



ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**DIPARTIMENTO DI INTERPRETAZIONE E TRADUZIONE**

**CORSO DI LAUREA IN LINGUE, TECNOLOGIE E  
COMUNICAZIONE INTERCULTURALE**

# **Il ruolo degli interpreti informali negli ospedali psichiatrici del Sudafrica**

**Relatore**

**Prof. Eleonora Bernardi**

**Presentata da**

**Caterina Grieco**

---

**Sessione luglio 2026**

**Anno Accademico 2025/2026**

## **Indice**

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introduzione.....</b>                                                                                      | <b>4</b>  |
| <b>1. Il sistema sanitario sudafricano tra storia, lingua e disuguaglianze.....</b>                           | <b>7</b>  |
| 1.1 Dalle origini coloniali al regime apartheid.....                                                          | 7         |
| 1.2 La svolta democratica verso un Paese multilingue.....                                                     | 8         |
| 1.3 Il divario tra legislazione linguistica e realtà sanitaria.....                                           | 9         |
| <b>2. Il colloquio psichiatrico bilingue tra silenzi istituzionali e differenze culturali .....</b>           | <b>13</b> |
| 2.1 Dalla disuguaglianza strutturale ai modelli di interpretariato.....                                       | 13        |
| 2.2 Le conseguenze dell'incomprensione linguistica: dal silenziamento del paziente al disagio del medico..... | 15        |
| 2.3 Psichiatria occidentale e cultura Zulu: concezioni della malattia a confronto.....                        | 17        |
| 2.4 I fraintendimenti diagnostici tra lingua e cultura nel contesto sudafricano .....                         | 20        |
| <b>3. Gli interpreti informali nel colloquio psichiatrico.....</b>                                            | <b>23</b> |
| 3.1 L'assenza istituzionale degli interpreti professionisti.....                                              | 23        |
| 3.2 Interpreti informali negli ospedali psichiatrici sudafricani: profili e categorie.....                    | 24        |
| 3.3 Le competenze linguistiche degli interpreti informali.....                                                | 28        |
| 3.4 La formazione degli interpreti: tra carenze strutturali e progetti pilota.....                            | 29        |
| 3.5 Le conseguenze principali dell'interpretariato informale.....                                             | 31        |
| <b>Conclusioni.....</b>                                                                                       | <b>37</b> |
| <b>Bibliografia.....</b>                                                                                      | <b>41</b> |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Sitografia.....</b> | <b>47</b> |
|------------------------|-----------|

## Introduzione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'accesso equo all'assistenza sanitaria può essere ostacolato da numerosi fattori, tra i quali il reddito del Paese di residenza, l'età, il genere, l'etnia, lo status migratorio, il livello di istruzione e, non da ultimo, le crisi globali, come conflitti, crisi finanziarie e climatiche o pandemie (World Health Organization, 2025).

A questo quadro di disuguaglianze si aggiunge la diversità linguistica. Se da un lato questa sicuramente arricchisce la società, dall'altro può creare ostacoli significativi in settori essenziali come quello sanitario. In questo contesto, un caso interessante è rappresentato dal Sudafrica, che vive oggi un paradosso: il Paese si impegna riconoscendo una pluralità di lingue ufficiali, ma il sistema sanitario resta di fatto prevalentemente monolingue (Crawford, 1999: 29). Si tratta di una caratteristica da tempo radicata nella società sudafricana, legata alle politiche di segregazione dell'apartheid che continuano a influenzare la società odierna dopo circa 30 anni di democrazia, colpendo fortemente le popolazioni indigene *Bantu*, l'etnia nera<sup>1</sup> originaria della regione (Deumert, 2010: 53; Ayubi, 2023: 127).

Questo divario, che già rappresenta un limite significativo nell'assistenza sanitaria in generale, diventa un ostacolo ancor più evidente in ambito psichiatrico (Kilian, Swartz e Chiliza, 2015: 1). La psichiatria, infatti, si basa quasi interamente sulla comunicazione verbale, in cui il linguaggio è al tempo stesso mezzo di scambio e strumento diagnostico di fondamentale importanza. L'assenza di comunicazione, o meglio la difficoltà a comunicare nella lingua del medico o del paziente, può compromettere l'intero processo di cura. In questi casi, quindi, il clinico è costretto a fare affidamento solo sull'osservazione, riducendo di fatto l'intera diagnosi a quella che viene definita "psichiatria veterinaria", in cui il paziente perde la propria individualità (Drennan, 1999: 12).

Per ovviare a questa barriera e garantire un'assistenza più equa, le istituzioni dovrebbero poter contare su interpreti professionisti. Tuttavia, in Sudafrica il loro impiego in ambito sanitario è tutt'altro che sistematico o regolamentato: vi è una carenza quasi totale di interpreti formati, soprattutto in ambito medico e nel settore pubblico in generale (Habib et al., 2023: 1; Swartz et al., 2024: 2). La pratica più comune è quindi quella di ricorrere a soluzioni "ad hoc" e informali,

---

<sup>1</sup> In italiano, sia "nero" che "di colore" sono forme accettate (Accademia della Crusca, 2021: <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/nero-negro-e-di-colore/734>). In questo elaborato si è scelto di utilizzare "nero/nera" per evitare ambiguità con il termine *coloured*, che in Sudafrica indica una specifica categoria etnica distinta, storicamente classificata come tale dal regime dell'apartheid (si veda paragrafo 1.1).

come per esempio avvalersi di infermieri, addetti alle pulizie, guardie o familiari che, al momento del bisogno, condividendo la lingua del paziente, mediano tra paziente e medico. Queste persone non formate si trovano così a gestire enormi responsabilità cliniche ed emotive, impegnandosi in un ruolo complesso come quello dell'interprete senza formazione adeguata né alcun riconoscimento per il carico di lavoro aggiuntivo (Kilian et al., 2021). Svolgono in sostanza quello che viene definito un "lavoro di cura nascosto", invisibile ma essenziale (Smith et al., 2013: 494).

Questo elaborato analizza il ruolo e l'impatto di questi mediatori "ad hoc" all'interno degli ospedali psichiatrici sudafricani, attraverso una revisione della letteratura accademica esistente. La ricerca si concentra principalmente sulla popolazione *Bantu*, in modo specifico sulle culture del gruppo Nguni (di cui fanno parte le etnie Zulu, Xhosa, Ndebele e Swati), il più numeroso del Paese e il più citato nella letteratura sul tema. Il lavoro affronta le implicazioni etiche, culturali e relazionali della mediazione informale, interrogandosi su cosa significhi affidarsi a figure prive di formazione in un contesto in cui il linguaggio è, allo stesso tempo, strumento di diagnosi e spazio di cura.

Il primo capitolo ricostruisce il contesto storico e linguistico necessario a comprendere le disuguaglianze del sistema sanitario sudafricano. Si parte dalle origini della segregazione razziale fino all'apartheid, per poi passare alla transizione democratica del 1994 e al riconoscimento costituzionale delle undici lingue ufficiali. Si esamina infine il divario tra la legislazione sanitaria post-apartheid e la sua applicazione concreta, mostrando come le disuguaglianze linguistiche continuino a condizionare l'accesso alle cure.

Il secondo capitolo esamina il colloquio psichiatrico, mostrando come la barriera linguistica diventi qui un ostacolo clinico e non solo comunicativo. Si analizzano le conseguenze dell'incomprensione linguistica per pazienti e medici, dal silenziamento del paziente al disagio psicologico del personale sanitario. Il capitolo si chiude con un confronto tra psichiatria occidentale e concezioni Zulu della malattia, mostrando come anche le differenze culturali, oltre a quelle linguistiche, possano generare fraintendimenti diagnostici.

Il terzo capitolo si concentra infine sulla figura dell'interprete informale. Di fronte alla totale carenza istituzionale di mediatori professionisti, il sistema si affida quotidianamente a soluzioni "ad hoc", impiegando personale di supporto, infermieri o familiari. Il capitolo si chiude con le conseguenze dell'interpretariato informale, in particolare per quanto riguarda riservatezza, rapporto medico-paziente e benessere psicologico di chi traduce.



## 1. Il sistema sanitario sudafricano tra storia, lingua e disuguaglianze

### 1.1 Dalle origini coloniali al regime apartheid

Per comprendere al meglio l'attuale struttura del sistema sanitario sudafricano, caratterizzata da profonde disuguaglianze e barriere linguistiche, è necessario ripercorrere la storia recente del Paese. La discriminazione e lo sfruttamento su base razziale in Sudafrica sono sorti ben prima dell'introduzione della legislazione dell'apartheid dopo la Seconda Guerra Mondiale: le loro radici storiche risalgono ai secoli precedenti, più precisamente all'arrivo dei primi coloni olandesi (gli *afrikaners*), a partire dal XVII secolo, e dei britannici nel XIX secolo. Queste potenze coloniali misero in piedi un sistema di separazione della vita sociale e politica, inizialmente basato su differenze economiche e di accesso ai territori, che si trasformò poi in una vera e propria segregazione di Stato (Sorsdahl et al., 2023: 849).

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, mentre le altre nazioni europee iniziavano il processo di decolonizzazione, la popolazione bianca in Sudafrica consolidò invece il proprio potere e i propri privilegi (Ayubi, 2023: 126). L'ideatore principale di questo sistema fu il Primo Ministro Hendrik Verwoerd, il quale sosteneva che ogni gruppo etnico dovesse svilupparsi separatamente, salvaguardando però la supremazia degli interessi dei bianchi, considerati "civilizzati" (ibid.:125). L'*apartheid* (dall'*afrikaans* "separazione") divenne una politica di Stato ufficiale nel 1948, quando il Partito Nazionale (*National Party*), guidato da Daniel François Malan, vinse le elezioni. Nel 1950 furono emanate varie leggi, come il *Group Areas Act*, che furono decisive per la suddivisione della popolazione in quattro categorie principali (bianchi, neri o *Bantu*, persone di colore o *coloured* e asiatici) e la successiva ripartizione del territorio nazionale su tale base. Ai neri (72% della popolazione) spettava solo il 14% del territorio ed erano confinati in aree chiamate "Bantustan" o "Homelands", zone povere e sovrappopolate. A livello socioeconomico, il sistema era caratterizzato da offerte di lavoro limitate, dal divieto assoluto di matrimoni interrazziali e da un'istruzione differenziata, come stabilito dal *Bantu Education Act* (ibid.: 127). Inoltre, il governo introdusse leggi di pubblica sicurezza molto rigide, che reprimevano con pugno di ferro qualsiasi tentativo di opporsi all'apartheid. Fu così che il Sudafrica si trasformò in uno Stato di polizia (ibid.:125).

Ciononostante, per decenni la maggioranza della popolazione nera continuò ad opporsi alla dominazione bianca, dando luogo a un lungo periodo di proteste e violenze. Uno degli eventi più emblematici, che segnò profondamente la storia del Paese, fu la rivolta di Soweto del 1976,

durante la quale migliaia di studenti neri delle scuole superiori protestarono contro l'imposizione nelle scuole pubbliche della lingua afrikaans, vista come "lingua degli oppressori", a scapito delle lingue locali come l'isiXhosa (Gukelberger, 2020: 3). Durante la protesta, gli scontri con la polizia divennero violenti e il numero delle vittime arrivò a circa 570. Il massacro radicalizzò la protesta e spinse numerosi giovani ad aderire a movimenti di resistenza clandestina (Ayubi, 2023: 128).

Una delle figure centrali nella lotta contro l'apartheid fu senza dubbio quella di Nelson Mandela. Fu presidente dell'African National Congress (ANC), un movimento di liberazione e, inizialmente, sostenitore di una lotta pacifica. Tuttavia, dopo i ripetuti massacri da parte del regime, si convinse che la lotta non violenta non fosse più efficace e fondò l'ala militare dell'ANC (*Umkhonto we sizwe*, dall'isiXhosa "Lancia della nazione"), avviando continue azioni di sabotaggio e guerriglia. Nel 1964 Mandela fu arrestato e condannato all'ergastolo e, al momento della lettura della sentenza in tribunale, dichiarò con fermezza di essere pronto a morire per difendere la dignità e i diritti di tutti in Sudafrica.

Solo molti anni dopo però, più precisamente nel febbraio del 1990, il sistema crollò definitivamente. Ne determinarono la fine la continua opposizione dei movimenti antiapartheid e le forti pressioni dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (UNGA), che condannò l'apartheid come crimine contro l'umanità. L'11 febbraio del 1990, il presidente del Partito Nazionale F.W. De Klerk liberò Nelson Mandela dopo 27 anni di prigionia e, da quel momento, le leggi dell'apartheid vennero gradualmente smantellate. Nel 1994 si tennero le prime elezioni democratiche e non discriminatorie: l'ANC ottenne una vittoria schiacciante e Nelson Mandela divenne così il primo presidente nero del Sudafrica (ibid.: 129,130).

### *1.2 La svolta democratica verso un Paese multilingue*

Il periodo storico di transizione democratica raggiunse il suo apice nel 1996, con l'approvazione di una nuova Costituzione, considerata una delle più all'avanguardia a livello globale. Uno degli elementi fondamentali della nuova Costituzione è l'impegno a favorire l'uguaglianza, condannando ogni tipo di discriminazione basata su etnia o ceto sociale, con l'obiettivo di unificare l'intera popolazione attraverso il concetto di "nazione arcobaleno" (Ndhlovu e Makalela, 2022: 5). In quest'ottica, la Costituzione ha conferito pari dignità e valore alle lingue indigene del Paese, da sempre marginalizzate (Drennan e Swartz, 1999: 171). Questa volontà viene espressa in modo chiaro all'articolo 6, in cui si dichiara che «[r]ecognizing the historically

diminished use and status of the indigenous languages of our people, the state must take practical and positive measures to elevate the status and advance the use of these languages» (RSA, section 6 (2), citato in Ndhlovu e Makalela, 2022: 5). In seguito a questo impegno sono state quindi riconosciute undici lingue ufficiali a livello nazionale: sepedi, sesotho, setswana, isiZulu, isiXhosa, isiNdebele, siSwati, tshivenda, xitsonga, inglese e afrikaans (Ndhlovu e Makalela, 2022: 5).

Questa classificazione in undici lingue ufficiali distinte riflette, tuttavia, una frammentazione imposta dai missionari europei in epoca coloniale, la quale non corrisponde alla reale situazione linguistica del Paese. La gran parte della popolazione nera in Sudafrica appartiene infatti a due macro-gruppi linguistici, i cui parlanti si comprendono reciprocamente senza bisogno di apprendere formalmente le lingue altrui: il gruppo Nguni, che raggruppa isiZulu, isiXhosa, isiNdebele e siSwati, e il gruppo Sotho, che unisce il sepedi, il setswana e il sesotho. Dato che il gruppo linguistico Nguni è il più antico e diffuso, risalente a popolazioni che si sono insediate in Sudafrica circa 1400 anni fa, l'isiZulu e l'isiXhosa sono oggi tra le lingue più parlate nel Paese, rispettivamente dal 22,7% e 16% della popolazione (ibid.: 25, 42). Tuttavia, al terzo posto delle lingue più parlate in Sudafrica non figura una lingua indigena, bensì l'afrikaans (13,5% della popolazione), lingua creola nata dai contatti tra coloni olandesi, schiavi importati e popolazioni indigene. Questa lingua, potente simbolo del nazionalismo afrikaner, è di fatto diventata la lingua imposta "dall'oppressore" durante il regime apartheid. Ancora oggi afrikaans e inglese rimangono le lingue dominanti e vengono utilizzate come lingue franche nei contesti istituzionali (ibid.: 25); questo avviene nonostante entrambe siano parlate come lingua madre solo da una piccola minoranza della popolazione. L'inglese, ad esempio, è la prima lingua per circa il 9% dei sudafricani ed è compreso da appena il 32% della popolazione nera (Schuring, 1993, citato in Drennan e Swartz, 1999: 171). Una dinamica molto simile riguarda l'afrikaans, utilizzato da solo il 10,6% della popolazione totale (Statistics South Africa, 2023: 5). Sebbene sia molto radicato tra il gruppo etnico *coloured* (72,6%) e bianco (58%), l'afrikaans è utilizzato appena dallo 0,5% dei cittadini appartenenti al gruppo etnico nero, i quali costituiscono la stragrande maggioranza del Paese (ibid., 2023: 8).

### *1.3 Il divario tra legislazione linguistica e realtà sanitaria*

Negli anni successivi all'apartheid, una serie di documenti e iniziative volti a riformare l'accesso ai servizi pubblici hanno cercato di mettere in pratica le promesse costituzionali in materia di equità linguistica. Il primo passo significativo in questa direzione è stato il *White*

*Paper on Transforming Public Service Delivery* del 1997, noto come *Batho Pele* (espressione che significa “Le persone prima di tutto”). Questo documento rappresenta una dichiarazione di intenti del Governo sudafricano verso una trasformazione completa della comunicazione a livello istituzionale (Deumert, 2010: 53). Il testo suggerisce che le informazioni istituzionali di ogni tipo ad uso e consumo del cittadino debbano essere fornite in una pluralità di mezzi e di lingue, per garantire l’inclusione di tutti coloro che in passato sono stati discriminati proprio a causa di barriere linguistiche o etniche (Department of Public Service and Administration, 1997: 13).

Tuttavia, applicare questi principi così generali alla realtà complessa del sistema sanitario sudafricano ha significato scontrarsi con una realtà segnata da disuguaglianze strutturali ben radicate (Deumert, 2010: 53). Durante l’apartheid, infatti, all’interno delle strutture ospedaliere vigeva una rigida gerarchia basata sull’etnia: i lavoratori bianchi occupavano le posizioni mediche e di supervisione, mentre i lavoratori neri svolgevano mansioni manuali e di supporto. Questa divisione comportava enormi disparità salariali: al personale nero spettavano fondi per vitto e alloggio decisamente inferiori (Noble, 2024: 457). La disuguaglianza, seppur in forme diverse, continua a influenzare la qualità dell’assistenza in Sudafrica ancora oggi: una caratteristica molto radicata rimane il predominio bilingue del personale medico, che si esprime quasi esclusivamente in afrikaans e inglese (Swartz e Drennan, 2000: 185,186). Ciò è dovuto al fatto che, a partire dal 1948, per lavorare negli ospedali pubblici i medici erano obbligati a dimostrare di avere competenza in queste due lingue, mentre nessuna autorità ha mai richiesto o incoraggiato l’apprendimento di una lingua sudafricana indigena (Drennan, 1999: 7), e a una serie di fattori socio-economici che analizzeremo più nel dettaglio al capitolo 2.1. Questa politica, che faceva parte delle pratiche di controllo esercitate dal regime dell’apartheid, ha fatto sì che ancora oggi pochissimi medici parlino le lingue indigene dei loro pazienti (Swartz e Drennan, 2000: 185,186).

Per contrastare questo predominio linguistico, le istituzioni hanno adottato diverse misure e, nello specifico, sono due i documenti normativi più rilevanti, la *Patients’ Rights Charter* e il *National Health Act*. La prima è un testo che stabilisce i diritti e le responsabilità dei cittadini in ambito medico, con lo scopo di garantire uno standard comune di accesso alle cure. Il documento è stato emanato dal Dipartimento della Salute della Repubblica del Sudafrica (*Department of Health*), in linea con i diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione sudafricana. Stabilisce al punto VII che le informazioni sulla disponibilità dei servizi sanitari e

sul loro utilizzo debbano essere fornite in una lingua compresa dal paziente (National Department of Health, 1999: 1). Il *National Health Act* (Atto N. 61 del 2003) è un atto legislativo che stabilisce delle linee guida per creare un sistema sanitario omogeneo a livello nazionale, con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini il diritto alle cure mediche. Più nel dettaglio, per quanto riguarda la comunicazione clinica, impone al personale sanitario un dovere preciso: informare i pazienti sulle loro condizioni e sulle opzioni terapeutiche disponibili, quando è possibile, in una lingua comprensibile al malato e con modalità adeguate al suo livello di alfabetizzazione (Republic of South Africa, 2004: 3,12). Tuttavia, l'aggiunta della clausola "quando è possibile" (*where possible*) crea un contrasto con altre sezioni della Costituzione sudafricana. In particolare, questo lo dimostra l'Articolo 35, il quale garantisce a chiunque venga arrestato o detenuto il diritto di essere processato in una lingua comprensibile o, in alternativa, di avere a disposizione un servizio di interpretariato (Constitution of the Republic of South Africa, 1996: 36). Questo evidenzia una contraddizione fra istituzioni, per cui nel sistema giudiziario la mediazione linguistica è un diritto per garantire un processo equo, mentre nel sistema sanitario resta un ideale.

Ne consegue che, nonostante le promesse dello Stato, la strada verso la democrazia non ha portato a un cambiamento sostanziale in termini di accesso equo all'assistenza sanitaria pubblica, soprattutto dal punto di vista linguistico (Hagan et al., 2020: 2). Nel periodo post-apartheid, la speranza di creare un sistema sanitario nazionale che fosse unificato e accessibile in ogni lingua ufficiale si è presto scontrata con la dura realtà (Swartz e Kilian, 2014: 702) poiché l'accesso e la qualità delle cure rimangono ancora fortemente legati allo status socioeconomico e al gruppo etnico di appartenenza (Hanft-Robert et al., 2024: 3). Questo divario sociale si aggrava notevolmente anche a causa di un'importante disparità di risorse: la sanità privata spende per ogni paziente circa sei volte di più rispetto a quella pubblica (Deumert, 2010: 53). Ad oggi, il sistema sudafricano si fonda su una divisione a "due livelli", in cui un settore privato d'eccellenza, dove opera il 79% dei medici e che assorbe metà dei fondi nazionali, è riservato ad appena il 16% della popolazione (Maseko e Harris, 2018: 22,23). Il settore privato rimane accessibile a due terzi della popolazione bianca e ad appena il 7% di quella nera (Deumert, 2010: 53), a dimostrazione di come etnia e classe sociale continuino a definire la qualità delle cure a disposizione. Di conseguenza, le strutture pubbliche rimangono l'unica opzione, spesso carente, per la maggioranza dei cittadini dei gruppi etnici locali, ovvero che non parlano inglese o afrikaans. Purtroppo, si tratta altresì di strutture pubbliche che affrontano problematiche di sovraffollamento e carenza di personale, dovendo allo stesso tempo

assistere la parte di popolazione più colpita da povertà, violenza e malattie come HIV/AIDS e tubercolosi (ibid.: 53).

In questo contesto di emergenza e in un sistema che lotta per garantire i livelli minimi di assistenza sanitaria, il diritto a un'assistenza adeguata a livello linguistico passa in secondo piano (ibid.: 55). Come ammette un medico citato da Deumert (2010) parlando *della Patients' Rights Charter*<sup>2</sup>: «The patients' charter which you see on the wall, it's glanced at, we can't live to ideals like that». Di fatto, documenti come quelli sopra citati stabiliscono il diritto alla comprensione linguistica, ma non specificano in concreto come garantire questa parità di trattamento in campo sanitario (Deumert, 2010: 55). Ne deriva che, nonostante il riconoscimento ufficiale del multilinguismo da parte dello Stato, l'accesso a un'assistenza sanitaria realmente inclusiva continua a dipendere dalle possibilità concrete delle singole strutture ospedaliere.

In sintesi, il sistema sanitario sudafricano sconta ancora oggi l'eredità del suo passato: nonostante le garanzie costituzionali, il dominio di inglese e afrikaans nella comunicazione medica continua a generare profonde disparità nell'accesso alle cure. Il capitolo seguente si concentrerà sull'ambito in cui le conseguenze della barriera linguistica risultano più gravi, ovvero la psichiatria. Verranno analizzati i principali modelli di interpretariato adottati nel Paese, le conseguenze cliniche del “silenziamento” del paziente e il conflitto tra l'approccio diagnostico occidentale e le concezioni tradizionali africane della malattia.

---

<sup>2</sup> Documento del Dipartimento della Salute sudafricano (1999) che, per correggere le disuguaglianze storiche, stabilisce diritti e doveri dei pazienti, tra cui privacy e informazioni cliniche in lingua comprensibile, garantendo l'accesso universale alle cure.

## **2. Il colloquio psichiatrico bilingue tra silenzi istituzionali e differenze culturali**

### *2.1 Dalla disuguaglianza strutturale ai modelli di interpretariato*

Come evidenziato nel capitolo precedente, l'eredità del colonialismo e dell'apartheid continua a influenzare in modo profondo il processo di cura in Sudafrica (Crawford, 1999: 29; Drennan, 1999: 11), dove l'inglese e l'afrikaans si sono affermati come le lingue dominanti all'interno delle istituzioni statali e sanitarie, mentre le lingue locali sono state escluse dalle sfere del potere (Drennan e Swartz, 1999: 171). Di conseguenza, i professionisti della salute mentale e i pazienti condividono raramente la stessa lingua madre (Habib et al., 2023: 1): una disparità linguistica che si riflette su entrambe le parti del colloquio clinico, ma che penalizza maggiormente i pazienti più poveri, non anglofoni e appartenenti a gruppi etnici storicamente emarginati. A peggiorare la situazione è il fatto che la maggioranza dei professionisti della salute mentale continua a parlare prevalentemente inglese e afrikaans (Hanft-Robert et al., 2024: 2) e ad essere in maggioranza bianchi (oltre il 65% contro il 17% di neri africani), per ragioni storiche precise: per decenni la psichiatria ha escluso la comunità nera, contribuendo così a legittimare teorie di inferiorità razziale della popolazione sudafricana (Padmanabhanunni et al., 2022: 360). Ancora oggi, squilibri socio-economici, criteri di selezione rigidi e curriculum universitari ritenuti "eurocentrici" sono tra i fattori che continuano a svantaggiare i candidati provenienti da contesti più difficili e parlanti di lingue locali (ibid.: 363). A ciò si aggiunge il fatto che una larga parte della popolazione nera, storicamente colpita da povertà e disoccupazione, non dispone delle risorse necessarie per affrontare percorsi universitari lunghi e costosi come quelli in ambito clinico e psicologico, rendendo queste professioni di fatto poco accessibili a chi proviene da contesti svantaggiati (Adonis, 2025: 1623; Benjamin, 2025: 60,61; Padmanabhanunni et al., 2022: 363).

A queste disuguaglianze strutturali si aggiunge quindi il problema della barriera linguistica tra medico e paziente, per affrontare la quale il sistema sanitario sudafricano ha adottato in passato due modelli principali per l'impiego degli interpreti. Il primo, definito modello "add-on" (aggiuntivo), prevedeva l'assunzione di mediatori a tempo pieno all'interno delle istituzioni. È il caso del National Language Project (NLP), un'organizzazione non governativa con sede a Città del Capo che, grazie a finanziamenti esterni, avviò nel 1996 programmi specifici per la formazione e l'impiego di interpreti sanitari di comunità in alcuni grandi ospedali del Paese. L'obiettivo era far finalmente riconoscere alle autorità provinciali questi professionisti come figure essenziali per offrire assistenza nei contesti in cui le differenze linguistiche ostacolavano

le cure (Erasmus, 2000: 198). Il secondo approccio, noto come modello “add-in” (integrativo), puntava invece a formalizzare e professionalizzare una pratica già esistente, ovvero quella di ricorrere al personale degli ospedali come interpreti informali. Questa strada fu seguita dalla Unit for Language Facilitation and Empowerment (ULFE), fondata nel 1992 dal Dipartimento di Linguistica dell’Università dell’Orange Free State in collaborazione con l’IDASA e il governo canadese (ibid.: 198). L’ULFE organizzava corsi di formazione per dipendenti ospedalieri già in servizio, con contenuti che spaziavano dalla sensibilità culturale all’apprendimento di terminologia medica nelle lingue africane indigene, fino alle procedure di collaborazione con gli interpreti (ibid.: 199, 200).

Tuttavia, nessuno di questi programmi riuscì a sopravvivere nel lungo periodo: trattandosi di iniziative legate a fondi esterni e a collaborazioni internazionali, una volta esauriti i finanziamenti le istituzioni pubbliche sudafricane non furono in grado di sostenerne le spese autonomamente. Il fallimento di questi modelli ha lasciato così le strutture mediche senza risorse, spingendole verso soluzioni improvvisate e informali che, come si vedrà nel paragrafo seguente, continuano a caratterizzare la psichiatria sudafricana ancora oggi (Drennan e Swartz, 1999: 189). Ne è un esempio concreto l’ospedale Groote Schuur di Città del Capo, il quale ha a disposizione un numero molto ridotto di professionisti, talvolta non più di quattro per l’intera struttura (Lesch e Saulse, 2014: 337); una situazione che si aggrava ulteriormente allo scadere di finanziamenti esterni come quello dell’ULFE (Saulse, 2010: 41), lasciando gli ospedali improvvisamente sprovvisti di qualsiasi assistenza formale (Lesch e Saulse, 2014: 346).

In assenza di risorse stabili, gli ospedali si vedono quindi costretti ad adottare quotidianamente soluzioni “ad hoc”, una prassi ormai pienamente normalizzata nel contesto psichiatrico sudafricano (Drennan e Swartz, 1999: 171). Questa “normalizzazione”, tuttavia, ha conseguenze serie: da un lato rende invisibili le enormi sfide linguistiche e cliniche che ne derivano (Drennan e Swartz, 2002: 1854), nascondendo dinamiche di potere politico e sociale (Smith et al., 2013: 495); dall’altro lato, scarica il peso della mediazione su figure prive di tutela o formazione ufficiale, compromettendo seriamente la qualità delle cure offerte e mettendo costantemente a rischio il successo del percorso terapeutico del paziente (Kilian et al., 2014: 159).

## *2.2 Le conseguenze dell'incomprensione linguistica: dal silenziamento del paziente al disagio del medico*

Nel contesto medico generale, le barriere linguistiche rappresentano sicuramente una difficoltà, ma il clinico può comunque affidarsi a esami fisici, dati oggettivi e osservazione diretta. In psichiatria, invece, l'impossibilità di comunicare non è un semplice ostacolo: colpisce l'essenza stessa della cura (Swartz e Kilian, 2014: 701). Questa disciplina, infatti, si affida quasi interamente al linguaggio come strumento di diagnosi, attraverso cui il clinico analizza i processi di pensiero e le esperienze emotive del paziente (Kilian et al., 2014: 159). Ne consegue che, quando questa comunicazione viene meno, non solo la diagnosi risulta compromessa, ma diventa impossibile costruire quell'alleanza terapeutica che è alla base di qualsiasi percorso di cura (Hagan et al., 2020: 2). In presenza di una barriera linguistica, come osserva Drennan (1999: 13), la persona visitata è resa estranea al contesto e privata del diritto di esprimersi; al contempo, senza la voce del paziente, il clinico non ha accesso alla storia personale del malato e finisce per affidare il proprio giudizio unicamente all'osservazione visiva (Deumert, 2010: 57). L'effetto di questo meccanismo è un vero e proprio "silenziamento", dove il paziente viene relegato a un ruolo passivo, escluso dalla partecipazione al proprio percorso di cura e privato della propria autonomia e soggettività (ibid.: 31,58).

Drennan e Swartz (2002: 1857) riportano un caso emblematico di questa dinamica. Si tratta di un giovane paziente al suo primo ricovero psichiatrico, gestito per oltre un mese senza l'ausilio di un interprete poiché in grado di pronunciare solo poche frasi basilari in inglese e afrikaans. Invece di riconoscere la barriera comunicativa, il medico ha interpretato il vocabolario ridotto e le risposte brevi del paziente come "povertà di pensiero", un sintomo negativo tipico della schizofrenia. Le altre figure professionali del reparto notavano invece il bisogno di un mediatore, ma il clinico ha continuato a leggere come sintomo psichiatrico quello che era solo un problema di lingua. Questa dinamica viene definita come una "crudele ironia": proprio perché il paziente parlava poco inglese, il medico ha avuto un pretesto per non chiamare l'interprete. Così, una semplice difficoltà nell'esprimersi in una seconda lingua è stata scambiata per una malattia, senza tenere conto delle reali capacità del paziente.

A questo si aggiunge un altro meccanismo, che aiuta a spiegare casi come quello appena descritto: quando i pazienti sono costretti a comunicare in una seconda o terza lingua, devono affrontare uno sforzo continuo nel tradurre i propri pensieri prima di esprimerli a voce. Questo li rende molto più cauti e difensivi durante il colloquio psichiatrico, portandoli a nascondere

con maggiore facilità i sintomi più complessi (Hagan et al., 2020: 5). Tuttavia, questo sforzo viene meno nei momenti di maggiore criticità: durante gli episodi di psicosi acuta o nelle fasi di mania, i malati regrediscono all'uso esclusivo della loro lingua madre. È proprio in queste situazioni più critiche che emerge un paradosso: quando sarebbe fondamentale per la diagnosi accedere al mondo interiore del paziente, la barriera linguistica diventa insuperabile (ibid.: 3).

In questa mancanza di comunicazione, i medici si ritrovano a formulare la diagnosi basandosi solo sull'osservazione visiva e sulla propria comprensione dei fatti. L'effetto diretto è che i pazienti finiscono per subire le conseguenze della cosiddetta "psichiatria veterinaria": una metafora secondo la quale vengono valutati come fossero animali, unicamente in base ai loro comportamenti visibili, tra questi il livello di aggressività, il mutismo, la perdita di appetito e la manifestazione di effetti collaterali causati dall'assunzione di certi farmaci (Drennan, 1999: 12). Sulla base di questi soli elementi visivi, i medici prendono decisioni mediche fondamentali: stabiliscono le diagnosi, prescrivono le terapie farmacologiche e dimettono i pazienti (Swartz e Drennan, 2000: 188).

Infine, le ripercussioni di tale prassi ricadono sulla fiducia del paziente e si manifestano in particolare su tre livelli: l'abbandono precoce delle cure, un comportamento di evitamento e un profondo disagio emotivo. A causa delle difficoltà comunicative, infatti, i malati non comprendono appieno né la propria condizione né le opzioni terapeutiche disponibili. Di conseguenza, tendono ad abbandonare molto presto le cure prescritte e finiscono per sentirsi "derubati" dell'assistenza medica. Lo afferma un paziente intervistato da Deumert (2010: 58): *«ugqhirha ukewandi-roba apha, wathi mandiphume ndingaphilanga»* («a doctor robbed me here, he said I must go [home] when I wasn't well»). A questo si aggiunge un vero e proprio comportamento di evitamento: le persone che non si sentono a proprio agio nell'utilizzare la lingua parlata dai medici hanno minori probabilità di accedere regolarmente all'assistenza sanitaria. I pazienti, infatti, finiscono per rivolgersi alle strutture psichiatriche solo in situazioni di estrema necessità, ad esempio quando la malattia ha ormai raggiunto stadi molto avanzati. Questo evitamento è dovuto ad un disagio emotivo dato dal fatto che i malati percepiscono spesso l'ospedale come un ambiente estraneo e minaccioso, arrivando talvolta a temere il ricovero, visto come un primo passo verso la morte (Crawford, 1999: 36).

Il disagio vissuto dai pazienti di fronte a queste difficoltà rimane spesso invisibile alle istituzioni psichiatriche, che continuano a considerare le lingue dominanti come la norma del contesto medico. Di conseguenza, chi parla una lingua locale viene facilmente percepito come estraneo

o come appartenente a una minoranza. Le strutture sanitarie finiscono così per adottare lo stesso approccio terapeutico per tutti i pazienti, senza riconoscere le differenze linguistiche e culturali che, invece, influenzano fortemente il percorso di cura (Drennan, 1999: 13). Come già evidenziato al paragrafo 1.3, questo scenario viene aggravato dalla mancanza di norme linguistiche ben definite e dalla scarsa disponibilità di fondi destinati a impiegare interpreti formati (Kilian et al., 2010: 312). A ciò si aggiunge il fatto che, poiché le istituzioni devono gestire quotidianamente numerose criticità strutturali, la questione della barriera linguistica passa spesso in secondo piano.

Con il tempo, le difficoltà comunicative sono diventate così parte della routine psichiatrica e hanno finito per essere percepite come inevitabili (Drennan e Swartz, 1999: 172). Per riuscire a gestire il lavoro quotidiano, il sistema sanitario è solito dare la priorità alle funzioni amministrative e di controllo, una dinamica che favorisce una concezione della cura basata su procedure riduttive (Swartz e Drennan, 2000: 191), quella che Kilian et al. (2014: 160) definiscono “economy of health care”, ovvero “economia della sanità”. Paradossalmente, infatti, la mancanza di una lingua condivisa offre persino dei vantaggi pratici: quando i medici non comprendono i pazienti, il processo burocratico per gestire i malati risulta molto più rapido ed efficiente. Al contrario, se il medico tentasse realmente di comprendere ciò che il paziente sta dicendo, l’interazione diventerebbe complessa e richiederebbe molto più tempo (Swartz e Kilian, 2014: 708). Per questo motivo, i colloqui psichiatrici si trasformano in semplici strumenti amministrativi per valutare le problematiche dei pazienti nel minor tempo possibile (Swartz e Drennan, 2000 citati in Kilian et al., 2014: 164). Ancora una volta, l’ostacolo linguistico sfocia così in un silenziamento istituzionale, privando i pazienti della possibilità di partecipare attivamente al proprio percorso di cura mentale (Deumert, 2010: 58).

Tuttavia, questa logica si rivela profondamente inefficace: è contraddittorio, infatti, che una prassi considerata “economica” finisca per generare costi collaterali elevati per il sistema sanitario e compromettere l’accesso alle cure. Deumert (2010: 54-58) evidenzia come il rischio di incomprensioni durante la diagnosi aumenti drasticamente e come i medici possano prescrivere esami clinici non necessari, ritardando l’inizio delle terapie. I pazienti, di conseguenza, ricevono frequentemente trattamenti farmacologici inadeguati, portando a ricoveri spesso evitabili.

Queste inefficienze, però, ricadono inevitabilmente anche sul personale medico, aggravando un contesto lavorativo già estremamente difficile. Mantenere questo apparente *status quo* e

ricorrere alla cosiddetta “psichiatria veterinaria” risponde quindi anche a un’altra esigenza: rappresenta uno strumento di difesa psicologica per lo stesso personale sanitario (Swartz e Drennan, 2000: 193). Di fatto, lavorare in ospedali sovraccarichi e non riuscire a comprendere i propri pazienti può generare frustrazione, ansia e rassegnazione nei medici e può portare, secondo Drennan (1999:15), ad adottare un atteggiamento distaccato che fornirebbe ai medici una sorta di protezione emotiva e li aiuterebbe a prendere le distanze da un carico di sofferenza umana a cui, in assenza di interpreti e risorse adeguate, non avrebbero comunque i mezzi per rispondere in modo efficace (Swartz e Drennan, 2000: 193). Dal punto di vista del sanitario, la mancanza di comunicazione e di fiducia reciproca costituiscono comunque un enorme peso, che lo porta a sentirsi alienato e distaccato dalla relazione col paziente (Hagan et al., 2020: 2). Un infermiere intervistato da Deumert (2010: 55) ha paragonato questa esperienza alla sensazione di smarrimento di chi viene improvvisamente mandato in Cina o in Giappone senza conoscere una parola della lingua locale. Questa situazione genera uno stress continuo e un forte disagio emotivo, contribuendo nel tempo all’elevato numero di operatori psichiatrici che soffrono di sindrome da burn-out e a un rapido ricambio dei dipendenti nei reparti (Drennan, 1999: 11).

### *2.3 Psichiatria occidentale e cultura Zulu: concezioni della malattia a confronto*

Ridurre la difficoltà comunicativa in psichiatria a una semplice mancanza istituzionale o all’assenza di un vocabolario condiviso non sarebbe sufficiente per spiegarne la complessità. In Sudafrica, infatti, il limite comunicativo riflette anche un conflitto più profondo tra diverse concezioni della cura e della malattia. Molte culture africane adottano una visione più ampia della malattia e della cura, in cui il benessere dipende dall’equilibrio con l’ambiente sociale e la sfera spirituale (Moonsamy e Gurayah, 2024: 36). All’interno della cultura Zulu<sup>3</sup>, ad esempio, l’individuo viene compreso soprattutto in relazione alla famiglia e alla comunità di appartenenza (ibid.: 34). In questa prospettiva, la psichiatria occidentale si presenta come espressione di razionalità scientifica, mentre le culture indigene sudafricane vengono spesso descritte in modo stereotipato come legate alla superstizione (Swartz, 1985: 65; Swartz e Foster, 1984: 19). Questa visione riduttiva tende a rappresentare il paziente nero come un soggetto “pre-moderno”, la cui sofferenza deriverebbe dal passaggio difficile alla società urbana e

---

<sup>3</sup> La società Zulu è uno dei principali gruppi etnici del Sudafrica, presente soprattutto nella regione del KwaZulu-Natal. Nata dall’unione di diversi clan Nguni, si trasformò, tra la fine del XVIII e l’inizio del XIX secolo, da società tribale a una struttura politica centralizzata e militarmente organizzata (Mbatha e Cebekhulu, 2022: 35,36,40).

capitalista (Swartz, 1985: 61). Un approccio di questo tipo rischia però di attribuire i disturbi mentali prevalentemente al cambiamento culturale, trascurando l'influenza esercitata anche dalla violenza strutturale e dalle disuguaglianze sistemiche prodotte dal regime dell'apartheid.

Nel corso della storia, il pensiero psichiatrico occidentale ha mantenuto una posizione dominante a livello globale, sovrapponendosi alle credenze tradizionali e creando rapporti di potere squilibrati nell'interpretazione della malattia. Moonsamy e Gurayah (2024: 35) definiscono questo processo "epistemicidio", vale a dire la quasi totale distruzione delle conoscenze indigene e tradizionali di un popolo. Tuttavia, il predominio della medicina occidentale non ha portato all'abbandono completo delle pratiche tradizionali; al contrario, ancora oggi molte persone nere in Sudafrica vivono tra due sistemi di cura paralleli e spesso in contrasto tra loro, con importanti conseguenze psicologiche e sociali (ibid.: 35). Questo contrasto tra medicina occidentale e sistemi di credenze collettivisti emerge in diversi aspetti, tra cui la ridefinizione culturale della malattia, il ruolo della spiritualità nella diagnosi e nella cura e la difficile convivenza tra modelli terapeutici differenti.

Queste dinamiche sono particolarmente evidenti nella cultura Zulu, in cui la salute, la malattia e la sofferenza sono strettamente legate alla dimensione spirituale, alle relazioni sociali e al rapporto con gli antenati, che fungono da guide e intermediari per la famiglia (ibid.: 36). All'interno di questa visione del mondo, la sofferenza psicologica non viene letta attraverso le categorie della psichiatria occidentale. Il concetto stesso di "malattia mentale" è infatti quasi assente e, quando viene menzionato, è spesso percepito con diffidenza o come un'idea importata dal colonialismo, "un problema dei bianchi". In un'intervista svolta da Moonsamy e Gurayah, una partecipante di etnia Zulu, Thokozile, afferma a tal proposito: «Then when it comes to mental health, according to our culture there is no such a thing called stress or depression... if you said you are stressed or you are having a depression, they think that you are having a drama, you are westernised, you are colonised, they think all of those things, they think maybe you think you are a better person than them» (ibid.: 38).

All'interno di tale cultura, si distingue infatti tra *umkhuhlane*, le malattie di origine naturale curabili dalla medicina occidentale, e *ukufa kwabantu*, condizioni considerate il risultato di cause soprannaturali che richiedono l'intervento di guaritori tradizionali. Tra questi figura il *sangoma*, che comunica con gli antenati, o l'*inyanga*, che utilizza erbe medicinali e pratiche divinatorie (ibid.: 36; 41). In questo sistema di credenze, gli antenati agiscono come protettori dei vivi e il loro malcontento può manifestarsi attraverso sogni intensi o alterazioni mentali (ibid.: 39). Fenomeni che la psichiatria occidentale classificherebbe come sintomi psicotici

possono essere quindi interpretati come una chiamata spirituale (*thwasa*) a diventare guaritore tradizionale. L'esperienza assume così il valore di un rito di passaggio culturalmente significativo (Swartz, 1991: 232). Allo stesso modo, stati come l'*amafufunyana* (una forma di possessione spiritica della cultura Zulu e Xhosa che provoca spesso comportamenti aggressivi e violenti) richiederebbero rituali di purificazione specifici, piuttosto che cure farmacologiche (Moonsamy e Gurayah, 2024: 39).

Questa visione del mondo influenza inevitabilmente anche le modalità con cui l'individuo esprime e gestisce il proprio dolore (ibid.: 35). Nella concezione Zulu, il principio dell'*Ubuntu*, secondo il quale "una persona è tale attraverso altre persone", promuove un profondo orientamento collettivista. In questo contesto, sopportare in silenzio il dolore e le difficoltà è considerato una virtù fondamentale e un dovere morale per l'individuo (ibid.: 38; 43). A questo si aggiunge il carico psicologico della cosiddetta "Black Tax", ovvero l'obbligo sociale non scritto di sostenere economicamente la propria famiglia allargata non appena si ottiene un impiego stabile, una sicurezza economica o un livello di istruzione elevato. Tale dinamica finisce spesso per spingere gli individui a mettere costantemente i bisogni degli altri davanti ai propri. Come afferma Ntokozo, un altro partecipante all'intervista condotta da Moonsamy e Gurayah: «[...] Black tax is like blackmail towards your mind, towards your soul and how you see things» (ibid.: 39). Un simile senso di responsabilità rende estremamente difficile prendersi cura delle proprie necessità rispetto a quelle della comunità, diventando spesso una causa di esaurimento emotivo (ibid.: 42).

All'interno di questo quadro collettivista, lo stigma associato alla sofferenza mentale contribuisce a ostacolare ulteriormente l'espressione del disagio. Le persone che manifestano sintomi psicologici vengono spesso marginalizzate attraverso l'uso di etichette offensive, quali *uhlanya* ("pazzo"), *islima* o *ustupito* ("stupido"), e *ziyarara* (espressione che indica "avere le api che ronzano in testa"), che sminuiscono la loro esperienza e ne compromettono la credibilità sociale (Moonsamy e Gurayah, 2024: 40). In questo clima, il disagio tende a essere represso fino a manifestarsi attraverso sintomi somatici, ad esempio sotto forma di emicranie o perdita di peso, che rappresentano spesso l'unico modo socialmente accettabile per richiedere e ricevere assistenza medica. Lo stigma riguarda anche la percezione del suicidio, il quale non viene interpretato come il risultato estremo di una sofferenza mentale, bensì come segno di debolezza morale e spirituale. Da questa concezione derivano anche alcune pratiche rituali: in alcuni casi, il corpo della persona deceduta per suicidio viene percosso, nella convinzione che ciò impedisca a questa "debolezza" di diffondersi all'interno della famiglia (ibid.: 40). Questo

divario culturale mostra quanto il sistema psichiatrico occidentale faticchi a interpretare correttamente il disagio dei pazienti Zulu e, allo stesso tempo, evidenzia quanto questa distanza renda ancora più complesso il già difficile incontro tra paziente e clinico in un contesto in cui non si condivide la stessa lingua.

#### *2.4 I fraintendimenti diagnostici tra lingua e cultura nel contesto sudafricano*

Le differenze culturali appena descritte entrano quotidianamente in conflitto con le rigide pratiche del sistema ospedaliero. Nei contesti in cui viene applicata la medicina occidentale, come in Sudafrica, ai pazienti è spesso richiesto, come abbiamo visto, di comunicare in inglese, una lingua che nella maggior parte dei casi non è la loro lingua madre e che molti non padroneggiano abbastanza da riuscire a esprimersi con efficacia. Questo crea un blocco espressivo, poiché, non riuscendo a tradurre sentimenti profondi o concetti legati alla propria cultura, il paziente finisce spesso per rinunciare a parlare (Moonsamy e Gurayah, 2024: 36).

La difficoltà linguistica, però, non dipende soltanto dalla conoscenza o meno di una seconda lingua, ma anche dal fatto che molti termini fondamentali per la diagnosi psichiatrica derivano dal modello occidentale e, di conseguenza, pur in presenza di un interprete professionista, è molto difficile fornirne una traduzione diretta nelle lingue locali. Nella lingua Xhosa, per esempio, non esiste un termine equivalente per “depressione” o per indicare la condizione clinica di “soffrire di nervosismo”. Per ovviare al problema, i medici ricorrono frequentemente a prestiti linguistici, come il termine *iinerves*, formato dall’unione del prefisso plurale Xhosa *ii-* e dalla radice inglese *nerves* (Oosthuysen, 2016: 33). Ciononostante, la comprensione di questo vocabolo dipende interamente dal grado di familiarità del paziente con l’inglese, generando ancora una volta ambiguità nella diagnosi. Anche quando si trova una traduzione apparentemente adeguata, questa può portare con sé sfumature culturali che ne alterano il significato medico. Un caso emblematico è rappresentato dal termine “emozioni”, che viene spesso tradotto con la parola *inimba*. Tuttavia, nella cultura locale, questo termine indica uno stato emotivo specifico che può essere vissuto esclusivamente dalle donne e non dagli uomini, rendendo il suo utilizzo confuso o poco efficace per i pazienti di sesso maschile (Swartz et al., 1985: 391).

Quando persino le traduzioni apparentemente corrette si rivelano fuorvianti, il rischio di incorrere in fraintendimenti diagnostici aumenta notevolmente (Swartz, 1991: 232). Di conseguenza, applicare categorie diagnostiche occidentali a pazienti provenienti da culture diverse porta i medici a fraintendere credenze o esperienze spirituali intense, rischiando di

classificarle come patologie, deliri o allucinazioni (Swartz et al., 1985: 392). Ad esempio, di fronte a un paziente che afferma di essere perseguitato, il medico può faticare a distinguere se si tratti di un modo culturalmente condiviso di interpretare la sfortuna o, al contrario, di un vero e proprio disturbo delirante. Allo stesso modo, il clinico deve confrontarsi con fenomeni complessi come gli stati di possessione spiritica: in molte culture tradizionali, infatti, la possessione o la visione spirituale rappresentano esperienze riconosciute e valorizzate dalla comunità, che possono persino rafforzare l'identità della persona (ibid.: 391). Tuttavia, la psichiatria fatica a inquadrarli e tende a classificarli all'interno di concetti che Swartz et al. (1985: 392) definiscono “allucinazioni subculturali” o “deliri influenzati dalla subcultura”. Si tratta di categorie diagnostiche utilizzate all'interno del Present State Examination (PSE), uno degli strumenti diagnostici più diffusi nella psichiatria occidentale per la classificazione e la registrazione dei sintomi (ibid.: 391). Il paradosso sta nel fatto che attribuire un “delirio subculturale” a una persona che sta semplicemente interpretando il proprio malessere secondo la propria cultura finisce per farla apparire, in modo contraddittorio, come affetta da una psicopatologia più grave (ibid.: 393).

Oltre alle barriere verbali e concettuali, un'ulteriore difficoltà riguarda i codici di comportamento non verbali. Un primo elemento riguarda la gestione del contatto visivo: all'interno della cultura Zulu evitare di guardare direttamente negli occhi una figura autoritaria come il medico rappresenta un segno di rispetto. Tuttavia, la psichiatria occidentale tende a interpretare questa mancanza di contatto visivo come un segno di ansia o chiusura, tanto che, in un caso documentato, un interprete informale racconta di aver dovuto chiedere preventivamente ai pazienti di cercare di guardare il clinico negli occhi (Benjamin, 2025: 195,196). In secondo luogo, vi è il rigido controllo delle espressioni emotive. Sia nella cultura Zulu che in quella Xhosa sopportare il dolore in silenzio è considerato un valore fondamentale e, in particolar modo, agli uomini è richiesto di apparire emotivamente forti e di piangere solo in solitudine; anche alle donne è richiesto di reprimere ogni vulnerabilità (Moonsamy e Gurayah, 2024: 38-40). Durante il colloquio psichiatrico, questo atteggiamento di riservatezza viene spesso visto come un distacco emotivo che il dottore rischia di scambiare per un “appiattimento affettivo”, considerato un sintomo tipico della schizofrenia o della depressione maggiore (Drennan e Swartz, 2002: 1856,1857).

Questi fraintendimenti mostrano i limiti di una visita clinica che manca di un'adeguata mediazione. Quando la barriera linguistica si unisce alle differenze culturali e alle carenze strutturali dell'ospedale, la comunicazione fallisce. Di conseguenza, formulare una diagnosi

corretta diventa estremamente difficile e impedisce al paziente di ricevere le cure di cui ha realmente bisogno, tanto più se non ha a disposizione un interprete formato in ambito medico e psichiatrico (Benjamin et al., 2016: 74; Kilian et al., 2014: 166).

Come emerso in questo capitolo, la barriera linguistica in psichiatria produce importanti conseguenze cliniche, relazionali e istituzionali, che colpiscono sia i pazienti sia il personale sanitario. In assenza di interpreti professionisti e di linee guida chiare, gli ospedali psichiatrici sudafricani hanno finito per normalizzare il ricorso a soluzioni improvvisate, scaricando il peso della mediazione su figure prive di formazione e tutele. Il capitolo seguente analizzerà nel dettaglio chi sono questi interpreti informali, come operano e quali conseguenze produce il loro impiego sulla qualità delle cure e sui diritti dei pazienti.

### 3. Gli interpreti informali nel colloquio psichiatrico

#### *3.1 L'assenza istituzionale degli interpreti professionisti*

Come anticipato già nel paragrafo 2.2, all'interno del sistema sanitario sudafricano il numero di interpreti professionisti impiegati negli ospedali psichiatrici è praticamente nullo. Fanno eccezione alcuni casi isolati, frutto di progetti pilota sperimentali come quello avviato in collaborazione con l'Università di Stellenbosch nel 2011, che ha portato all'assunzione ufficiale di undici interpreti formati nella provincia del Capo Occidentale (Benjamin, 2025: 78). Si tratta tuttavia di un numero di professionisti del tutto insufficiente rispetto al fabbisogno reale delle strutture sanitarie, il che riflette l'assenza di una politica strutturata a livello nazionale (vedi paragrafo 3.4). Lo Stato non ha infatti mai istituito una categoria professionale ufficiale per questa figura nella sanità pubblica (Crawford, 1999: 29). Quindi, anche nei rari casi in cui vengono assunti, ricevono contratti del tutto generici e questa pratica nasconde la loro reale funzione e impedisce di avere dei dati certi. Il progetto pilota del Capo Occidentale appena citato ne è un esempio: gli interpreti che ne facevano parte sono stati registrati come "tirocinanti amministrativi" (Benjamin, 2025: 75) o inseriti in programmi governativi per l'occupazione come l'EPWP (ibid.: 1), scomparendo così dalle statistiche ufficiali.

Questa assenza risulta particolarmente evidente se confrontata con altri Paesi multiculturali, dove l'interprete sanitario è una figura ampiamente riconosciuta e tutelata, come Australia, Svezia, Regno Unito (Amato, 2026: 34; Ozolins, 2000: 28, 29) e Canada (Ozolins, 2000: 30). In Sudafrica, invece, anche sul fronte del riconoscimento professionale emergono diverse criticità. L'ente di riferimento è il South African Translators' Institute (SATI), la cui certificazione ufficiale è disponibile esclusivamente per gli interpreti simultanei e di conferenza, ma non ancora per interpreti sanitari e di comunità (Benjamin, 2025: 76). L'assenza di una specializzazione medica emerge anche consultando il registro dell'AIIIC (International Association of Conference Interpreters) per il Sudafrica, che conta un totale di 20 interpreti<sup>4</sup> registrati (5 a Johannesburg, 8 a Pretoria e 7 a Città del Capo), nessuno dei quali risulta specializzato in ambito medico o farmaceutico.

---

<sup>4</sup> L'Italia, Paese con una popolazione leggermente inferiore al Sudafrica (circa 59 milioni di abitanti rispetto agli oltre 62 milioni del Sudafrica), vanta ben 200 professionisti AIIIC, elemento che indica un mercato dell'interpretariato, anche di conferenza, di dimensioni piuttosto ridotte.

Tale situazione è dovuta, probabilmente, a una combinazione di fattori. Da una parte, abbiamo i limiti finanziari di un sistema sanitario pubblico che deve far fronte a emergenze prioritarie come HIV/AIDS e tubercolosi; dall'altra, la mancanza di normative specifiche. A differenza di quanto avviene nel settore giudiziario, dove la Costituzione (Articolo 35) garantisce la mediazione linguistica come un diritto inalienabile per ottenere un processo equo, in ambito medico questa garanzia viene meno. Come evidenziato nel paragrafo 1.3, infatti, il National Health Act prescrive al personale sanitario l'obbligo di comunicare con il paziente nella sua lingua madre solo «quando è possibile» (where possible). Questo trasforma l'accesso a un'assistenza linguistica adeguata da un diritto garantito a un semplice ideale: tutto ciò crea una zona d'ombra legale che esonera lo Stato dall'obbligo di finanziare e istituire una categoria lavorativa ufficiale dedicata agli interpreti sanitari (Kilian et al., 2021: 2).

In questo contesto, la responsabilità di fornire servizi di interpretariato ricade sui singoli ospedali o sul settore delle ONG, qualora ne venga percepita la necessità e si trovino le modalità attuative e finanziarie necessarie (Drennan e Swartz, 2002: 1853, 1854). Tuttavia, come già evidenziato in precedenza, la mancanza strutturale di fondi per superare le barriere linguistiche porta spesso le strutture sanitarie a ricorrere ad interpreti “ad hoc”, ovvero a lavoratori bilingui già presenti sul posto, improvvisati e non qualificati (Kilian et al., 2021: 2; Hagan et al., 2020: 2).

### *3.2 Interpreti informali negli ospedali psichiatrici sudafricani: profili e categorie*

La letteratura accademica definisce “interpreti ad hoc” quei soggetti bilingui che svolgono un lavoro di mediazione linguistica senza aver ricevuto alcuna formazione specifica per tale compito (Harris, 1976: 99, citato in Schwieter e Ferreira, 2026: 65). In ambito medico, questo ruolo informale viene spesso ricoperto da individui che si trovano sul posto per altri motivi, siano essi dipendenti della struttura o persone esterne. Queste figure operano solitamente senza tutele formali, mancano di competenze tecniche in interpretariato e spesso non ricevono un'adeguata retribuzione (Angelelli, 2011, citata in Amato, 2026: 33).

Nel contesto specifico degli ospedali psichiatrici sudafricani, gli interpreti informali provengono da tre categorie principali: il personale clinico, il personale di supporto non clinico e i familiari o accompagnatori del paziente. La prima e più utilizzata è il corpo infermieristico (Drennan, 1996: 344): gli infermieri rappresentano una risorsa fondamentale poiché spesso sono tra i pochi operatori sanitari a conoscere le lingue indigene e possiedono già una

conoscenza della terminologia medica e delle procedure psichiatriche, rendendoli uno strumento prezioso per la comunicazione se coinvolti in modo appropriato (Habib et al., 2023: 2). Tuttavia, il loro impiego come interpreti li distoglie dallo svolgere i compiti principali di assistenza, generando un malcontento generale: gli infermieri si sentono sfruttati per un ruolo non ufficiale per cui non ricevono né formazione né riconoscimento, mentre i medici esprimono frustrazione per il tempo perso nel cercare un collega disponibile a tradurre (Drennan, 1996: 345).

La seconda categoria comprende il personale di supporto non clinico: addetti alle pulizie, fattorini, impiegati amministrativi e guardie di sicurezza (Saulse, 2010: 23). Questi lavoratori vengono coinvolti poiché sono immediatamente disponibili, essendo già presenti nei reparti o nelle sale d'attesa. A differenza degli infermieri, non hanno alcuna formazione in salute mentale e non conoscono la terminologia psichiatrica (Hanft-Robert et al., 2024: 6).

Infine, quando il personale bilingue non è disponibile, le opzioni si riducono ulteriormente: i medici si vedono costretti a chiedere aiuto a persone esterne alla struttura, tra cui familiari del paziente, amici o accompagnatori. Il ricorso a figure di questo tipo introduce ulteriori livelli di complessità clinica ed etica, aumentando il rischio che il legame personale distorca il messaggio per ragioni culturali o per interessi personali (Habib et al., 2023: 2). L'impiego di questa specifica categoria pone infatti seri problemi in termini di riservatezza, imparzialità e accuratezza della traduzione, tutte criticità che verranno esplorate nel dettaglio al paragrafo 3.5. In situazioni di emergenza, sono stati persino documentati casi in cui alcuni pazienti sono stati utilizzati come interpreti per altri ricoverati nello stesso reparto (Deumert, 2010: 59).

Poiché la gran parte di questi lavoratori è assunta formalmente per altre mansioni, il loro lavoro di mediazione linguistica non prevede alcun inquadramento professionale né alcuna retribuzione aggiuntiva (Kilian, 2007: 60; Smith et al., 2013: 497). A ciò si aggiunge il problema degli spostamenti all'interno delle strutture stesse: in alcuni ospedali sudafricani, gli interpreti vengono contattati tramite l'utilizzo di un cercapersone (Saulse, 2010: 42) e in strutture di grandi dimensioni, ciò significa coprire lunghe distanze per recarsi da un reparto all'altro. Ad esempio, Saulse (2010: 39,40) riporta il caso di un'interprete "ad hoc" che, in servizio al piano terra di un'ala dell'ospedale, venne chiamata all'ottavo piano dell'ala opposta. Una volta arrivata, scopre che il medico ha già fatto ricorso a un'infermiera come interprete improvvisata la cui lingua madre non era neanche l'isiXhosa, la lingua del paziente. La mancanza di mezzi per muoversi rapidamente all'interno della struttura ospedaliera viene infatti

indicata dagli stessi interpreti “ad hoc” come uno degli ostacoli principali allo svolgimento del proprio lavoro. Questo problema è aggravato dal fatto che alcuni dottori si aspettano una disponibilità immediata senza prenotare il servizio in anticipo e senza tener conto delle lunghe distanze da percorrere a piedi (Benjamin et al., 2016: 76; Benjamin, 2025: 178,179) nonché delle sovrapposizioni con il compito per cui i sanitari o gli altri dipendenti non sanitari della struttura sono stati assunti. Ne risulta una situazione in cui la disponibilità degli interpreti viene ulteriormente complicata dalle circostanze logistiche (Lesch e Saulse, 2014: 339).

Tra le figure che svolgono il ruolo di interpreti informali, le guardie di sicurezza rappresentano un caso interessante. Sono individui che si trovano in una posizione di netta vulnerabilità, poiché nella maggior parte dei casi non sono dipendenti diretti degli ospedali governativi, ma vengono assunti da agenzie di sicurezza private esterne tramite appalti (Hanft-Robert et al., 2024: 5). Le loro condizioni lavorative sono spesso precarie, caratterizzate da turni lunghi, assenza di pause, impossibilità di lasciare il reparto e scarsa chiarezza sui propri diritti contrattuali. A ciò si aggiunge una retribuzione bassa e una percezione di essere sfruttati dall’agenzia che li impiega (ibid.: 6). Questa mancanza di tutela istituzionale fa sì che le guardie difficilmente possano rifiutarsi di tradurre quando un medico o un infermiere lo richiede, per timore di ricevere lamentele o di perdere il posto di lavoro (ibid.: 8,9).

Quanto alla formazione, poiché la maggior parte delle guardie è assunta da agenzie esterne, esse ricevono solamente un addestramento di base per svolgere il proprio ruolo di sicurezza, ma nessuna formazione specifica in ambito psichiatrico. Sempre secondo uno studio svolto da Hanft-Robert in un ospedale sudafricano situato nella provincia del Capo Occidentale (il cui nome viene volutamente omissso per tutelare le fonti), prima di iniziare a lavorare negli ospedali, quasi nessuna delle guardie intervistate aveva avuto esperienza diretta con un contesto di salute mentale. La maggioranza delle guardie riferisce infatti di aver appreso il mestiere direttamente sul campo, limitandosi a osservare il comportamento dei colleghi. Solo una minoranza dichiara di avere avuto l’opportunità di ricevere un minimo di preparazione formale: alcune guardie hanno frequentato brevi corsi di formazione organizzati internamente dalla struttura ospedaliera, mentre altre hanno ricevuto istruzioni in modo del tutto informale da parte degli infermieri di turno (ibid.: 5).

L’impiego delle guardie come interpreti può inoltre generare un conflitto di ruoli durante l’attività clinica, poiché nel corso di una consultazione la guardia si trova a dover tradurre le parole del malato e, al tempo stesso, mantenere la responsabilità primaria di garantire la

sicurezza nella stanza. Sebbene i professionisti della salute percepiscano questo doppio ruolo come rassicurante, soprattutto nei casi di pazienti agitati o aggressivi, esso risulta spesso difficile da gestire per le guardie stesse (ibid.: 7). Da un lato, va considerata la prospettiva del paziente, poiché dover comunicare informazioni personali e sensibili attraverso una guardia armata rappresenta di per sé una situazione tutt'altro che tranquillizzante e rischierebbe di compromettere la fiducia necessaria in ambito terapeutico. Dall'altro lato, le guardie possono anch'esse provare disagio ed esitare a tradurre informazioni scomode che rischiano di provocare reazioni violente nel paziente, sapendo che sarebbero poi costrette a intervenire per calmarlo (Hagan et al., 2020: 4; Hanft-Robert et al., 2024: 6). Questa esitazione, unita alla mancanza di un vocabolario medico adeguato, rischia di compromettere l'accuratezza del processo diagnostico. Sempre Hanft-Robert et al. (2024: 6) affermano che le guardie tendono a fornire traduzioni abbreviate e incomplete, soprattutto nei casi in cui il paziente sperimenta deliri o utilizza un linguaggio volgare. Infatti, nel tentativo di “dare un senso” a ciò che sentono, finiscono per eliminare proprio quelle sfumature che il medico utilizza per valutare il quadro clinico. Un fenomeno simile è stato rilevato da Kilian et al. (2014: 160,161), che hanno analizzato tredici visite psichiatriche mediate da interpreti informali e hanno riscontrato numerose omissioni, aggiunte e alterazioni del discorso, concludendo che tutti gli errori clinicamente rilevanti hanno fatto apparire il paziente più grave di quanto fosse.

Un altro elemento critico riguarda la riservatezza: la presenza continuativa della guardia nel reparto, anche dopo il colloquio, può indurre i pazienti a omettere informazioni cruciali per timore di essere giudicati o stigmatizzati (Hanft-Robert et al., 2024: 6,7), aspetti che saranno poi approfonditi al paragrafo 3.5.

Nonostante queste criticità, si osserva anche una dinamica relazionale opposta: trascorrendo molto tempo nei reparti e provenendo spesso dalle stesse comunità dei pazienti, le guardie riescono talvolta a instaurare con loro un legame personale profondo. In questi casi, la loro presenza può facilitare l'apertura del paziente e aiutare il medico a raccogliere informazioni importanti sul contesto di vita e sullo stato mentale del malato, che difficilmente emergerebbero altrimenti (ibid.: 7). Infine, l'uso delle guardie come interpreti produce un ribaltamento delle dinamiche di potere. Generalmente, nella gerarchia ospedaliera, esse occupano il gradino più basso e riferiscono spesso una mancanza di riconoscimento professionale. Tuttavia, nel momento in cui fungono da interpreti, acquisiscono un potere importante: diventano di fatto l'unico ponte di comunicazione tra medico e paziente, assumendo il controllo sul flusso di

informazioni necessarie per la diagnosi. Come osservano Rudvin (2005) e Mason e Ren (2012), citati in Hanft-Robert et al. (2024: 10), chi interpreta è l'unica persona in grado di comprendere in ogni momento tutto ciò che viene detto da tutti gli interlocutori. Questo costituisce una fonte di potere enorme, tanto più significativa nel caso di figure che, nella vita quotidiana dell'ospedale, non godono di uno specifico riconoscimento professionale o istituzionale.

### *3.3 Le competenze linguistiche degli interpreti informali*

Per poter svolgere il proprio ruolo, gli interpreti devono padroneggiare almeno due lingue: l'inglese o l'afrikaans per tradurre le domande e le diagnosi dei clinici e la lingua madre del paziente per permettergli di raccontare il proprio vissuto. Tuttavia, nella pratica questa condizione non è sempre soddisfatta. Non tutti gli interpreti informali sono in grado di parlare fluentemente entrambe le lingue richieste e alcuni non possiedono una conoscenza sufficiente dell'inglese, che rimane la lingua principale dei medici. In aggiunta, va considerato che le lingue indigene sudafricane vengono utilizzate principalmente in ambito familiare e di comunità, mentre il sistema educativo utilizza l'inglese come principale lingua di istruzione (Benjamin, 2025: 138). Di conseguenza, molti interpreti informali possiedono una competenza orale nella propria lingua madre, ma non una padronanza formale di essa (Lesch e Ntuli, 2020: 10; Benjamin, 2025: 150,151). Questa situazione si complica ulteriormente quando il paziente proviene da contesti rurali e utilizza forme linguistiche più arcaiche e formali, definite “*deep Xhosa*”, difficilmente comprensibili per chi è cresciuto in città (Benjamin, 2025: 137). Inoltre, anche una conoscenza parziale di una seconda lingua non è sufficiente per svolgere un ruolo così delicato, che richiederebbe una formazione specifica sia in interpretazione medica, sia in ambito psichiatrico (Hagan et al., 2020: 6,7; Kilian et al., 2010: 311).

In aggiunta, le lingue indigene parlate dagli interpreti variano fortemente in base all'area geografica in cui si trova l'ospedale psichiatrico. Nella provincia del Capo Occidentale, dove si registra un'alta affluenza di pazienti appartenenti al gruppo etnico Xhosa, la lingua più richiesta è l'isiXhosa (Deumert, 2010: 54,55). In altre regioni, come la provincia del KwaZulu-Natal, la lingua indigena prevalente nelle traduzioni cliniche è l'isiZulu (Moonsamy e Gurayah, 2024: 3); quindi è plausibile che in questi ospedali infermieri e personale di servizio non sanitario provengano da quelle comunità e ne parlino attivamente le lingue. Tuttavia, a volte emerge anche la necessità di interpretare altre lingue locali, come il sesotho e il setswana (Drennan, 1996: 343), in aree in cui queste non sono maggioritarie, lasciando il servizio sprovvisto anche di personale bilingue.

Le dinamiche sociali odierne stanno aggiungendo ulteriori sfide linguistiche al sistema. Con la fine dell'apartheid e il reinserimento del Sudafrica nell'economia globale, il Paese è diventato una delle principali mete migratorie del continente africano, attraendo sia migranti per motivazioni economiche e in cerca di migliori opportunità lavorative, sia rifugiati in fuga da conflitti e instabilità politica (Benjamin, 2025: 52; Christl, De Poli e Ivaškaitė-Tamošiūnė, 2023; Kavuro, 2021, citati in Statistics South Africa, 2023: 10). Negli ospedali sudafricani si registra infatti un aumento crescente di pazienti provenienti da Paesi come Nigeria, Namibia, Congo, Kenya ed Etiopia (Kilian, 2007), il che fa emergere la necessità di padroneggiare altre lingue oltre all'inglese e alle lingue indigene. Questa realtà si riflette direttamente nella pratica clinica: una psichiatra intervistata da Kilian (2007: 66) riferisce di ricevere sempre più frequentemente richieste di traduzione in francese e portoghese, lingue per le quali il sistema non dispone di personale adeguato.

### *3.4 La formazione degli interpreti: tra carenze strutturali e progetti pilota*

In Sudafrica, la formazione accademica per gli interpreti è presente, ma mostra evidenti limiti. Diverse università offrono programmi di laurea o diplomi in traduzione e interpretariato, e tra le principali figurano l'Università di Stellenbosch, l'Università del Free State, l'Università del Witwatersrand e l'Università di Johannesburg (Benjamin, 2025: 75). Tuttavia, i programmi si concentrano su materie come traduzione, editing, linguistica applicata e interpretariato simultaneo e di conferenza, senza distinguere gli ambiti applicativi. Non vengono menzionati infatti percorsi specifici come l'interpretariato legale, aziendale o medico-sanitario. A conferma di ciò, il Dipartimento di *Translation and Interpreting Studies* dell'Università del Witwatersrand, contattato direttamente nell'ambito di questa ricerca, ha dichiarato che non offre formazione specializzata in interpretariato medico, motivando tale scelta con il fatto che «the discipline is still growing and so is the practice in the Global South as a whole».

Nel contesto specifico della medicina e della psichiatria, questa carenza formativa risulta ancora più marcata. Allo stato attuale non sembrerebbero esistere programmi accademici dedicati esclusivamente alla preparazione di mediatori linguistici in ambito sanitario (Elkington e Talbot, 2016: 6). Come già evidenziato nel paragrafo 2.1, per far fronte a questa lacuna le autorità e vari ricercatori hanno tentato nel tempo di avviare progetti formativi sperimentali, ma si è trattato per lo più di iniziative isolate e di breve durata, come il *National Language Project* del 1996.

In tempi più recenti, un importante tentativo di colmare questa lacuna è stato il progetto pilota sviluppato in collaborazione con l'Università di Stellenbosch e avviato nel dicembre 2011 (Benjamin, 2025: 1). Il programma ha reclutato quindici persone di madrelingua isiXhosa in possesso di un *matric*, il diploma di scuola superiore sudafricano (ibid.: 118), sottoponendole a un corso intensivo di tre giorni tenuto dai dipartimenti di Afrikaans e Olandese, di Psicologia e di Psichiatria dell'università, durante il quale i partecipanti hanno ricevuto una formazione di base sulle tecniche di interpretariato e sulla terminologia psichiatrica. Al termine del percorso, gli interpreti sono stati inseriti in sei ospedali pubblici della provincia (tra cui strutture specializzate nella cura della salute mentale e della disabilità intellettiva) attraverso contratti legati all'Extended Public Works Programme (EPWP), un programma governativo per favorire l'occupazione (ibid.: 1). Un elemento fondamentale del progetto erano i gruppi di tutoraggio gestiti dai ricercatori, che rappresentavano un supporto continuo per i partecipanti e li accompagnavano nel loro nuovo ruolo, aiutandoli ad affrontare il forte carico emotivo e lo stress derivante dall'esposizione a storie traumatiche (ibid.: 3; Benjamin et al., 2016: 73).

Il progetto ha tuttavia incontrato alcuni ostacoli a livello finanziario e strutturale e, nel marzo 2012, i fondi del programma governativo sono stati ridotti, costringendo il Dipartimento della Salute ad assumere nuovamente gli interpreti come tirocinanti amministrativi per la durata di un anno (ibid.: 75). Nonostante queste difficoltà, l'iniziativa dell'Università di Stellenbosch costituisce un esperimento degno di nota, poiché ha permesso di esplorare l'efficacia di un modello sostenibile e a basso costo per formare interpreti di comunità, con l'obiettivo di migliorare la qualità della cura e la comunicazione per i pazienti di ogni gruppo etnico (ibid.: 73). Sul piano istituzionale, al termine della fase sperimentale, il Dipartimento della Salute ha deciso di creare posti di lavoro permanenti: undici dei quindici interpreti formati sono stati assunti ufficialmente dal governo provinciale, dimostrando così che una collaborazione mirata tra enti diversi potrebbe non solo portare ad avere interpreti formati e competenti ma anche a trovare soluzioni concrete e funzionali alla loro assunzione (ibid.: 78).

Sul piano clinico, la presenza di interpreti formati, anche per un breve periodo, ha migliorato la qualità delle cure, riducendo il rischio di errori e incomprensioni sulle terapie farmacologiche prescritte (Benjamin, 2025: 129,223). Questo miglioramento è stato documentato dai ricercatori attraverso sessioni di tutoraggio di gruppo nel tempo e interviste individuali con gli interpreti (Benjamin, 2025: 309). Le narrazioni in prima persona mostrano come i mediatori non si limitino a una traduzione passiva, ma partecipino attivamente al colloquio clinico, spiegando i

concetti medici con termini più accessibili per il malato, oppure chiedendo al medico ulteriori chiarimenti (ibid.: 233,242). Questo sforzo ha l'obiettivo di tutelare il paziente, garantendo la corretta comprensione delle cure e delle terapie prescritte dal medico (ibid.: 188,200). Alcuni medici intervistati hanno inoltre riconosciuto apertamente come il loro lavoro diventi molto più semplice ed efficace quando un mediatore linguistico formato è presente (Benjamin, 2025: 186).

### *3.5 Le conseguenze principali dell'interpretariato informale*

L'impiego di interpreti informali negli ospedali psichiatrici sudafricani non si limita a compromettere la precisione della diagnosi, ma genera profonde criticità etiche, relazionali e psicologiche che colpiscono sia i pazienti sia il personale coinvolto. Se sul piano clinico l'incomprensione linguistica porta inevitabilmente al silenziamento del malato e alla frustrazione del medico come documentato al paragrafo 2.2, l'assenza di standard professionali finisce per minare i diritti fondamentali all'interno della struttura, a partire dal principio della riservatezza.

L'impiego di queste figure solleva infatti gravi problemi per la tutela della privacy dei pazienti psichiatrici (Hanft-Robert et al., 2024: 4). A differenza del personale clinico, infatti, figure come le guardie di sicurezza, gli addetti alle pulizie o i familiari non sono vincolate da alcun codice deontologico e spesso non comprendono in modo adeguato l'obbligo del segreto medico (Smith et al., 2013: 496). Alcune ricerche hanno persino documentato casi in cui gli interpreti informali ignorano del tutto il significato del concetto di "segreto professionale": un medico di psichiatria intervistato da Hagan et al. (2020: 4), ad esempio, afferma di essersi trovato in passato a dover spiegare le regole di riservatezza a una guardia chiamata regolarmente a fare da interprete. Aggiunge inoltre di non sentirsi sempre a proprio agio nel ricorrere a queste figure, proprio perché la loro comprensione di questo concetto non è paragonabile a quella degli altri membri del personale.

A ciò si aggiunge un ulteriore problema: nonostante i medici si sforzino di spiegare le norme sulla riservatezza sia al paziente sia all'interprete informale, una volta concluso il colloquio il personale clinico non può controllare in alcun modo la diffusione delle informazioni (Hagan et al., 2020: 9). Questa mancanza di controllo si scontra direttamente con i diritti del paziente: in Sudafrica, infatti, la tutela della privacy in ambito sanitario è garantita dalla *Patients' Rights Charter*, la quale, al punto *Confidentiality and Privacy*, garantisce che le informazioni sanitarie

possano essere divulgate solo con il consenso informato del paziente (National Department of Health, 1999: 1). Il contrasto tra questo diritto teorico e ciò che accade quotidianamente nei reparti viene documentato da Smith et al. (2013: 504, 505), le quali descrivono un esempio chiaro di violazione del diritto alla riservatezza del paziente. Le ricercatrici hanno svolto uno studio basato su interviste con otto addette alle pulizie impiegate come interpreti informali in una struttura psichiatrica sudafricana e hanno riscontrato che queste lavoratrici tendevano a condividere con le colleghe i racconti dei pazienti, cercando così sollievo dal peso emotivo del ruolo.

Inoltre, poiché l'interprete informale appartiene spesso allo stesso gruppo etnico o proviene dalla medesima comunità del paziente, questa vicinanza genera nel paziente un senso di vulnerabilità. Informazioni molto delicate discusse nel colloquio medico-psichiatrico, come storie di violenza o traumi, possono infatti uscire all'esterno e diventare oggetto di pettegolezzo nella propria comunità (Smith et al., 2013: 496). Inoltre, va considerata la paura di essere giudicati dall'interprete, disagio particolarmente evidente quando si tratta di una guardia di sicurezza o di un addetto alle pulizie che continua a prestare servizio fisso nel reparto in cui il malato è ricoverato (Hanft-Robert et al., 2024: 7). Questo timore si intensifica ulteriormente quando l'interprete proviene dalla stessa comunità del paziente, poiché rischia di condividere i pregiudizi culturali sulla malattia mentale (già discussi al paragrafo 2.3).

Questa problematica si ripresenta anche quando i medici si affidano ai familiari del paziente per interpretare. In queste situazioni, il malato perde il diritto di decidere autonomamente quali dettagli personali condividere con i propri parenti. Come osserva Benjamin (2025: 36), riprendendo Venkatesan et al. (2022), non è possibile ottenere il consenso informato del paziente a condividere informazioni con un familiare se quelle stesse informazioni non gli sono ancora state comunicate a causa della barriera linguistica. Questa situazione rende quasi impossibile agire in modo corretto verso il paziente senza l'aiuto di un interprete professionista. A ciò si aggiungono ulteriori criticità: quando a tradurre sono i figli minori, questi rischiano di subire un forte trauma emotivo per l'esposizione a diagnosi gravi o a storie di violenza, e il paziente spesso omette intenzionalmente informazioni cliniche per proteggerli (Habib et al., 2023: 3). Quando invece è il partner a fare da interprete, si creano dinamiche di potere problematiche: la ricerca in interpretazione medica documenta ampiamente casi in cui i mariti assumono il ruolo di veri e propri "guardiani" dell'assistenza medica, filtrando le informazioni e limitando la libertà decisionale della paziente (Hunter-Adams e Rother, 2017, citati in

Benjamin, 2025: 67). In tutti i casi, anche i familiari raramente possiedono una conoscenza adeguata della terminologia medica, aumentando il rischio di errori di traduzione che possono compromettere sia la diagnosi sia il trattamento (Habib et al., 2023: 3).

L'impiego di interpreti informali compromette inoltre la costruzione di un'alleanza terapeutica solida, ovvero quel rapporto di fiducia e collaborazione tra medico e paziente che costituisce la base di qualsiasi percorso di cura psichiatrica. L'inserimento di qualsiasi interprete, anche professionista, trasforma inevitabilmente la dinamica clinica: il consulto psichiatrico passa da un rapporto a due, tra medico e paziente, a una relazione a tre. Come teorizza Wadensjö (1993: 119), l'interprete non è mai un semplice canale passivo, ma un partecipante attivo che gestisce i turni e monitora costantemente la conversazione. Quando l'interprete è adeguatamente formato, questa relazione terapeutica a tre può essere gestita senza compromettere la qualità della cura (Tribe e Thompson, 2009: 1) ma nel contesto sudafricano, l'assenza di formazione trasforma questa complessità in un ostacolo che impedisce di creare questo legame fondamentale (Smith et al., 2013: 496).

Come già anticipato al paragrafo 3.2, il problema principale alla base di queste dinamiche è l'assenza di standard professionali essenziali e di formazione. Gli interpreti "ad hoc", non si identificano con la categoria "interpreti" e non hanno ricevuto alcuna formazione in merito a neutralità e accuratezza. Mentre un interprete formato sa di non dover prendere posizione e mantenere un atteggiamento più distaccato, al contrario, l'interprete informale si fa spesso coinvolgere emotivamente dalla situazione e, condividendo le stesse origini o la stessa cultura del paziente, tende a provare empatia e a prenderne le parti, spesso finendo per assumere un ruolo quasi "genitoriale" nei loro confronti. Le ricerche documentano, ad esempio, che le addette alle pulizie e interpreti "ad hoc" chiamano spesso i pazienti adulti "figli" o "bambini", sviluppando un forte senso di responsabilità (Hanft-Robert et al., 2024: 10; Smith et al., 2013: 505). Spinti da questo istinto di protezione, gli interpreti "ad hoc" possono arrivare a mentire al paziente a fin di bene, oppure a forzarlo a collaborare con il medico, comportandosi come un genitore per fargli seguire le regole (Smith et al., 2013: 506). A questo problema si aggiunge la sovrapposizione dei ruoli lavorativi, poiché gli interpreti, passando tutto il giorno nei reparti per svolgere le proprie mansioni, osservano di continuo il comportamento dei malati. Inoltre, durante il consulto clinico, tendono a inserire nella traduzione le proprie opinioni personali su come si è comportato il paziente, alterando così il racconto oggettivo dei fatti (Smith et al., 2013: 501, 502).

In mancanza di formazione scompare del tutto anche un altro principio cardine dell'interpretazione, ovvero il principio dell'accuratezza, e l'interprete si trasforma in un *gatekeeper* delle informazioni: invece di tradurre tutto ciò che viene detto in modo fedele, l'interprete valuta da solo cosa è importante e decide cosa omettere. In molti casi, pur di fare in fretta, arriva a rispondere alle domande del medico al posto del paziente, o viceversa, senza nemmeno tradurle (Kilian et al., 2021: 7, 8). Inoltre, mosso dall'istinto naturale di aiutare il paziente a farsi capire, chi traduce cerca spesso di “ripulire” e riordinare le frasi sconnesse del malato (Cambridge et al., 2012, citati in Benjamin, 2025: 39,40). In psichiatria, tuttavia, parlare in modo confuso o disorganizzato è un sintomo fondamentale della malattia; di conseguenza, correggendo le parole per farle sembrare logiche, l'interprete potrebbe nascondere dei segni clinici necessari al medico per formulare una diagnosi corretta.

Tutti questi comportamenti generano nei medici un forte senso di esclusione e frustrazione. Come nota un clinico intervistato da Hagan et al. (2020: 4), capita spesso che il paziente faccia un discorso molto lungo e l'interprete, invece di tradurre, si giri dicendo semplicemente che il malato “ha dato conferma”. Di fronte a questa totale mancanza di accuratezza, la conversazione sfugge completamente dal controllo dello psichiatra, che si ritrova escluso e non riesce più a intervenire per guidare o fermare il dialogo.

Se le carenze nell'accuratezza e nella neutralità finiscono per disorientare i medici e danneggiare i pazienti, l'impatto di questo sistema si abbatte in modo altrettanto duro sui mediatori improvvisati. Il ruolo di interprete informale comporta infatti un costo psicologico ed emotivo per il personale che si trova costretto a svolgerlo. Diversi studi basati su interviste hanno permesso di esplorare in modo più diretto cosa provano queste persone mentre lavorano in un ambiente difficile come quello psichiatrico. Per esempio, la già citata ricerca di Hanft-Robert et al. (2024: 1) ha coinvolto 12 guardie di sicurezza e 18 professionisti della salute mentale in un ospedale del Capo Occidentale con l'obiettivo di indagare le difficoltà emotive delle guardie costrette a fare da interpreti. Dalle interviste è emerso un forte disagio: dovendo tradurre i discorsi dei pazienti in prima persona, le guardie finiscono per immedesimarsi in ciò che traducono, diventando parte della conversazione. I medici stessi hanno notato che ascoltare di continuo storie drammatiche, senza avere alcuna preparazione psicologica, rischia di innescare e far rivivere alle guardie i loro traumi personali passati (Hanft-Robert et al., 2024: 3,6). A conclusioni simili è giunto anche lo studio di Kilian (2007) che intervista dieci persone, tra cui infermieri, guardie, impiegati e psichiatri di un altro grande ospedale della stessa

provincia. Oltre a valutare con un esercizio pratico se le traduzioni fossero accurate, l'autrice ha analizzato l'impatto psicologico di questo lavoro (Kilian, 2007: 25, 27) in cui molti partecipanti confermano che tradurre argomenti delicati causa molta ansia. Ad esempio, una psichiatra ha raccontato quanto sia angosciante per un interprete informale dover tradurre a un paziente la diagnosi di sieropositività all'HIV (ibid.: 58). Si tratta di una problematica già ampiamente analizzata in letteratura e descritta come "trauma vicario" (Valero Garcés, 2006; Hale, 2010; Gaspirc, 2016; Parrilla Gómez, 2020, citati in González Rodríguez, 2022) o "indiretto": assorbire il dolore altrui logora chi ascolta, provocando ansia, esaurimento e un cambio nella percezione della realtà (González Rodríguez, 2022: D91). Se un trauma simile colpisce professionisti formati, è facile immaginare quanto sia devastante il peso emotivo per tutti coloro che, negli ospedali psichiatrici sudafricani, si trovano a interpretare ogni giorno le sofferenze dei pazienti senza alcuna preparazione o supporto psicologico.

Per riuscire a sopportare questo peso emotivo, gli interpreti informali cercano di difendersi come possono. Ad esempio, cercano di negare a se stessi ciò che hanno sentito durante le visite, mentono alle proprie famiglie per rispettare la riservatezza dei pazienti oppure si dedicano ad altre attività per distrarsi. Spesso, però, questi tentativi non bastano e poiché non ricevono alcuna formazione su come gestire le emozioni e le storie difficili dei malati, si ritrovano senza gli strumenti necessari per proteggere la propria salute mentale e mantenere il giusto distacco professionale (Kilian, 2007: 28).

Un ulteriore effetto psicologico rilevante deriva dal conflitto di ruolo e dal sovraccarico di lavoro. Gli interpreti "ad hoc" devono infatti destreggiarsi costantemente tra le loro mansioni ufficiali e il compito improvviso di interpretare i colloqui psichiatrici. Il problema è descritto perfettamente da Felize, una partecipante allo studio di Smith et al. (2013: 501) che racconta di dover interrompere continuamente il proprio lavoro per andare a interpretare e poi tornare alle proprie mansioni, senza mai riuscire a rifiutarsi perché, nonostante la mansione non rientri, da contratto, nei suoi compiti, si sente comunque in dovere di farlo. Questa doppia responsabilità genera ansia da prestazione e un senso di inadeguatezza, aggravato dal timore di commettere errori a causa della scarsa conoscenza dell'inglese o della complessa terminologia medica (Benjamin, 2025: 167).

In definitiva, il ricorso a interpreti informali negli ospedali psichiatrici sudafricani non rappresenta una soluzione, ma una risposta improvvisata a un profondo vuoto istituzionale, formativo e professionale. In assenza di una qualifica professionale ufficiale, di normative

chiare e di risorse stabili, l'interpretazione viene affidata a figure prive di formazione e tutele, con conseguenze serie sulla qualità delle cure, sulla riservatezza dei pazienti e sul benessere psicologico degli stessi interpreti. Il progetto pilota dell'Università di Stellenbosch dimostra che soluzioni concrete sono possibili, ma finché resteranno iniziative isolate, il sistema psichiatrico sudafricano continuerà a scaricare il peso della barriera linguistica su persone senza gli strumenti per gestirla.

## Conclusioni

L'analisi condotta in questo elaborato ha messo in luce una contraddizione centrale nel sistema sanitario sudafricano: nonostante la Costituzione del 1994 e documenti come la *Patients' Rights Charter* riconoscano formalmente il diritto di ogni paziente a ricevere assistenza in una lingua comprensibile, questi principi restano in sostanza inapplicati (Deumert, 2010: 56). In aggiunta, il *National Health Act* richiede la mediazione linguistica solo «quando è possibile», trasformando un diritto fondamentale in un ideale, senza nessun obbligo legale di garantire un interprete, a differenza del sistema giudiziario (Elkington e Talbot, 2016: 6). A questa mancanza normativa si aggiungono poi limiti strutturali ed economici che hanno ostacolato i tentativi di fornire interpreti sanitari formati alle strutture ospedaliere, come il National Language Project del 1996 o il progetto pilota dell'Università di Stellenbosch del 2011 (Crawford, 1999: 42; Benjamin, 2025: 1). Ne risulta che oggi la mediazione linguistica negli ospedali psichiatrici sudafricani continua a essere affidata a figure informali e non formate (Kilian et al., 2014: 159,160) quali infermieri distolti dalle loro mansioni principali, guardie di sicurezza, addetti alle pulizie o persino familiari e altri pazienti ricoverati (Drennan, 1996: 344; Hanft-Robert et al., 2024: 2).

Le conseguenze di questa prassi ricadono su tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura (Hagan et al., 2020: 2). I pazienti, in primo luogo, rischiano diagnosi errate, violazioni della riservatezza e un progressivo allontanamento dalle cure (Kilian et al., 2014: 166; Smith et al., 2013: 495). I medici, a loro volta, si trovano esclusi dal dialogo clinico e non riescono a costruire una solida alleanza terapeutica con l'assistito (Hagan et al., 2020: 5). Gli interpreti improvvisati, infine, si trovano a dover gestire un grave carico emotivo e responsabilità cliniche per cui non hanno ricevuto alcuna formazione, senza alcun supporto psicologico, esponendosi a un rischio concreto di sviluppare un trauma vicario (Hanft-Robert et al., 2024: 5,6; Smith et al., 2013: 496).

La letteratura accademica e professionale riconosce la necessità di superare la dipendenza dagli interpreti informali e propone a tal fine una varietà di soluzioni che spaziano da interventi strutturali di lungo termine a programmi di formazione mirati, fino a misure pratiche da integrare nella routine clinica, che presuppongono però il riconoscimento dell'interprete in ambito medico come professione, l'introduzione di un sistema di certificazione ufficiale, nonché la creazione di linee guida specifiche per l'ambito medico e psichiatrico (Benjamin et

al., 2016: 80), una strada ancora inesplorata non solo in Sudafrica, ma anche in molti Paesi europei, tra cui l'Italia.

I modelli di interpretariato professionale diffusi nei Paesi ad alto reddito, come la creazione di un servizio di interpretariato interno alla struttura o l'uso di professionisti a chiamata e cooperative, non risultano però sostenibili a livello economico per il Sudafrica al momento e potrebbero volerci anni prima che questo sia possibile. Alcuni ricercatori propongono quindi un approccio più basato sull' "interpretariato di comunità" come alternativa più adeguata, ovvero un modello che prevede il reclutamento di individui appartenenti alla stessa comunità o allo stesso gruppo etnico dei pazienti. Lo scopo è offrire a queste figure una formazione di base, così che possano garantire un servizio a basso costo e, al tempo stesso, fungere anche da mediatori culturali (Benjamin et al., 2016: 74,76).

In aggiunta, la tecnologia offre soluzioni utili a supporto di questa professione. Tra queste, i servizi di interpretariato telefonico centralizzati rappresenterebbero uno strumento utile per accedere rapidamente a interpreti professionisti anche per le lingue meno diffuse (Benjamin, 2025: 21; Habib et al., 2023: 3). Anche le applicazioni di traduzione digitale con intelligenza artificiale vengono prese in considerazione, con la raccomandazione però di limitarne l'uso a scenari semplici e a basso rischio; inoltre, potrebbero rivelarsi ugualmente deleterie in un ambito come quello psichiatrico, in cui la sensibilità e la conoscenza del contesto culturale di un interprete in carne e ossa restano insostituibili (Kreienbrinck et al., 2026: 2,11; Habib et al., 2023: 3).

Infine, per quanto riguarda la formazione, l'assenza di corsi e programmi universitari specifici per l'ambito sanitario continua ad essere un problema (ibid.: 80). Gli interpreti, compresi quelli informali già operativi, dovrebbero ricevere una preparazione specifica, che fornisca loro sia gli strumenti tecnici, come l'acquisizione della terminologia clinica, sia le basi etiche, focalizzandosi sul rispetto dell'accuratezza, della neutralità, della riservatezza e dei confini professionali (Kilian et al., 2014: 166; Hagan et al., 2013: 428). Inoltre, poiché l'interpretariato in psichiatria comporta un forte carico emotivo, si dovrebbe fornire agli interpreti una supervisione continua e un supporto psicologico adeguato per prevenire i danni psicologici derivanti dall'esposizione a storie traumatiche (Benjamin, 2025: 251,252). Come documentato però, al momento la formazione è quasi del tutto assente: nessuna delle principali università sudafricane offre percorsi dedicati all'interpretariato medico e i rari casi di formazione, come il progetto pilota di Stellenbosch, sono rimasti esperienze isolate e di breve durata, legate a

finanziamenti esterni non rinnovati (Elkington e Talbot, 2016: 6; Benjamin et al., 2016: 78). La formazione, tuttavia, non riguarda solo gli interpreti, ma anche il personale medico/sanitario che deve essere istruito su come collaborare in modo efficace con i mediatori (Benjamin et al., 2016: 79). Per questo motivo, la letteratura suggerisce di integrare questi moduli di comunicazione interculturale nei percorsi universitari di medicina e psichiatria (Elkington e Talbot, 2016: 8,10).

In conclusione, l'analisi svolta in questo lavoro vuole dimostrare come l'interprete informale, pur non godendo di alcun riconoscimento ufficiale, sia oggi il perno della comunicazione psichiatrica in Sudafrica. In un contesto in cui il sistema sanitario pubblico deve quotidianamente far fronte a enormi sfide strutturali ed economiche, queste figure improvvisate svolgono un lavoro silenzioso ma essenziale per consentire l'accesso alle cure. Tuttavia, proprio per l'importanza cruciale di questo ruolo, delegare la mediazione a personale privo di tutele non può rappresentare una soluzione a lungo termine. Di conseguenza, avviare un percorso graduale di formazione e professionalizzazione rappresenta una necessità clinica per garantire diagnosi accurate e, al tempo stesso, un dovere etico per sollevare questi lavoratori da un grande carico emotivo e compiere un passo concreto verso un contesto sanitario più equo e inclusivo.

## Bibliografia

Adonis, Cyril Kenneth (2025) “The crown without the jewels: South Africa’s flawed transition and its implications for social justice”. *Memory Studies*, 18 (6), 1619-1639.

Amato, Amalia (2026) “Interpreting as a multifaceted professional activity”, in Gabriele Mack e Amalia Amato (a cura di) *Interpreters’ Health and Wellbeing: An Overview Across Modes, Modalities and Settings*. New York: Routledge, 30-60.

Ayubi, Azi (2023) “Apartheid policy in South Africa”. *International Journal of Science and Society* 5(1), 124-131.

Benjamin, Ereshia (2025) *Beyond Technicalities - An In-depth Exploration of the Experiences of Trained Interpreters Working in Health Facilities in South Africa*. Stellenbosch: Stellenbosch University.

Benjamin, Ereshia, Leslie Swartz, L. Hering, e Bonginkosi Chiliza (2016) “Language barriers in health: lessons from the experiences of trained interpreters working in public sector hospitals in the Western Cape”, in A. Padarath, J. King e E. Mackie (a cura di/eds) *South African Health Review 2016*. Durban: Health Systems Trust, 73-81.

Crawford, Athalie (1999) “‘We can’t all understand the whites’ language’: an analysis of monolingual health services in a multilingual society”. *International Journal of the Sociology of Language*, 136, 27-45.

Department of Public Service and Administration (1997) *White Paper on Transforming Public Service Delivery (Batho Pele White Paper)*. Pretoria: Government Printers.

Deumert, Ana (2010) “‘It would be nice if they could give us more language’ - Serving South Africa’s multilingual patient base”. *Social Science & Medicine*, 71 (1), 53-61.

Drennan, Gerard (1996) “Counting the cost of language services in psychiatry”. *South African Medical Journal*, 86 (4), 343-345.

Drennan, Gerard (1999) “Psychiatry, post-apartheid integration and the neglected role of language in South African institutional contexts”. *Transcultural Psychiatry*, 36 (1), 5-22.

Drennan, Gerard, e Leslie Swartz (1999) “A concept over-burdened: institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa”. *Interpreting*, 4 (2), 169-198.

Drennan, Gerard, e Leslie Swartz (2002) “The paradoxical use of interpreting in psychiatry”. *Social Science & Medicine*, 54 (12), 1853-1866.

Elkington, Emily J., e Kirsten M. Talbot (2016) “The role of interpreters in mental health care”. *South African Journal of Psychology*, 46, 364-375.

Erasmus, Mabel (2000) ““Community Interpreting” in South Africa. Current Trends and Future Prospects”, in Roda P. Roberts, Silvana E. Carr, Diana Abraham, e Aileen Dufour (eds.) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 191-206.

González Rodríguez, María Jesús (2022) “El factor humano en interpretación: vulnerabilidad y fragilidad de los intérpretes en acción”, in Greta Zanoni e Serena Zuccheri (a cura di) *Emozioni: sentirle, parlarne, tradurle. MediAzioni* 33, D88-D111.

Gukelberger, Sandrine (2020) “Youth and the politics of generational memories: The Soweto uprising in South Africa”. *Ateliers d’anthropologie* 47, articolo 47.

Habib, Talat, Arun Nair, Klaus von Pressentin, Ramprakash Kaswa, e Hamid Saeed (2023) “Do not lose your patient in translation: Using interpreters effectively in primary care”. *South African Family Practice*, 65 (1), a5655.

Hagan, Sybrand, Leslie Swartz, Sanja Kilian, Bonginkosi Chiliza, P. Bisogno, e J. Joska (2013) “The accuracy of interpreting key psychiatric terms by ad hoc interpreters at a South African psychiatric hospital”. *African Journal of Psychiatry*, 16 (6), 424-429.

Hagan, Sybrand, Xanthe Hunt, Sanja Kilian, Bonginkosi Chiliza, e Leslie Swartz (2020) “Ad hoc interpreters in South African psychiatric services: service provider perspectives”. *Global Health Action*, 13 (1), 1684072.

Hanft-Robert, Saskia, Lindokuhle Shongwe, Qhama Cossie, Philasande Sithole, Tessa Roos, Mike Mösko, e Leslie Swartz (2024) ““The doctor doesn’t understand Xhosa and the service user doesn’t understand English’ - exploring the role of security guards acting as informal interpreters in psychiatric care in South Africa”. *BMC Health Services Research*, 24 (1), 1239.

Kilian, Sanja (2007) *Interpreting practices in a Psychiatric Hospital: Interpreters' experiences and accuracy of interpreting of key psychiatric terms*. Stellenbosch: Stellenbosch University.

Kilian, Sanja, Leslie Swartz, e Bonginkosi Chiliza (2015) "Doing their best: strategies used by South African clinicians in working with psychiatric inpatients across a language barrier". *Global Health Action*, 8 (1), 28155.

Kilian, Sanja, Leslie Swartz, e John Joska (2010) "Competence of interpreters in a South African psychiatric hospital in translating key psychiatric terms". *Psychiatric Services*, 61 (3), 309-312.

Kilian, Sanja, Leslie Swartz, Tessa Dowling, Mawande Dlali, e Bonginkosi Chiliza (2014) "The potential consequences of informal interpreting practices for assessment of patients in a South African psychiatric hospital". *Social Science & Medicine*, 106, 159-167.

Kilian, Sanja, Leslie Swartz, Xanthe Hunt, Ereshia Benjamin, e Bonginkosi Chiliza (2021) "When roles within interpreter-mediated psychiatric consultations speak louder than words". *Transcultural Psychiatry*, 58 (1), 27-37.

Kreienbrinck, Annika, Saskia Hanft-Robert, e Mike Mösko (2026) "Exploring the use of translation technologies to overcome language barriers in mental healthcare: a qualitative cross-country study". *International Journal for Equity in Health*, 25 (88), articolo 88.

Lesch, Harold M., e T. Ntuli (2020) "In search of quality interpreting services—The national parliament of South Africa as a case study". *Nordic Journal of African Studies*, 29 (1), 1-26.

Lesch, Harold Michael, e Bernice Saulse (2014) "Revisiting the interpreting service in the healthcare sector: a descriptive overview". *Perspectives: Studies in Translatology*, 22 (3), 332-348.

Maseko, Lebogang, e Bronwyn Harris (2018) "People-centeredness in health system reform. Public perceptions of private and public hospitals in South Africa". *South African Journal of Occupational Therapy*, 48 (1), 22-27.

Mbatha, Mthandeni Patric, e Mxolisi Bongumusa PraseGod Cebekhulu (2022) "The concepts of 'Zulu tribe' and 'Zulu nation' and their use towards political aspirations in South Africa". *ScienceRise*, 6 (83), 32-41.

Moonsamy, Ashira, e Thavanesi Gurayah (2024) “Cultural perspectives and experiences of mental healthcare and occupational therapy in Kwa-Zulu Natal, South Africa”. *South African Journal of Occupational Therapy*, 54 (1), a5

National Department of Health (1999) *Patients' Rights Charter*. Pretoria: Department of Health.

Ndhlovu, Finex, e Leketi Makalela (2022) *Decolonising multilingualism in Africa: Recentring silenced voices from the Global South*. Bristol: Multilingual Matters.

Noble, Vanessa (2024) ““The Other Hospital Staff”: Tracing the History of an Eastern Cape Mission Hospital’s General Workers, Late 1930s to the Early 1970s”. *South African Historical Journal* 76(4), 447-473.

Oosthuysen, J. C. (2016) *The Grammar of isiXhosa*. Stellenbosch: SUN MeDIA,

Ozolins, Uldis (2000) “Communication Needs and Interpreting in Multilingual Settings: The International Spectrum of Response”, in Roda P. Roberts, Silvana E. Carr, Diana Abraham, e Aideen Dufour (a cura di/eds) *The Critical Link 2: Interpreters in the Community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 21-34.

Padmanabhanunni, Anita, Kyle Jackson, Zorina Noordien, Tyrone B. Pretorius, e Jean-Pierre Bouchard (2022) “Characterizing the nature of professional training and practice of psychologists in South Africa”. *Annales Médico-Psychologiques* 180, 360-365.

Republic of South Africa (1996) *Constitution of the Republic of South Africa, Act No. 108 of 1996*. Pretoria: Government Printer

Republic of South Africa (2004) *Government Gazette*. Pretoria: Government Printer.

Saulse, Bernice (2010) *Interpreting within the Western Cape health care sector: a descriptive overview*. Stellenbosch: Stellenbosch University.

Schwieter, John W., e Aline Ferreira (2026) “Interpreting as a specialized activity in multilingual individuals”, in Gabriele Mack e Amalia Amato (a cura di/eds) *Interpreters' Health and Wellbeing: An Overview Across Modes, Modalities and Settings*. New York: Routledge, 61-86.

Smith, Jénine, Leslie Swartz, Sanja Kilian, e Bonginkosi Chiliza (2013) “Mediating words, mediating worlds: Interpreting as hidden care work in a South African psychiatric institution”. *Transcultural Psychiatry*, 50 (4), 493-514.

Sorsdahl, K., I. Petersen, B. Myers, Z. Zingela, C. Lund, e C. Van Der Westhuizen (2023) “A reflection of the current status of the mental healthcare system in South Africa”. *SSM - Mental Health* 4, 100247.

Statistics South Africa (2023) *Census 2022: Statistical Release*. Pretoria: Statistics South Africa.

Swartz, Leslie (1985) “Issues for cross-cultural psychiatric research in South Africa”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 9, 59-74.

Swartz, Leslie (1991) “The politics of black patients’ identity: ward-rounds on the ‘black side’ of a South African psychiatric hospital”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 217-244.

Swartz, Leslie, e Don Foster (1984) “Images of culture and mental illness: South African psychiatric approaches”. *Social Dynamics* 10, 17-25.

Swartz, Leslie, e Gerard Drennan (2000) “Beyond words: notes on the ‘Irrelevance’ of language to mental health services in South Africa”. *Transcultural Psychiatry*, 37 (2), 185-201.

Swartz, Leslie, e Sanja Kilian (2014) “The invisibility of informal interpreting in mental health care in South Africa: notes towards a contextual understanding”. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38 (4), 700-711.

Swartz, Leslie, O. Ben-Arie, e A. F. Teggin (1985) “Subcultural Delusions and Hallucinations: Comments on the Present State Examination in a Multi-cultural Context”. *British Journal of Psychiatry* 146, 391-394.

Swartz, Sharlene, A. N. Nyamnjoh, e A. Mahali (2024) “Visibility, voice and emancipation: suggestions for decolonising research ethics in the sociology of youth”, in J. Bessant, P. Collin, e P. O’Keeffe (eds.) *Research handbook on the sociology of youth*. London: Edward Elgar Publishing, 416-428.

Tribe, Rachel, e K. Thompson (2009) “Opportunity for development or necessary nuisance? The case for viewing working with interpreters as a bonus in therapeutic work”. *International Journal of Migration Health and Social Care*, 5 (2), 4-12.

Wadensjö, Cecilia (1993) “The double role of a dialogue interpreter”. *Perspectives: Studies in Translatology*, 1 (1), 105-121.

World Health Organization (2025) *World report on social determinants of health equity*. Ginevra: World Health Organization.

## Sitografia

<https://translators.org.za/about-us/>

(visitato il 2 giugno 2026)

<https://aiic.africa/interpreter-search/>

(visitato il 2 giugno 2026)

<https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/nero-negro-e-di-colore/734>

(visitato il 2 giugno)

<https://www.su.ac.za/en/faculties/arts>

(visitato il 16 giugno 2026)

<https://www.ufs.ac.za/humanities/departments-and-divisions/linguistics-and-language-practice-home/academic-information/undergraduate-degrees-with-linguistics>

(visitato il 16 giugno 2026)

<https://www.wits.ac.za/course-finder/postgraduate/humanities/bahons-translation-or-interpreting/>

(visitato il 16 giugno 2026)

[https://www.uj.ac.za/wp-content/uploads/2021/09/humanities\\_pg\\_2026\\_brochure\\_a5-1.pdf](https://www.uj.ac.za/wp-content/uploads/2021/09/humanities_pg_2026_brochure_a5-1.pdf)

(visitato il 16 giugno 2026)

<https://aiic.org/company/roster/companyRosterDetails.html?companyId=13370&companyRosterId=112>

(visitato il 23 giugno 2026)