0.2 secondi/<0.5 secondi)
(#)	pausa indicata in secondi
(testo)	espressioni dubbie

## Riferimenti bibliografici

- Angelelli, C.V. (2004), *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press
- Arora, N.K. (2003), *Interacting with Cancer Patients: The Significance of Physicians' Communication Behaviour*, «Social Science & Medicine», 57: 791-806.
- Atkinson J.M., Heritage J.C. (1984), *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Baraldi C. (2012), *La comunicazione nella società globale. Le parole chiave*, Roma: Carocci.
- Baraldi C., Gavioli L. (2008), *La mediazione interlinguistica come dialogo tra culture?*, pp. 319-377. In: Baraldi, C., Ferrari, G. (a cura di) «Il dialogo tra culture. Diversità e conflitti come risorse di pace», Roma: Donzelli Editore.
- Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano: Franco Angeli.
- Baraldi C., Farini F. & Gavioli L. (2012). *La mediazione sanitaria e la visibilità del paziente (migrante)*. In: Baraldi C. (a cura di) «Gli invisibili. La condizione degli immigrati nella società», Acireale-Roma: Bonanno.
- Barbieri V., Farini F. (2009), *Mediated Doctor-patient Interaction. An Italian Case Study*. In: Busch D., Mayer C.H., Boness C. (eds) «International and Regional Perspectives on Cross-Cultural Mediation», Berlin: Peter Lang Verlag.
- Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N., Bradley C.P. (2001), *Giving Voice to the Lifeworld. More Human, More Effective Medical Care? A Qualitative Study of Doctor-Patient Communication in General Practice*, «Social Science & Medicine», 53: 487-505.
- Beach W.A., Dixon C.N. (2001), *Revealing Moments: Formulating Understandings of Adverse Experiences in a Health Appraisal Interview*, «Social Science & Medicine» 52: 25-44.
- Charles C., Gafni, A., Whelan, T. (1999), *Decision-making in the Physician-Patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision-making Model*. «Social Science & Medicine», 49: 651-661
- Cirillo L. (2010), *Managing Affect in Interpreter-Mediated Institutional Talk: Examples from the Medical Setting*, «The Journal of Specialised Translation», 14: 55-79.
- Davidson, B. (2000) "The Interpreter as Institutional Gatekeeper: The Social-Linguistic Role of Interpreters in Spanish-English Medical Discourse", «Journal of Sociolinguistics», 4(3): 379-405.
- Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, L.R., Duberstein, P.R. (2005), *Measuring Patient-centered Communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues*, «Social Science & Medicine», 61: 1516-1528.
- Farini F. (2012), *Interpreting as Mediation for the Bilingual Dialogue between Foreign Citizens and Institutions in Italian Healthcare Settings*, «Diversity in Health and Care», 9: 179-89.
- Gavioli L. (2009), *La mediazione Linguistico-Culturale: una prospettiva interazionista*, Perugia: Guerra.
- Gumperz, J.J. (2005), *Interethnic communication*. In S.E Kiesling e C.B. Paulston (eds.) *Intercultural Discourse and Communication. The Essential Readings*, pp. 33-44, Oxford: Blackwell.
- Heritage, J.C., Maynard, D.W. (2006), *Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hsieh E. (2010), *Provider-interpreter Collaboration in Bilingual Health Care: Competitions of Control over Interpreter-Mediated Interactions*, «Patient Education and Counselling» 78: 154-159
- Kiesler, D.J., Auerbach, S.M. (2003), *Integrating Measurement of Control and Affiliation in Studies of Physician-Patient Interaction: The Interpersonal Circumplex*, «Social Science & Medicine» 57: 1707-1722.

- Leanza Y, Boivin I, Rosenberg E (2010), *Interruptions and Resistance: A Comparison of Medical Consultations with Family and Trained Interpreters*. «Social Science & Medicine», 70: 1888-1895.
- Luatti L. (2011), *Mediatori atleti dell'incontro. Luoghi, modi e nodi della mediazione interculturale*, Brescia: Vannini Editrice.
- Mangione-Smith R, Stivers T, Elliot M *et al.*, (2003). *Online Commentaries during the Physical Examination: A Communication Tool for Avoiding Inappropriate Antibiotic Prescribing?* «Social Science & Medicine», 56: 313-320
- Mason I. (2001), *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*, Manchester: St. Jerome.
- Mead, N., Bower, P. (2000), *Patient Centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature*, «Social Science & Medicine», 51: 1087-1110.
- Meeuwesen L., Harnsen J., Bernsen R., Brujinzeels M. (2006), *Do Dutch Doctors Communicate Differently with Immigrant Patients than with Dutch Patients?*, «Social Science & Medicine» 63: 2407-2417
- Mishler, E. G. (1984), *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood (NJ): Ablex.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*. Glencoe: Free Press.
- Robinson, J. (2001), *Closing Medical Encounters: Two Physician Practices and their Implications for the Expression of Patients' Unstated Concerns*, «Social Science & Medicine» 53: 639-656.
- Sacks H., Schegloff E., Jefferson G. (1974), *A Simplest Systematics for the Organization of Turn-taking for Conversation*, «Language» 50: 696-735.
- Schegloff, E. A. (1972). *Sequencing in Conversational Openings*. In: J.J. Gumperz and D. Hymes (eds.) «Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication». New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Wadensjö C. (1998), *Interpreting as Interaction*, London/New York: Longman.
- Zandbelt L.C., Smets E.M.A., Oort F.J., Godfried M.H., de Haes H.C.J.M. (2006). *Determinants of Physician's Patient-centred Behaviour in the Medical Specialist Encounter*, «Social Science & Medicine» 63: 899-910.

