

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI INTERPRETAZIONE E TRADUZIONE

CORSO di LAUREA IN

MEDIAZIONE LINGUISTICA INTERCULTURALE (Classe L-12)

ELABORATO FINALE

L'interpretazione dialogica in ambito sanitario: analisi di una professione complessa attraverso l'intervista semi-strutturata a un interprete ospedaliero

CANDIDATO

Valeria Ghiri

RELATORE

Natacha Sarah Alexandra Niemants

Anno Accademico 2019/2020

Secondo Appello

*Ai miei nonni,
i miei più preziosi sostenitori.*

Indice

Introduzione	1
1. Dal diritto alla salute alla pratica della professione	3
1.1 L'accesso al servizio sanitario nazionale da parte di una popolazione multietnica	3
1.2 Il ruolo dell'interprete dialogico nell'ASL della Romagna.....	5
1.3 Gli aspetti specifici dell'interpretazione in ambito medico: focus sulla preparazione.....	7
1.3.1 Una professione non sufficientemente regolamentata	7
1.3.2 Specificità, requisiti e competenze	8
1.4 Il divario che separa deontologia e professione	11
1.4.1 Formulazioni traduttive e coordinamento.....	11
1.4.2 Dai codici deontologici al concetto di <i>role-space</i>	12
2. La preparazione dei dati per l'analisi	16
2.1 Una breve introduzione	16
2.2 La preparazione dell'intervista semi-strutturata.....	16
2.3 L'intervista a distanza su Microsoft Teams	19
2.4 La trascrizione con il programma ELAN	20
2.4.1 La fase di trascrizione	20
2.4.2 La fase di esportazione	22
2.5 Prospettive future	23
3. Tra barriere linguistiche ed empatia: l'analisi dei dati raccolti	24
3.1 Obiettivi e struttura del capitolo	24
3.2 Dalla letteratura all'intervista: le conferme	24
3.3 Gli apporti dell'intervista: l'interprete con barriera linguistica.....	27
3.3.1 Le lingue veicolari	27
3.3.2 L'interpretazione telefonica.....	28
3.3.3 La traduzione automatica.....	29
3.4 Gli apporti dell'intervista: l'interprete con empatia	30
3.4.1 L'empatia verso il paziente.....	30
3.4.2 L'empatia verso il personale medico	31
Conclusioni	34
Bibliografia	37

Sitografia	39
Appendice	40

Introduzione

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di esplorare la professione dell'interprete dialogico in ambito sanitario, una figura complessa che difficilmente rientra nelle etichette e nelle descrizioni teoriche volte a circoscriverne la natura, poliedrica e mutevole a seconda del contesto situazionale e interazionale in cui si colloca.

Per delineare un quadro il più possibile completo e autentico sulla complessità del ruolo e la varietà di attività che questa figura è chiamata a svolgere, abbiamo deciso di basare la nostra analisi sull'esperienza diretta di un interprete attivo nel settore sanitario, impiegato, principalmente durante la stagione estiva, presso il presidio ospedaliero "Infermi" di Rimini per conto della società cooperativa DiaLogos.

Nel primo capitolo, introdurremo il tema dell'interpretazione dialogica in ambito sanitario, soffermandoci sulle ragioni per cui nasce e i benefici che comporta. Entreremo poi nel dettaglio del ruolo degli interpreti nell'ASL della Romagna, rivolgendo la nostra attenzione sulle loro mansioni, i requisiti e il meccanismo di assunzione, il rapporto con lo staff medico e le problematiche relative all'assenza di un riconoscimento ufficiale della professione. Continueremo tracciando la situazione italiana attuale riguardo la formazione degli interpreti, e gli aspetti specifici dell'interpretazione in ambito medico per i quali questi professionisti devono essere adeguatamente preparati. Infine, dedicheremo l'ultima sezione di questo primo capitolo al contrasto che nasce tra alcuni dei principi dei maggiori codici deontologici e la realtà molto più complessa della professione, che si allontana da descrizioni teoriche avulse dal contesto in cui l'interpretazione si colloca, favorendo un nuovo approccio interazionista alla questione.

Nel secondo capitolo, illustreremo la metodologia impiegata per conseguire l'obiettivo che ci siamo prefissate, vale a dire ottenere dei dati autentici basati sull'esperienza di una persona scesa direttamente sul campo. A tal fine, documenteremo la creazione di un'intervista semi-strutturata sottoposta all'interprete sopraccitato, il suo svolgimento in modalità a distanza, e la sua trascrizione con il software ELAN, soffermandoci brevemente sia sulla fase di trascrizione vera e propria, che sulla fase di esportazione del file trascritto, e accennando infine a possibili sviluppi futuri.

Nel terzo e ultimo capitolo, ci occuperemo dell'analisi dei dati raccolti, partendo innanzitutto dalle conferme che abbiamo ottenuto mettendo a confronto le informazioni ricavate dalla letteratura con quelle emerse dall'intervista. Proseguiremo analizzando alcune possibili soluzioni applicabili nel caso in cui si presentasse una barriera linguistica che nemmeno l'interprete riesce a superare, ossia quando la lingua del paziente non corrisponde a nessuna di quelle della sua combinazione. Per

concludere, riporteremo due episodi raccontatici durante l'intervista, con lo scopo di fare emergere l'influenza che l'empatia (sia nei confronti dei pazienti che verso il personale medico) può esercitare sulle scelte fatte dagli interpreti, e di mostrare come questo sentimento possa in alcuni casi prevaricare alcune delle regole dettate dalla deontologia professionale.

1. Dal diritto alla salute alla pratica della professione

1.1 L'accesso al servizio sanitario nazionale da parte di una popolazione multietnica

Come sancito dall'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale, la salute rientra tra i diritti inalienabili dell'individuo e, in quanto tale, è tutelata e garantita dallo Stato. Tale principio si rivolge indistintamente a tutti gli individui, non solo ai cittadini italiani, ed è perciò da annoverare tra i diritti fondamentali della persona, senza alcuna distinzione di nazionalità o provenienza.

Il fatto che la Costituzione decreti la salute quale diritto indiscusso di ogni individuo fa sì che il sistema sanitario si adoperi per assicurare questo diritto anche a coloro che non parlano la lingua delle istituzioni. Infatti, il costante aumento di flussi migratori verso l'Italia ha spinto le varie istituzioni a ripensare le modalità di erogazione dei servizi sanitari, percependo la necessità di un adattamento al sempre più evidente carattere multietnico della società. Di conseguenza, per i pazienti stranieri che non conoscono o conoscono poco la lingua, l'intervento di un interprete-mediatore linguistico si rivela a volte necessario, "al fine di metterli in condizione di comunicare con i rappresentanti dell'istituzione e di beneficiare equamente dei servizi che sono garantiti loro per legge"¹ (Niemants, 2016: 56).

L'importanza della componente comunicativa nella medicina viene evidenziata anche da Baraldi (2015), il quale, partendo dall'analisi della teoria dei sistemi sociali di Niklas Luhmann, spiega come non ci possa essere medicina senza comunicazione, essendo questa l'unica operazione "in grado di creare un senso all'operare del sistema" (*ibid.*: 90). Infatti, sebbene l'oggetto della medicina sia il corpo umano, l'unica via percorribile dal medico per potervi accedere è proprio la comunicazione (si pensi al momento dell'anamnesi, della diagnosi o ancora della somministrazione delle cure). Pertanto una comunicazione non pienamente efficace, ad esempio quando paziente e personale medico non condividono la stessa lingua, può ostacolare il raggiungimento degli scopi dell'interazione medica, lasciando intuire come un trattamento equo dei corpi richieda necessariamente dei "processi comunicativi differenziati" (*ibid.*: 98). Questa forma di comunicazione adattata in funzione del paziente può tradursi nell'impiego di interpreti-mediatori linguistici che garantiscano, per mezzo di un supporto linguistico e culturale, un'equità di accesso ai servizi sanitari nazionali.

Definita da Baraldi e Gavioli come "una forma di *cosmopolitismo*, che produce diversità senza separazione" (2019: 157), la mediazione linguistica può essere considerata anche come mezzo di riconciliazione tra la voce autorevole della medicina e l'espressione personale del paziente. Infatti,

¹ Trad. nostra.

ogni interazione medico-paziente mostra almeno due tipi di asimmetria: la prima si sviluppa a partire dall'argomento stesso della conversazione, cioè le condizioni mediche del paziente, il quale si pone conseguentemente in una posizione di maggiore vulnerabilità rispetto al medico. In secondo luogo, vi è un'asimmetria nelle conoscenze e quindi nei ruoli che vengono ricoperti dai due partecipanti all'interazione: esponendo il problema, rispondendo alle domande e accettando la diagnosi e la cura, il paziente riporta un atteggiamento in prevalenza subordinato a quello del medico, che invece conduce l'andamento della conversazione e mostra pertanto di esserne la parte dominante (Merlini, 2009: 95, citando ten Have 1991). Confrontando le interazioni nelle quali medico e paziente condividono la stessa lingua con quelle che invece vedono i due partecipanti parlare due lingue diverse, è facile osservare che, nel secondo caso, è presente un'asimmetria maggiore tra le due parti, sia a livello linguistico che partecipativo. Come evidenzia Gutiérrez (2013), i diversi livelli di asimmetria aumentano infatti quando medico e paziente non parlano la stessa lingua. La situazione varia quando l'interprete-mediatore prende parte all'interazione: la presenza di un terzo partecipante può portare a riequilibrare l'asimmetria caratterizzante il rapporto medico-paziente (*ibid.*), contribuendo a “riconciliare la promozione dell'autorevolezza dell'operatore e la promozione dell'espressione personale del paziente” (Baraldi e Gavioli, 2019: 215-216).

Oltre ad avvicinare pazienti e operatori sia su un piano linguistico che su un piano partecipativo, la mediazione linguistica, se intesa come mediazione dialogica², è da considerarsi infine anche come una forma di promozione del *multilinguismo*, cioè il diritto di poter parlare più lingue in un determinato contesto sociale (Baraldi e Gavioli, 2019: 157). Questa infatti

crea le condizioni per cui la varietà delle lingue viene insieme conservata (ciascuno può parlare la propria lingua) e ridotta (ciascuno viene più facilmente a contatto con un'altra lingua). (*Ibid.*: 157)

La mediazione linguistica neghentropica pertanto, fondamentale nel garantire un equo accesso alle cure da parte di una popolazione straniera che non parla la lingua del servizio sanitario nazionale, agisce in modo tale da amplificare sia la voce del paziente straniero che quella del personale medico. Così facendo, promuove il multilinguismo e l'approccio di una comunicazione incentrata sul racconto personale del paziente che al contempo non sottragga autorevolezza al ruolo della medicina.

² Baraldi e Gavioli (2019: 157) distinguono tra mediazione linguistica “entropica”, cioè intesa come perdita di significati, e “neghentropica”, cioè concepita come arricchimento di significati. Parlando pertanto di mediazione dialogica (o mediazione linguistica neghentropica) ci si riferisce a quel tipo di mediazione che promuove la diversità e produce “nuove forme linguistiche e culturali” (*ibid.*).

1.2 Il ruolo dell'interprete dialogico nell'ASL della Romagna

In Italia, l'assenza di un vero e proprio coordinamento a livello nazionale in merito alle vie percorribili per rispondere alle esigenze del paziente straniero ha fatto sì che ogni regione adottasse differenti iniziative per rispondere a questa nuova necessità, spesso appoggiandosi ai servizi di mediazione offerti da cooperative esterne di mediatori professionisti o, laddove queste non fossero presenti, affidandosi alla mediazione improvvisata di familiari e amici del paziente³.

Avendo articolato il nostro elaborato intorno alla testimonianza diretta di un interprete impiegato presso il presidio ospedaliero "Infermi" di Rimini, concentreremo la nostra attenzione sul caso della regione Emilia-Romagna e, più nello specifico, sul ruolo che l'interprete dialogico riveste presso l'ASL della Romagna.

Definito da Delli Ponti e Forlivesi (2005)⁴ come un "operatore amministrativo-interprete" (*ibid.*:195), questa figura professionale è stata introdotta all'Ospedale "Infermi" di Rimini nella seconda metà degli anni Novanta, con l'obiettivo di far fronte alle esigenze – sia linguistiche che burocratiche – di un sempre maggior numero di pazienti stranieri che vi si rivolgono. Il servizio di interpretazione è stato inizialmente concepito come mero servizio estivo per i turisti di lingua tedesca, per poi essere esteso sul periodo annuale e su un maggior numero di lingue a seguito del crescente fenomeno migratorio verso l'Italia. Resta comunque il fatto che l'attività degli interpreti si concentra maggiormente durante i mesi estivi, con un servizio attivo ventiquattr'ore su ventiquattro diviso in tre turni (8.00-14.00; 14.00-20.00; 20.00-8.00⁵). Data la minore affluenza di pazienti stranieri durante i restanti periodi dell'anno, da Pasqua all'inizio dell'estate e nel mese di ottobre la presenza di interpreti è limitata alle sole fasce diurne, mentre nel periodo invernale il servizio è coperto esclusivamente nei turni mattutini.

Per reclutare lo staff di interpreti necessari a coprire il servizio di mediazione nei presidi ospedalieri, da alcuni anni l'ASL della Romagna si affida a una cooperativa esterna, la Cooperativa Sociale

³ In Italia, l'accompagnamento da parte di familiari o amici del paziente che si improvvisano interpreti in genere non è consentito, almeno fino a quando l'interprete in ospedale riesce in qualche modo a comunicare col paziente (Delli Ponti e Forlivesi, 2005: 198). In Belgio invece, come emerge da uno studio condotto nel 2013 nell'arco di tre mesi su un campione di 1360 pazienti (Cox, Rosenberg, Thommeret-Carrière, Huyghens, Humblé e Leanza, 2019), meno del 2% delle visite in Pronto Soccorso con un paziente straniero vedevano la presenza di un interprete professionista, e nel 28% dei casi la mediazione veniva svolta da un familiare o un amico che assumeva il ruolo di interprete-mediatore. La ragione che risiede dietro questi dati è che i medici, pur conoscendo i benefici che gli interpreti professionisti apportano all'interazione, preferiscono non affidarsi a loro perché considerati come un impiego eccessivo di tempo e denaro (*ibid.*).

⁴ Delli Ponti e Forlivesi (2005) offrono una visione d'insieme su quello che è il lavoro dell'interprete all'interno di una struttura ospedaliera e sul funzionamento di un ospedale che lavora costantemente a stretto contatto con questa figura professionale (nel caso specifico quello di Rimini). In ragione di ciò, tutte le informazioni contenute in questa sezione che seguiranno sono da ricercarsi in Delli Ponti e Forlivesi (2005), salvo diversamente indicato.

⁵ Per l'anno ancora in corso, l'emergenza sanitaria ha portato all'eliminazione del turno notturno (20.00-8.00), compensato da un turno ridotto (18.00-24.00) soltanto nei pochi giorni di maggiore affluenza estiva.

DiaLogos. Come si può leggere in un documento interno fornitoci dalla stessa cooperativa, questa nasce a Forlì nel 1996 con il nome Spazi Mediani e, soltanto nel 2011, a seguito della fusione con la cooperativa sociale Sesamo di Forlì, prende il nome di DiaLogos che conserva tutt'oggi. A seguito di numerosi progetti professionali e di volontariato svolti nel campo dell'immigrazione e della cooperazione internazionale, dal 2001 la società cooperativa organizza e gestisce, in convenzione con il Comune di Forlì e l'ASL di Forlì, il Servizio di mediazione interculturale in ambito scolastico, sociale e sanitario. Dopo un primo ampliamento del servizio anche all'ASL di Cesena nel 2007, il servizio di mediazione interculturale, a partire dal gennaio del 2013, si è esteso anche l'ASL di Rimini.

Per diventare interprete nel presidio ospedaliero in questione è necessaria la conoscenza di almeno tre lingue obbligatorie (inglese, francese e tedesco) e un'eventuale ulteriore padronanza del russo, non obbligatoria, in risposta alla forte affluenza di parlanti di questa lingua soprattutto durante i mesi estivi. Dire però che l'attività dell'interprete in ospedale consiste esclusivamente nel garantire la comunicazione orale tra medico e paziente in queste lingue sarebbe riduttivo: il lavoro di operatore amministrativo-interprete, come il nome stesso lascia intuire, ha in sé una forte componente amministrativa connessa alla gestione delle pratiche burocratiche e di recupero crediti dei ricoveri o delle prestazioni sanitarie di cui i pazienti stranieri usufruiscono. Spesso, inoltre, questo lavoro comprende anche una componente di consulenza, volta nella maggior parte dei casi a rendere noti al paziente straniero i diritti che gli spettano e di cui potrebbe non essere a conoscenza (“ad esempio, a chi avrebbe diritto a un medico ma lo ignora o non sa a chi rivolgersi per ottenere un libretto sanitario”, Delli Ponti e Forlivesi 2005: 196). Agendo da intermediario ogni qual volta che il paziente straniero entra in contatto con il personale medico, l'interprete segue quest'ultimo durante tutto il suo “iter ospedaliero” (*ibid.*: 196), dal momento dell'accettazione in Pronto Soccorso, fino alle dimissioni e all'eventuale rimpatrio, compilando e traducendo i documenti e moduli necessari (come ad esempio il documento per il pagamento delle prestazioni, la traduzione della lettera di dimissione ecc.). Infine, l'interprete può anche essere chiamato ad occuparsi di traduzioni di documenti rilasciati a pazienti italiani da ospedali stranieri.

All'Ospedale “Infermi” di Rimini il personale sanitario è sufficientemente informato sulla presenza degli interpreti e sulle effettive competenze che questi possiedono. Nei presidi ospedalieri in cui gli interpreti non fanno parte dello staff permanente della struttura (e sono pertanto chiamati solo in caso di necessità), i compiti e le facoltà di questi professionisti possono invece risultare meno chiari al personale sanitario, che talvolta li considera come macchine traduttive capaci di interpretare da e verso qualsiasi combinazione linguistica.

Come testimoniato in prima persona da Delli Ponti e Forlivesi (2005), questo tipo di professione è di fatto scarsamente riconosciuta a livello ufficiale: la preparazione, costituita da costanti aggiornamenti di tipo linguistico-terminologico, è ancora altamente sottovalutata, “forse perché poco tangibile e non facilmente valutabile” (*ibid.*: 200). Questo esiguo riconoscimento colpisce anche la remunerazione, pagata su base oraria e con compensi molto più bassi rispetto alla retribuzione giornaliera dell’interprete di conferenza. Inoltre, nonostante gli interpreti lavorino tutti i giorni dell’anno, spesso non sono previste indennità aggiuntive (per festività, lavoro notturno, malattia, fine settimana o ferie); e “benché l’interprete entri frequentemente in contatto con malati infettivi e [...] si assuma costantemente un rischio anche penale non irrilevante” (*ibid.*: 200), non sono in genere stabilite delle indennità di rischio, che eventualmente è il singolo professionista a decidere di stipulare a proprie spese⁶. Quando poi l’interprete è un lavoratore autonomo a tutti gli effetti, anche i contributi assistenziali e previdenziali sono interamente a suo carico.

1.3 Gli aspetti specifici dell’interpretazione in ambito medico: focus sulla preparazione

1.3.1 Una professione non sufficientemente regolamentata

In anni di assenza di una regolamentazione sulla qualifica professionale, in parte colmata dalla norma UNI 11591:2015⁷, è venuto a mancare anche un programma di formazione unificato e coordinato a livello nazionale, capace di dare un giusto riconoscimento ai professionisti dell’interpretazione dialogica e, soprattutto, una preparazione completa e approfondita fatta di programmi strutturati e correttamente bilanciati tra teoria e pratica dell’interpretazione dialogica in ambito medico.

Oggi giorno, il panorama italiano prevede progetti di formazione extra-universitari sulla mediazione, spesso destinati a persone che possiedono loro stesse un passato migratorio o hanno vissuto sulla loro pelle l’esperienza dell’emigrazione, inizialmente considerate più vicine alla realtà del paziente straniero e pertanto più adatte alla risoluzione dei problemi che potrebbero sorgere dall’incontro di due culture diverse. In realtà, però, non sempre il paziente straniero appartiene a un gruppo minoritario (basti pensare ai turisti), e, sempre riconoscendo l’importanza dell’aspetto interculturale,

⁶ A tale proposito, l’intervistato ha sottolineato l’importanza per gli interpreti ospedalieri di stipulare un’assicurazione che li tuteli dalle responsabilità legali, potendo questi appellarsi solamente alla loro buona fede, alla deontologia e alla collaborazione con il personale medico (cfr. la trascrizione integrale dell’intervista in Appendice, turni 432-434).

⁷ Come si legge dal sito di AITI (Associazione Italiana Traduttori e Interpreti), la norma UNI 11591:2015 “Attività professionali non regolamentate - Figure professionali operanti nel campo della traduzione e dell’interpretazione - Requisiti di conoscenza, abilità e competenza” è entrata in vigore nel settembre del 2015 con l’obiettivo di definire in maniera dettagliata i diversi profili di traduttori e interpreti (tra cui quello di *Interprete in ambito socio-sanitario*), delineando le competenze, le conoscenze e le abilità che ciascun profilo deve possedere. In quanto “testo pubblico, condiviso e ufficiale” (*ibid.*), questo documento consente a un ente terzo di riconoscere la qualifica di un professionista certificandone la conformità alla norma.

poco importa che l'interprete sia originario dello stesso Paese del paziente per cui interpreta (Ballardini, 2006: 44). Anche la legislazione della regione Emilia-Romagna, benché abbia istituito dei corsi di formazione/aggiornamento per mediatori, e per quanto articolato e ricco di competenze appaia il progetto formativo di questi, offre di fatto programmi di formazione molto brevi che non riescono quindi a trattare la professione nella sua interezza e complessità (Baraldi e Gavioli, 2019: 230), né a fare in modo che i mediatori acquisiscano le abilità e competenze previste dai profili professionali stabiliti dalla norma UNI 11591, in particolare quello di Interprete in ambito socio-sanitario che ci interessa qui.

Benché non ancora obbligatoria, la formazione a livello universitario appare perciò essenziale per un corretto svolgimento del mestiere, offrendo una preparazione tanto sulle tecniche specifiche dell'interpretazione dialogica, quanto sugli aspetti prettamente linguistici e culturali delle lingue di studio. Un esempio d'eccellenza in questo campo è il corso di laurea triennale in "Mediazione Linguistica e Interculturale" con sede a Forlì (classe L-12, Università di Bologna), che introduce gli studenti all'interpretazione dialogica in vari ambiti tra cui anche quello medico, incluso nel piano di studi all'incirca dal 2004 (Ballardini, 2006: 45). Al livello della formazione magistrale in interpretazione, però, la dialogica viene spesso tralasciata per fare spazio all'interpretazione di conferenza, alla quale viene riconosciuto tutt'altro prestigio e necessità di preparazione. Nonostante alcuni passi avanti recentemente fatti dalle principali università italiane di interpretazione⁸, resta comunque difficile coprire il divario che separa la formazione universitaria dall'attività vera e propria dell'interprete in ambito medico, una professione complessa che si contraddistingue dalle altre tipologie di interpretazione proprio per le caratteristiche intrinseche del contesto in cui si svolge. Proprio per questo motivo, la formazione sul campo ricopre un ruolo di primaria importanza, per affrontare correttamente le situazioni più delicate e specifiche del mestiere che in genere si imparano a gestire solo tramite l'esperienza (Delli Ponti e Forlivesi, 2005: 197).

1.3.2 Specificità, requisiti e competenze

Il primo tratto distintivo caratterizzante la professione ha a che fare con l'oggetto stesso dell'interpretazione: quando la salute e la dignità dell'uomo sono coinvolte, una traduzione scorretta o non abbastanza precisa potrebbe compromettere la validità di una cura o causare danni alla

⁸ A Trieste esiste da alcuni anni un corso di interpretazione dialogica alla Laurea Magistrale, e anche il corso di Laurea Magistrale in Interpretazione di Forlì (Università di Bologna) ha attivato per l'anno 2020/21 il corso "Teoria e prassi dell'Interpretazione dialogica specializzata", che prevede sia ore di teoria che di pratica della dialogica in cinque combinazioni linguistiche. È possibile consultare il piano di studi al seguente sito: https://corsi.unibo.it/magistrale/Interpretazione/insegnamenti/piano?code=8060&year=2020&manifest=it_2020_8060_000_000_2020

condizione fisica del paziente. Tutto questo comporta grandi responsabilità per l'interprete, anche da un punto di vista legale: impiegando la formula "l'interprete riferisce che..." nel referto, il medico precisa di fatto che, in caso di eventuali complicazioni future, è sull'interprete che ricadrebbe la responsabilità legale⁹, essendo quest'ultimo l'unico partecipante all'interazione capace di comprendere entrambe le parti e permettere così che possano comunicare tra loro (Ballardini, 2006: 46; Delli Ponti e Forlivesi, 2005: 196-197).

Un altro aspetto da non sottovalutare è la gestione del rapporto con i pazienti, anche italiani: infatti, risulta spesso difficile far capire loro in che cosa consista il ruolo dell'interprete in una struttura ospedaliera e che questo non possiede alcuna competenza in ambito medico. Uno dei primi fattori che in parte contribuisce ad aumentare l'ambiguità di questa figura è da individuare nella divisa bianca che indossa in presidi sanitari quali quello riminese, la stessa portata dal personale medico. Per di più, gli interpreti sono chiamati ad avere un primo approccio con il paziente straniero nella fase preliminare alla visita, affinché possano tracciare il quadro clinico indagando sulla natura del problema e, talvolta, anche sui sintomi. Lo stesso accade al termine della visita: nell'interazione diadica interprete-paziente, il primo viene solitamente lasciato a dare istruzioni tecniche sul come raggiungere una particolare struttura sanitaria o, ad esempio, la farmacia più vicina (Merlini, 2009: 91). Infine, soprattutto nei casi in cui il paziente debba seguire una cura a carattere continuativo, l'interprete viene spesso visto come un vero e proprio punto di riferimento durante tutto il percorso, ogni qual volta il paziente straniero, spesso migrante, ha necessità di entrare in contatto con il presidio ospedaliero e non solo:

Se hanno un appuntamento, i migranti che arrivano si rivolgono alle mediatrici, e non al personale medico; è alle mediatrici che portano regali e rivolgono i loro ringraziamenti dopo la nascita di un bambino; ed è la mancanza delle mediatrici a pesare maggiormente quando queste sono assenti per motivi di salute o per ferie. [...] La loro presenza costante fa sì che talvolta le mediatrici conoscano già i pazienti mentre il personale medico, lavorando a turni, li veda per la prima volta [...] ¹⁰. (Niemants, 2016: 60)

Tenendo presente che una solida preparazione linguistica resta un requisito necessario e fondamentale per svolgere la professione, l'interprete che lavora in ambito medico deve prestare particolare attenzione anche a un'altra caratteristica che contraddistingue le interazioni medico-paziente da qualsiasi altra interazione tra due o più parlanti di lingue diverse. Ciò che emerge da questo tipo di

⁹ La questione della responsabilità legale è stata affrontata anche nel corso della nostra intervista, durante la quale l'interprete intervistato ci ha spiegato che alcuni medici richiedono anche la controfirma dell'interprete sul referto, e che pertanto è di importanza fondamentale rileggere attentamente tutto ciò che è stato scritto (cfr. la trascrizione integrale dell'intervista in Appendice, turni 183-190).

¹⁰ Trad. nostra.

incontri è che i due partecipanti, che comprensibilmente non condividono lo stesso bagaglio di conoscenze mediche, hanno altresì una diversa padronanza e conoscenza della terminologia tecnica e settoriale, il che determina l'asimmetria di conoscenze di cui si parlava sopra (capitolo 1, sezione 1.1). Spesso, infatti, anche un paziente che condivide *la stessa lingua* del personale sanitario potrebbe non cogliere il senso di alcuni tecnicismi e perdersi di tanto in tanto tra le parole altamente specialistiche del gergo medico (Bontempo e Malcolm, 2012: 107). Questa condizione di disuguaglianza e disimmetria linguistica ha degli effetti considerevoli anche sulla strategia di traduzione dell'interprete: un'interpretazione impeccabile a livello terminologico non contribuirà al raggiungimento degli scopi dell'interazione se il paziente non sarà capace di cogliere il senso di quello che viene detto (Ballardini, 2006: 46). È necessario pertanto che l'interprete utilizzi un linguaggio accessibile al paziente, senza cimentarsi in traduzioni meccaniche ed eccessivamente artificiose che potrebbero risultare poco funzionali per gli obiettivi dell'interpretazione.

L'ultimo aspetto da prendere a nostro avviso in considerazione quando si parla di interpretazione in ambito medico è il rischio del cosiddetto "trauma vicario", condizione psico-fisica derivata da un eccessivo coinvolgimento emotivo nei confronti di un evento particolarmente doloroso o traumatico vissuto da un'altra persona (Bontempo e Malcolm, 2012). Così come il personale socio-sanitario, gli interpreti sono infatti costantemente esposti a vicende potenzialmente traumatizzanti quali lutti, abusi, violenze, malattia e sofferenza; a differenza del personale medico, però, gli interpreti sono "il mezzo attraverso il quale questi messaggi vengono veicolati"¹¹ (e l'uso della prima persona¹² non fa che potenzialmente aumentare il coinvolgimento emotivo alla vicenda traumatica, accrescendo così le probabilità dell'insorgere del "trauma vicario") (*ibid.*: 111). Sebbene fortemente sottovalutato per la categoria degli interpreti, questo rischio è reale e diffuso; per questo motivo, è doveroso preparare adeguatamente i futuri interpreti ad affrontare questo tipo di eventi drammatici, fornendo loro gli strumenti necessari per sviluppare delle strategie di gestione positive del trauma. Grazie ad attività di simulazione in un ambiente di apprendimento sicuro, ad esempio, gli studenti possono avere un primo approccio alle svariate situazioni con cui potrebbero confrontarsi una volta entrati nel mondo del lavoro, e imparare da queste a mettere in atto delle competenze specifiche per rispondere in maniera positiva a situazioni particolarmente dolorose o traumatiche (*ibid.*: 127).

¹¹ Trad. nostra.

¹² Bontempo e Malcolm (2012) portano l'esempio dell'interprete che invece di dire "L'ha afferrata, l'ha spinta a terra e poi l'ha violentata" (*He grabbed her and pushed her down and then raped her*), con l'utilizzo della prima persona dice "Mi ha afferrato, mi ha spinto a terra e poi mi ha violentato" (*He grabbed me and pushed me down and raped me*).

1.4 Il divario che separa deontologia e professione

1.4.1 Formulazioni traduttive e coordinamento

Come abbiamo visto in precedenza, prerogativa assoluta dell'interpretazione dialogica in ambito medico è che questa sia innanzitutto efficace alla comprensione dei partecipanti. Tradurre in maniera efficace, quindi, potrebbe significare scostarsi dall'originale a favore di una traduzione benefica per gli scopi dell'interazione; secondo Baraldi e Gavioli (2019), questa può prodursi sotto forma di alcune "formulazioni traduttive", che non sono altro che "modificazioni che la traduzione apporta al contenuto dei turni di operatori o pazienti, modificazioni che ne riassumono, esplicitano o sviluppano il "nocciolo"" (*ibid.*: 134). Può accadere, ad esempio, che l'interprete riassuma in un'unica traduzione finale una serie di turni di una sequenza diadica avvenuta con il paziente, e ciò dopo aver esplorato e successivamente elaborato una risposta del paziente pertinente alla domanda dell'operatore, aiutandolo così a fornire dettagli ed evitando ulteriori domande del medico necessarie nel caso di una traduzione turno per turno (*ibid.*: 134; Niemants, 2018; Baraldi e Gavioli, 2014). Avviene di frequente anche che l'interprete si trovi a espandere una spiegazione volutamente sintetica del personale medico (l'espansione è talvolta sollecitata dallo stesso operatore), o a spiegare al paziente in maniera esplicita aspetti complicati di tipo medico o organizzativo. L'interprete può anche tradurre in modo "non sistematico" (Baraldi e Gavioli, 2019: 134), cioè intervenendo a sostegno della comunicazione tra medico e paziente solo nel caso in cui percepisca una difficoltà di comunicazione o comprensione tra i due e lasciandoli interagire direttamente laddove possibile e funzionale agli scopi. A seguito di queste considerazioni, si osserva che

nella mediazione linguistica non si produce una differenziazione generale tra tradurre e non tradurre, o tra tradurre fedelmente o tradurre infedelmente. Si pone invece il problema di *scegliere* se e quando tradurre, se e quando sospendere la traduzione per prepararla. (Baraldi e Gavioli, 2019: 135)

Grazie a uno studio condotto dalla ricercatrice svedese Cecilia Wadensjö, queste azioni sono state raggruppate sotto il nome di *coordinamento* dell'interazione, includendo sotto questa definizione sia una forma di coordinamento implicito (riguardante cioè le scelte in merito a come vengono tradotti i contenuti, quindi le formulazioni traduttive), che una di coordinamento esplicito (intendendo tutte quelle azioni diverse dalla traduzione, come ad esempio la richiesta di chiarimenti o di informazioni aggiuntive) (Baraldi e Gavioli, 2019: 50, citando Wadensjö). Le ragioni che stanno alla base dell'idea di mediazione linguistica come coordinamento sono da ricercare nelle caratteristiche che distinguono un'interazione monolingue da una dove operatore e paziente non condividono la stessa lingua: nella prima il personale medico, avendo accesso ai contributi del paziente, può percepire le sue difficoltà

nella comprensione e cercare quindi di equilibrare la conversazione dando delle spiegazioni ulteriori, ripetendo o riformulando ciò che ha detto, impiegando termini appartenenti a un registro più basso ecc. In un'interazione bilingue, al contrario, nella quale personale medico e paziente comunicano attraverso la presenza di un interprete, questa responsabilità ricade necessariamente su quest'ultimo, in quanto detentore delle conoscenze linguistiche per comunicare con entrambe le parti (Gutiérrez, 2013). Questo spiega anche perché il coordinamento dell'interazione da parte dell'interprete risulti funzionale al mantenimento di un equilibrio nella conversazione: la presenza di un "terzo" favorisce ciò che è rilevante dal punto di vista medico¹³ e, al contempo, riduce l'asimmetria tra i partecipanti e promuove la partecipazione del paziente (quest'ultima resa possibile anche grazie all'operatore, che aspettando la conclusione di una sequenza diadica interprete-paziente, autorizza implicitamente il primo a "coordinare" l'interazione) (Baraldi e Gavioli, 2014).

1.4.2 Dai codici deontologici al concetto di *role-space*

Il fatto di ritenere una traduzione corretta anche se distante dall'originale, così come il fatto di trattare la mediazione linguistica come una forma di coordinamento dell'interazione, sono un chiaro segnale dell'affermarsi di un nuovo approccio agli studi sulle interazioni mediate medico-paziente, originariamente prese in esame esclusivamente sulla base dei principali codici deontologici e di condotta professionale. Tale approccio mette in discussione, e talvolta contrasta, alcuni dei principi dettati da questi codici, rivalutando la concezione tradizionale dell'interprete e allontanandosi dalle descrizioni teoriche che mirano a semplificare la complessità del suo ruolo. L'immagine che emerge da questi codici è quella di un interprete imparziale e neutrale, tenuto a mantenere il distacco professionale e ad astenersi dal fornire *advocacy*, guida o consigli, che si limita a restituire una traduzione accurata dell'enunciato o del turno originale nella lingua d'arrivo. Stando a quanto dichiarato sul suo sito web¹⁴, l'IMIA (*International Medical Interpreters Association*) fu la prima organizzazione a redigere un codice deontologico specifico per gli interpreti impiegati nell'ambito medico; il codice, pubblicato per la prima volta nel 1987 e aggiornato nel 2006, è articolato in dodici principi considerati imprescindibili per un corretto svolgimento della professione. Alcuni di questi fondamenti appaiono però in evidente contrasto con la realtà del mestiere: un esempio è quello che si legge all'ottavo punto, secondo il quale "gli interpreti utilizzeranno interventi abili e discreti per non

¹³ Questo aspetto è documentato anche da Davidson (2000), secondo il quale l'interprete in ambito medico agirebbe da "*informational gatekeeper*", intendendo cioè colui che filtra e indirizza i contenuti (in questo caso dei pazienti), trattenendo ciò che non è rilevante ai fini della conversazione e interpretando "in maniera selettiva" (*ibid.*: 400) i contributi. Questa particolare funzione di *gatekeeper* ci è stata confermata anche dall'interprete che abbiamo intervistato per la stesura di questo elaborato, che ci ha portato l'esempio di come l'interprete-mediatore si astenga dal tradurre in caso di commenti denigratori provenienti sia dai pazienti che dal personale medico (cfr. la trascrizione integrale dell'intervista in Appendice, turni 285-291).

¹⁴ <https://www.imiaweb.org/code/> (cfr. Sitografia).

interferire con il flusso della comunicazione in un ambiente medico triadico”¹⁵. Come abbiamo già avuto modo di vedere, la realtà dei fatti può essere un’altra: l’interprete, in scambi diadici con il paziente, “esplora sistematicamente alcune risposte prima di tradurle”¹⁶ (Niemants, 2018: 200) e, così facendo, coordina esplicitamente l’interlocuzione anche previa autorizzazione del medico (esplicita o implicita che sia). Lo stesso vale per il codice deontologico e di condotta redatto da AUSIT¹⁷ (*Australian Institute of Interpreters and Translators*) che, oltre a decretare l’imparzialità e la neutralità degli interpreti, dedica uno dei suoi principi generali all’*accuratezza* della traduzione, definendola come l’atto di “trasferire in modo completo e ottimale il messaggio nella lingua di arrivo, mantenendo il contenuto e l’intento del messaggio o testo di origine senza omissioni o distorsioni”. Anche su questo punto, ricerche come quella condotta da Baraldi e Gavioli (2019) (cfr. capitolo 1, sezione 1.4.1) hanno dimostrato come l’interprete attui costantemente delle modificazioni sugli enunciati di partenza, siano queste riassunti, espansioni o esplicitazioni, e che riporti solo in pochi casi singoli una traduzione letterale o immediatamente successiva al turno originale. Infine, anche nella Guida per la Mediazione Interculturale nei Servizi Sanitari (*Guide pour la Médiation Interculturelle dans les Soins de Santé*) di Verrept e Coune (2016) viene sottolineato il distacco professionale che l’interprete deve mantenere col paziente in qualsiasi circostanza e situazione, distacco che, come vedremo, pare proiettare sulla figura dell’interprete l’immagine di una persona indifferente e disinteressata ai partecipanti e ai loro contributi, impedendo così la costruzione del rapporto di fiducia su cui si basa qualsiasi interpretazione di successo (Llewellyn-Jones e Lee, 2013: 57-58).

Secondo la prospettiva interazionista, l’interprete non avrebbe alcun interesse a calarsi nei panni di un traduttore invisibile e imparziale; questo infatti non farebbe altro che avere un impatto negativo sulla conversazione, distorcendola e producendo pertanto un effetto inibitorio su di essa. Al contrario, assumendo un atteggiamento “normale”, non solo la sua presenza non andrebbe a incidere negativamente sui partecipanti e sui loro contributi, ma anzi, comporterebbe dei veri e propri benefici per gli scopi dell’interazione. Questo è il pensiero che sta alla base del concetto di *role-space* definito da Llewellyn-Jones e Lee (2013), secondo il quale l’interprete non agirebbe secondo delle regole prestabilite ed estraniare dal contesto ma, al contrario, il suo ruolo nell’interazione sarebbe determinato da una serie di fattori rappresentabili su tre assi: la presentazione di sé, l’allineamento ai partecipanti e la gestione dell’interazione.

¹⁵ Trad. nostra.

¹⁶ Trad. nostra.

¹⁷ <https://ausit.org/code-of-ethics/> (cfr. Sitografia).

L'asse della *presentazione di sé* riguarda quanto l'interprete lascia trapelare di sé stesso e della sua personalità in una data interazione, cioè il suo grado di partecipazione alla conversazione in quanto partecipante attivo e fisicamente presente. Il fatto di proiettare un'immagine di sé "falsata", imparziale e neutrale di fronte ai partecipanti e ai loro contributi, potrebbe lasciar passare un messaggio di indifferenza e quasi avversione alla collaborazione, portando gli interlocutori a non essere mai pienamente sicuri del fatto che il contenuto dei loro enunciati sia stato correttamente capito e trasmesso all'altra parte. L'interprete, infatti, evitando di dare qualsiasi tipo di feedback o segno di approvazione, anziché apparire estremamente professionale, potrebbe accrescere un sentimento di diffidenza o non piena fiducia nei partecipanti. Invece di essere imparziale per apparire giusto nei confronti di entrambe le parti, Llewellyn-Jones e Lee (2013: 57-58) suggeriscono che l'interprete dovrebbe assumere un atteggiamento *bi-parziale*, che comprende, valorizza e articola fedelmente entrambi i punti di vista.

Quando due persone che parlano la stessa lingua iniziano a comunicare, queste cominceranno ad *allinearsi*, il che significa che daranno prova della loro volontà di ridurre, mantenere o accrescere la distanza sociale tra loro. Il secondo asse che determina il *role-space* dell'interprete si basa proprio sull'allineamento tra i partecipanti in un'interazione: quando gli interlocutori cominciano a imitare i comportamenti degli altri, ad esempio nel modo di parlare o nella postura del corpo, questo è un chiaro segnale della volontà comune di riduzione della distanza sociale tra i partecipanti. In uno studio condotto da Ticca e Traverso (2017) che affronta l'analisi delle interazioni in sedute di salute mentale con migranti in presenza di un interprete, emerge come durante l'interazione l'interprete si allinei in modo del tutto naturale a uno dei partecipanti. La sua attitudine, infatti, lontana dall'essere quella di una macchina invisibile e imparziale che si limita a tradurre enunciato per enunciato, mostra una certa convergenza con quella del rappresentante dell'istituzione, sia a livello verbale che a livello fisico. Il comportamento non verbale dell'interprete sembra infatti imitare quello del personale medico, non solo nella postura o negli sguardi, ma anche nelle reazioni del volto suscitate, ad esempio, da un sentimento comune provato nei confronti del paziente. Lo stesso accade a livello verbale: riproducendo le stesse caratteristiche prosodiche dell'originale (l'accento su una parola, la durata delle pause, la qualità della voce, ecc.), l'interprete e il rappresentante dell'istituzione mostrano una forte convergenza tra loro, il che implica inevitabilmente una partecipazione attiva dell'interprete all'interazione. Pertanto, al fine di raggiungere gli obiettivi comunicativi,

piuttosto che essere un ostacolo nel mezzo delle interazioni, gli interpreti hanno un ruolo vitale da svolgere nell'allineamento con i partecipanti e, per estensione, nel permettere loro di allinearsi l'un l'altro¹⁸. (Llewellyn-Jones e Lee, 2013: 70)

Infine, il terzo e ultimo asse riguarda la *gestione dell'interazione*, che corrisponde a tutta quella serie di azioni che da Wadensjö in poi sono state definite sotto il nome di *coordinamento* della conversazione (cfr. capitolo 1, sezione 1.4.1). Regolare la presa di parola, domandare chiarimenti o rivolgere richieste specifiche ai due partecipanti (come quella, ad esempio, di “parlare più lentamente [...] [o] cambiare la disposizione delle sedie”¹⁹ (Niemants, 2018: 196)), sono solo alcuni degli esempi che possono essere portati a favore della visione di un interprete che non solo partecipa attivamente all'interazione, ma anzi, la gestisce e coordina.

Il concetto di *role-space* tende quindi ad andare oltre la staticità dei codici deontologici che cercano di cristallizzare il ruolo di una figura professionale così complessa, estrapolando le sue azioni dal contesto in cui si collocano e valutandone la giustezza sulla base di principi generali e astratti. Così come le interazioni hanno un carattere dinamico, lo stesso vale per il *role-space* degli interpreti: le variabili che determinano lo spostamento sui tre assi sono innumerevoli e in continuo cambiamento²⁰. È necessario pertanto anche rivalutare lo stesso concetto di ruolo, cominciando a considerarlo come qualcosa che *si fa*, invece che qualcosa che *si ha* (Llewellyn-Jones e Lee, 2013: 58), agendo non sulla base di descrizioni teoriche prestabilite, bensì tenendo in mente gli obiettivi comunicativi e sociali di ogni interazione.

¹⁸ Trad. nostra.

¹⁹ Trad. nostra.

²⁰ Llewellyn-Jones e Lee portano l'esempio dell'asse della *presentazione di sé*: se all'inizio dell'interazione l'interprete esporrà sé stesso e la sua personalità maggiormente (sia per presentarsi che per infondere fiducia nei suoi interlocutori), ridurrà poi questa presentazione nel corso della conversazione medico-paziente vera e propria.

2. La preparazione dei dati per l'analisi

2.1 Una breve introduzione

Come si è visto nel primo capitolo, la presenza dell'interprete dialogico è necessaria a garantire la comunicazione tra gli operatori dei servizi sanitari e i pazienti stranieri, ed è altrettanto fondamentale una formazione che prepari adeguatamente questa figura alla complessità della professione in ambito sanitario.

Al fine di tracciare un quadro il più possibile completo della professione, tra le diverse strade percorribili per rispondere a questo obiettivo si è qui scelto di intervistare un interprete che lavora, principalmente durante la stagione estiva, presso il presidio ospedaliero "Infermi" di Rimini per conto della società cooperativa DiaLogos.

Il presente capitolo si propone di documentare la creazione di una traccia di intervista semi-strutturata, la sua realizzazione ed infine la fase di trascrizione dei dati per l'analisi che presenteremo nel terzo capitolo. Qui di seguito verrà riportata nel dettaglio la metodologia impiegata, accennando anche brevemente alle motivazioni che ci hanno condotte alla scelta di questo modus operandi.

2.2 La preparazione dell'intervista semi-strutturata

L'intervista semi-strutturata è una forma di intervista che prevede una traccia composta da domande a carattere generale suscettibili alle risposte dell'intervistato. Al suo interno sono infatti delineate delle tematiche aventi la funzione di linee guida, che non escludono però lo sviluppo e l'approfondimento di nuovi argomenti nati spontaneamente nel corso dell'intervista e ritenuti interessanti dai partecipanti. Intervistatore e intervistato interagiscono tra loro concorrendo alla costruzione del discorso e, di conseguenza, all'andamento dell'intervista.

A differenza di un questionario con risposte in gran parte "chiuse", cioè predeterminate dai rilevatori, un'intervista discorsiva guidata permette all'intervistato di rispondere con assoluta libertà, lasciando emergere sia aspetti in parte prevedibili sulla base della letteratura o dell'esperienza dell'intervistatore, sia elementi che potrebbero essere stati trascurati o ignorati. Questa tipologia di intervista permette inoltre all'intervistato di rivolgere l'attenzione del discorso su ciò che reputa di maggiore importanza, allontanandosi dalla traccia prevista dall'intervistatore, che può quindi adattare le proprie domande o il loro ordine sulla base delle risposte ricevute.

La stesura della traccia è stata possibile grazie alla lettura attenta di diversi studi sulle caratteristiche e le relative problematiche dell'interpretazione in ambito sanitario (cfr. capitolo 1, sezioni 1.3 e 1.4). Dopo aver individuato alcune questioni chiave atte a far emergere la complessità di questa professione, sono state identificate tre macro tematiche, che comprendessero al loro interno più domande riconducibili allo stesso argomento.

La prima macrotematica, *Attività dell'interprete e responsabilità*, si concentra, come il nome stesso lascia intuire, su tutte le attività che caratterizzano “la giornata o il turno tipo” degli interpreti che lavorano in ospedale, comprese quelle che non dovrebbero teoricamente rientrare nel loro campo di competenza. Inoltre, le domande appartenenti a questo gruppo hanno lo scopo di far emergere le innumerevoli responsabilità, spesso anche legali, che ricadono su questa figura professionale, derivanti da incarichi di frequente ben lontani dal semplice atto del tradurre.

La seconda macrotematica, *Divario tra deontologia professionale e concretezza dell'attività dell'interprete*, ha invece lo scopo di mettere in luce lo scontro che nasce tra la definizione della professione derivata dai principali codici etici e professionali, i quali come si è visto nel capitolo 1 in genere presentano l'interprete come obiettivo e neutrale, e alcuni compiti caratterizzanti la professione in ambito medico che vanno oltre, e a volte contro, questa stessa deontologia.

Infine, la terza e ultima macrotematica, *Preparazione e definizione del ruolo*, indaga su come potrebbe essere colmato il divario che esiste tra formazione e professione, e su come formare, ove necessario, gli operatori sanitari alla comunicazione mediata, determinando le mansioni specifiche dell'interprete e accrescendo la consapevolezza dell'importanza che questa figura riveste.

Qui di seguito è riportata la traccia nella sua interezza suddivisa nelle tre macrotematiche sopracitate, che sono state brevemente anticipate all'intervistato in un cappello introduttivo che qui tralasciamo ma che è presente in Appendice.

(Macrotematica 1: Attività dell'interprete e responsabilità)

Può descriverci innanzitutto in cosa consiste “la giornata o il turno tipo” di un interprete che lavora in ambito sanitario e quali sono le attività specifiche che gli vengono domandate?

(Si presuppone che venga menzionata l'attività in PS) In un ambiente frenetico come è quello del pronto soccorso, come funziona l'attività dell'interprete che deve gestire tempistiche spesso molto strette, diverse priorità e codici corrispondenti? Nel caso in cui vi siano più pazienti stranieri che richiedano contemporaneamente la presenza dell'interprete, è l'interprete stesso a decidere a chi dare la priorità? E, se sì, pensa che i confini del suo ruolo professionale vengano così oltrepassati, e cioè che questo tipo di responsabilità non dovrebbe ricadere su di lei?

Quanto è difficile stabilire, sia con il personale sanitario che con i pazienti, i confini del proprio ruolo? Immagino accada che il paziente, vedendovi indossare un camice bianco, vi scambi per medici, oppure che siano gli stessi medici a

considerarvi come dei veri e propri “collaboratori”, delegandovi compiti non di vostra competenza. È così? Ritiene che sia un fenomeno giusto e quasi naturale, oppure qualcosa di problematico a cui è lecito opporsi?

(Se risponde che è lecito opporsi) Il fatto di dire di “no” a mansioni che non vi spettano, è un principio condiviso da tutta la comunità di interpreti, traduttori e in generale mediatori linguistici formati, oppure una capacità che si acquisisce con l’esperienza sul campo?

Oltre alle responsabilità derivanti da attività che non rientrano nel vostro campo di competenza, ci sono poi delle responsabilità strettamente connesse al vostro ruolo, come quella legata alla precisione della traduzione. In questo contesto più che in altri, tradurre precisamente ciò che viene detto si rivela essenziale ai fini di una buona diagnosi, prescrizione medica, cura etc. (tanto più che, in caso di barriera linguistica, la presenza dell’interprete è spesso messa per iscritto, dall’accettazione in triage al referto medico). Tradurre precisamente però, spesso non basta ad assicurare un corretto passaggio dell’informazione. Dal lato del paziente, che non conosce la lingua né il sistema sanitario del luogo, è fondamentale che ci sia una comprensione completa, la quale non è detto si ottenga automaticamente “soltanto” per mezzo di una traduzione corretta e puntuale. Il paziente potrebbe infatti non capire alcuni termini tecnici usati dal medico, oppure, più banalmente, non sapere dove andare a ritirare le analisi del sangue. Quali sono quindi i meccanismi che vengono messi in atto da voi interpreti per facilitare questo processo di comprensione?

Ricollegandoci al tema delle tempistiche dell’ospedale, dove l’interprete si trova a dover correre da un’attività e un reparto all’altro, vi è realmente tempo da dedicare a tutte quelle “premure” che abbiamo inquadrato prima come necessarie per un paziente straniero?

Quando in pronto soccorso si presenta una persona straniera parlante una lingua per la quale l’ospedale non dispone di un interprete, cosa succede in questi casi? Ho letto che una decina di anni fa l’AUSL di Modena aveva adottato un software, una sorta di “mediatore culturale elettronico”, il quale partendo da domande e risposte pre-impostate, era capace di tradurre in ben 13 lingue. La tecnologia in questo senso può essere d’aiuto? Vengono effettivamente usati dei dispositivi o applicazioni, anche non così estremi come nel caso di Modena, per far fronte a queste emergenze comunicative?

(Macrotematica 2: Divario tra deontologia professionale e concretezza dell’attività dell’interprete)

Tutte quelle accortezze extra che abbiamo menzionato prima, quelle quindi che vanno oltre il semplice atto del tradurre e che caratterizzano a pieno la professione dell’interprete in ambito sanitario, ci portano ad affrontare la questione dell’imparzialità. Infatti, trovandosi sempre a stretto contatto con il paziente, l’interprete diventa spesso un punto di riferimento per quest’ultimo, stringendo addirittura legami di solidarietà e fraternità. L’attività concreta di questa figura può pertanto scontrarsi con i codici deontologici professionali, che in genere definiscono l’interprete come obiettivo e neutrale e decidono della giustezza delle sue azioni a prescindere dalle loro conseguenze. Partendo dal presupposto che è la natura stessa di questa professione a mettere in discussione certi principi deontologici e a suggerire approcci teleologici, dove le azioni degli interpreti non sono giuste o ingiuste a prescindere dal contesto in cui vengono attuate, ma in funzione delle loro conseguenze possibili o probabili per il paziente, qual è secondo lei il limite tra il “deontologicamente corretto” e quello che invece non lo è? In altre parole, a quali richieste, provenienti dal paziente o dall’operatore, lei dice no?

Oltre alla costruzione della comprensione, come interprete si sente responsabile anche della difesa dei diritti del paziente in quanto rappresentante di una minoranza? Più precisamente: percepisce il compito di dover difendere i diritti – non solo quelli linguistici –, di una persona estranea alla lingua e al sistema sanitario, al fine di garantire una democrazia sanitaria e un accesso equo alle cure?

Viene messa in atto dall'interprete anche un'educazione indiretta al sistema sanitario nazionale del luogo? (Tramite la non traduzione di alcune parole lasciate appositamente nella lingua del Paese, la spiegazione di sigle altrimenti non comprensibili al paziente, la spiegazione di come funzionano le cose nel presidio in questione, l'indicazione di dove recarsi per la visita successiva o per l'acquisto di materiale, ecc.)

(Macrotematica 3: Preparazione e definizione del ruolo)

Avendo avuto modo di comprendere la complessità di questa professione, una domanda sorge spontanea: come ci si prepara per tutto questo? Anche un'ottima formazione in interpretazione sembra non essere sufficiente, o perlomeno non abbastanza: non insegna infatti a destreggiarsi tra le mille richieste mantenendo alta la qualità del proprio lavoro, o a far fronte a tutti quei compiti non-linguistici che sono emersi da questa intervista. Questo non significa ovviamente che chi ha ricevuto una formazione in interpretazione non sarà mai capace di svolgere correttamente questo lavoro, ma semplicemente che, iniziando a lavorare, potrebbe sentirsi non preparato per ciò che gli è richiesto di fare. L'esperienza gioca in questo senso un ruolo fondamentale, ma mi e le chiedo: non c'è altro modo di prepararsi a svolgere questa professione che non sia per mezzo dell'esperienza? In altre parole, c'è qualcosa che lo studente neo-laureato può fare per colmare il divario tra formazione e professione?

Se è vero che l'interpretazione si fa insieme, come sostengono alcune ricerche recenti, e che la professionalizzazione dell'interpretazione dialogica passa anche per la formazione di chi usa il servizio, le chiedo infine se secondo lei gli operatori sanitari sono sufficientemente consapevoli dell'importanza di questa figura o se ricorrere a dei professionisti piuttosto che a degli interpreti improvvisati non fa per loro alcuna differenza. Come si potrebbe secondo lei promuovere questa consapevolezza e formare gli operatori alla comunicazione mediata?

2.3 L'intervista a distanza su Microsoft Teams

A causa dell'emergenza sanitaria, l'intervista non si è purtroppo potuta svolgere di persona; è stato per questo deciso di procedere per via telematica, facendo uso della piattaforma Microsoft Teams, già utilizzata sia da noi che dall'intervistato.

L'intervista si è svolta in data 19 marzo 2020 ed è stata preceduta, il giorno prima, da una breve prova tecnica per verificare la fattibilità di un collegamento a tre. Data l'assenza di malfunzionamenti nel sistema, i tre partecipanti si sono quindi dati appuntamento al giorno seguente.

All'orario convenuto, abbiamo convocato gli altri due partecipanti, ci siamo presentate e abbiamo brevemente delineato scopi e struttura dell'intervista, invitando a spegnere le videocamere per evitare di sovraccaricare eccessivamente il sistema, e ad accendere il microfono solo nel caso si presentasse la necessità di intervenire o arrivasse il proprio turno di parola, così da limitare i rumori di fondo e da rendere più agevole la successiva fase di trascrizione. Sempre al fine di agevolare la trascrizione e di prevenire eventuali problemi tecnici, l'audio dell'intervista è stato registrato da tutti e tre i partecipanti

tramite computer (Audacity), con l'aggiunta, nel nostro caso, dell'acquisizione audio avvenuta tramite dispositivo mobile.

La durata totale dell'intervista è stata di un'ora e ventotto minuti, distribuita sulle tre macrotematiche e prevalentemente dedicata alle risposte dell'intervistato.

2.4 La trascrizione con il programma ELAN

Una volta acquisita la registrazione audio dell'intervista, per realizzare la trascrizione è stato scelto di utilizzare il software ELAN²¹, un programma pensato appositamente per l'annotazione e la trascrizione di file audio o video. Si è deciso di procedere tramite un programma di trascrizione del parlato perché, contrariamente a quanto accade con un semplice documento di testo, il suo utilizzo presenta numerosi vantaggi, sia da un punto di vista strettamente pratico, che guardando a un'ottica futura.

2.4.1 La fase di trascrizione

In primo luogo, ELAN è un programma a partitura dove il tempo è rappresentato da sinistra a destra e dove un numero imprecisato di righe (o *tier*) possono essere aggiunte per trascrivere il parlato dei partecipanti, così come eventualmente i loro gesti o i loro silenzi. L'utilizzo di ELAN permette di velocizzare l'intero processo di trascrizione, aumentando nel contempo il grado di precisione e accuratezza del prodotto trascritto.

Si procede innanzitutto delimitando porzioni di parlato basandosi sulle pause naturali del discorso; ogni porzione, che corrisponde a un intervallo di tempo definito, è chiamata "segmento". Ogni segmento associato ad un partecipante/*tier* si chiama "annotazione" (v. immagine 1) e il valore (contenuto) di ogni singola annotazione può essere trascritto anche in un secondo momento, una volta ascoltato e segmentato l'intero audio, con conseguente aumento di praticità e precisione (v. immagine 2). Il segmento può essere creato sia utilizzando il mouse, che tramite combinazioni di tasti sulla tastiera (in questo secondo caso è importante che sia attiva l'opzione *Selection mode*).

Questo processo di segmentazione è velocizzato dalla visualizzazione grafica dell'audio in una forma d'onda, che permette di individuare graficamente i silenzi (forma d'onda piatta) e di facilitare la delimitazione dei confini di ciascuna porzione di parlato.

²¹ ELAN (Versione 5.9) [software]. (2020). Nijmegen: Max Planck Institute for Psycholinguistics. Retrieved from <https://archive.mpi.nl/tla/elan>

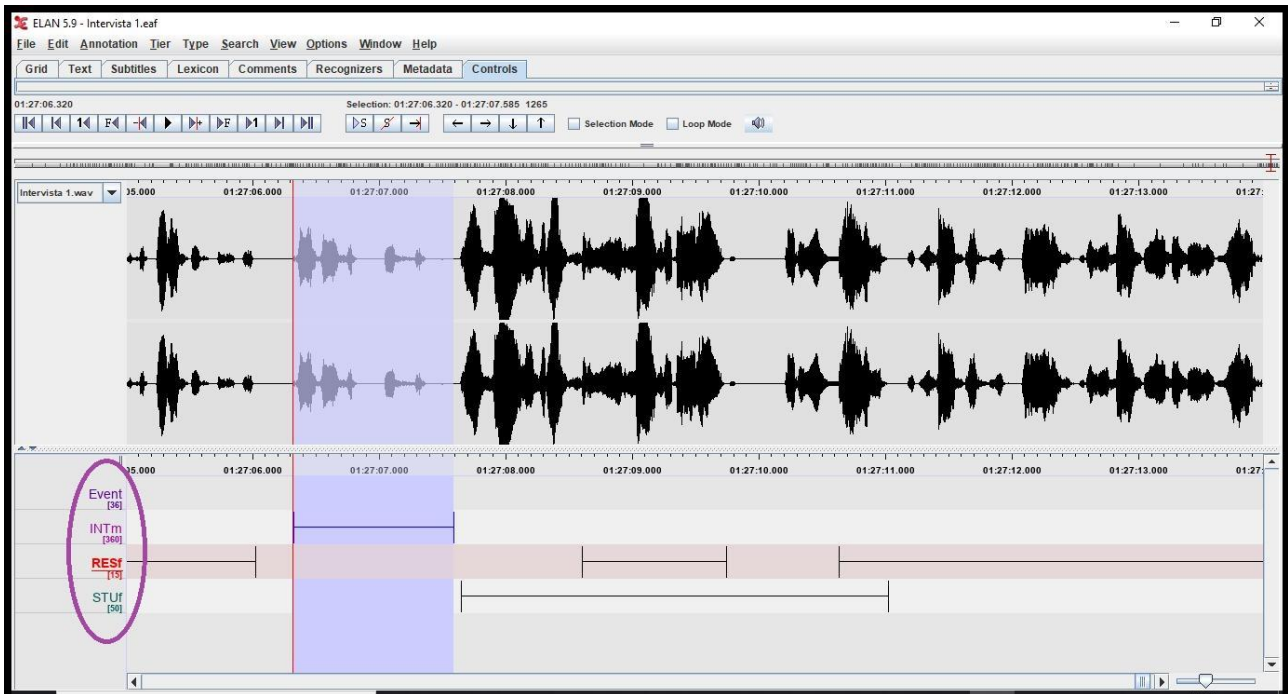


Immagine 1: segmentazione del file audio prima della trascrizione del valore di ogni annotazione. Ogni segmento (annotazione) è associato al rispettivo partecipante/*tier* (cerchio viola sulla sinistra).

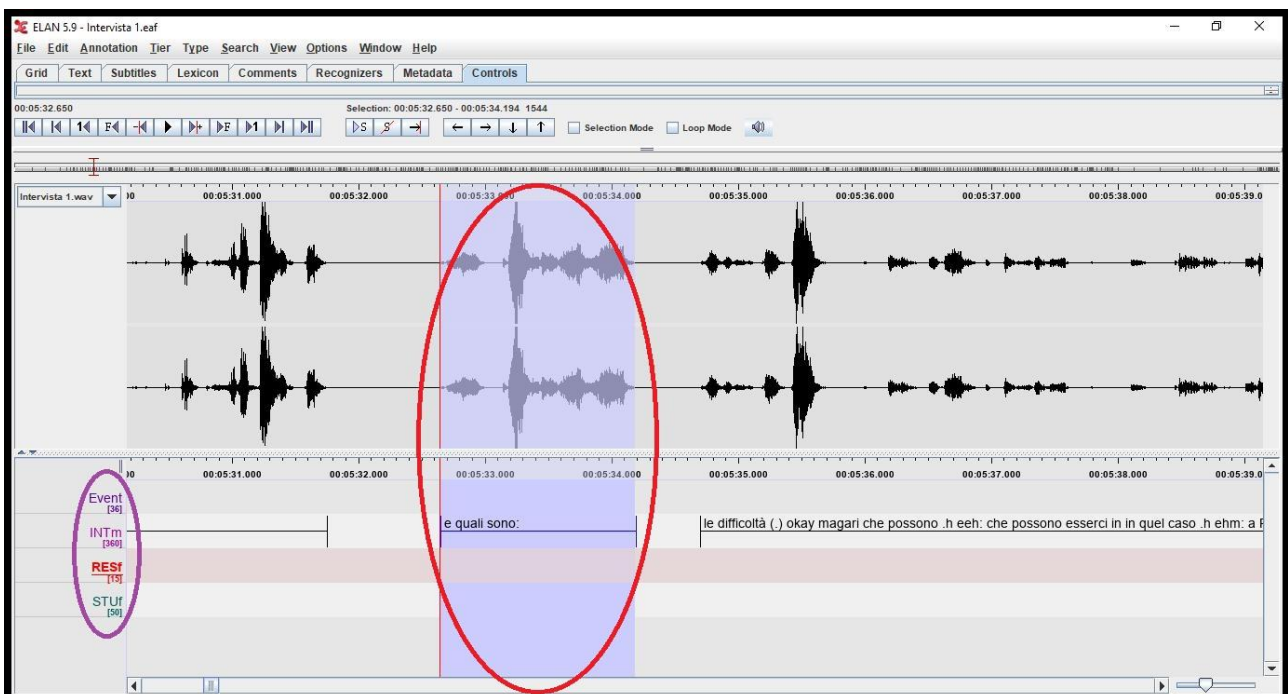


Immagine 2: fase di trascrizione del valore di ogni annotazione. Il contenuto delle annotazioni è trascritto solo dopo l'ascolto e la segmentazione dell'intero audio.

È necessario segnalare che la traccia audio scelta come fonte primaria per la trascrizione (e quella quindi sulla quale si è lavorato utilizzando ELAN) è stata quella che è risultata essere più chiara e senza interferenze. Questo non ha escluso puntuali consultazioni dei file audio registrati dagli altri due partecipanti nel caso si sia rivelato opportuno disambiguare un turno, un enunciato o anche una

singola parola di dubbia comprensione. Per ragioni legate alla privacy, oltre che alla vulnerabilità dei soggetti coinvolti nello studio²², il nome dell'interprete intervistato è stato anonimizzato col nome proprio fittizio di Marco.

2.4.2 La fase di esportazione

È stata scelta l'esportazione in formato tradizionale (*Traditional transcript text*) perché la sua struttura, a differenza di quella di altri formati, oltre a rispondere a un'esigenza di economia in termini di spazio, è anche di più facile lettura (avendo infatti una forma somigliante a quella di un copione teatrale).

Al momento di indicare al programma i parametri per l'esportazione in formato tradizionale, è stato stabilito di numerare le annotazioni e di segnalare il partecipante al quale ognuna di queste appartenesse, eccetto i casi in cui più annotazioni dello stesso *tier* si succedessero tra loro. Inoltre, è stato chiesto al programma di conteggiare e segnalare automaticamente la presenza di pause maggiori o uguali a 0.5 secondi (500 millisecondi), riportandone la durata con due decimali dopo la virgola (v. immagine 3).

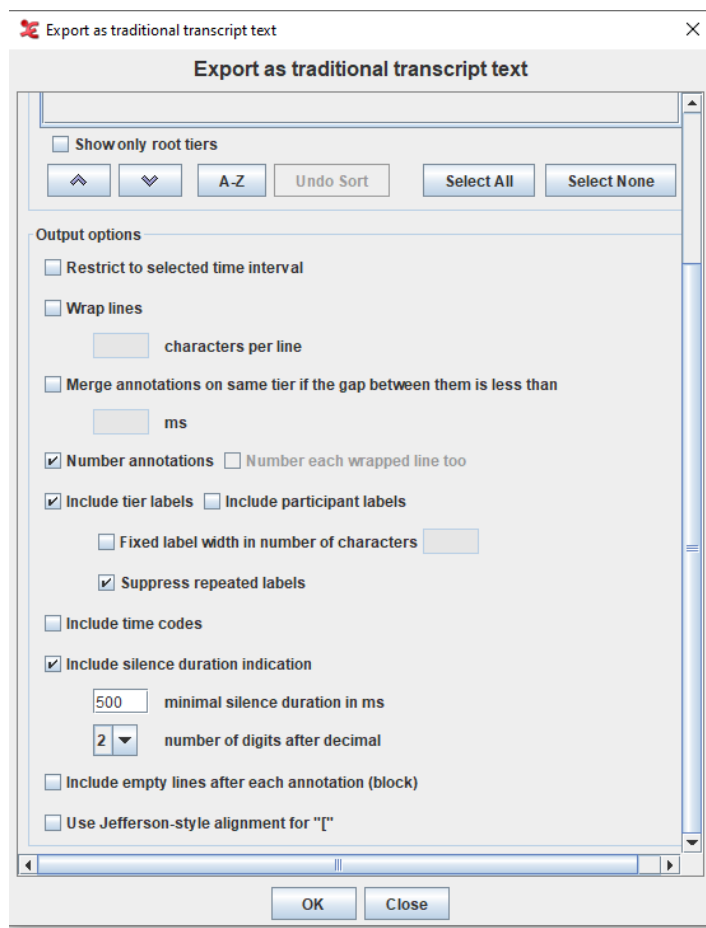


Immagine 3: parametri scelti per l'esportazione in formato tradizionale.

Numerazione delle annotazioni (*Number annotations*); includere il nome del partecipante/tier (*Include tier labels*), ma non ripeterlo in caso di annotazioni dello stesso tier che si succedono tra loro (*Suppress repeated labels*); conteggiare e indicare la durata delle pause (*Include silence duration indication*) di una durata minima di 500 millisecondi (*500 – minimal silence duration in ms*) e riportando due decimali dopo la virgola (*2 – number of digits after decimal*).

²²Sul concetto di vulnerabilità in relazione alla costruzione di un corpus di dati orali in ambito ospedaliero vedasi lo studio di Collonval (2019).

Per praticità e al fine di risparmiare spazio, nel capitolo che segue dedicato all'analisi di alcuni aspetti emersi dall'intervista, si è deciso di unire, in caso di richiamo ad alcuni frammenti della stessa, le annotazioni che costituissero un turno o un enunciato, eliminando pertanto la loro numerazione originaria; quest'ultima è stata mantenuta nella trascrizione integrale dell'intervista riportata nell'Appendice di questo elaborato.

2.5 Prospettive future

In una prospettiva più ampia, i vantaggi nell'impiego di ELAN non si limitano solo al suo utilizzo pratico, bensì si traducono in una vera e propria scelta che guarda al futuro, che racchiude in sé tanto un aspetto professionalizzante quanto uno di ricerca. Relativamente alla formazione professionale, lavorare con uno dei principali software utilizzati per trascrivere il parlato significa acquisire delle capacità non immediate che un indomani potrebbero tornare utili in un mondo lavorativo dove le competenze digitali e informatiche sono sempre più necessarie, e dove la trascrizione è un servizio fortemente richiesto dalle agenzie di traduzione e interpretazione. Per ciò che concerne la ricerca, invece, la trascrizione con un software consente, proprio grazie alle funzionalità intrinseche al programma e contrariamente a un semplice documento di testo, di aprire le porte a eventuali ulteriori studi e approfondimenti sullo stesso tema o su un aspetto specifico presente al suo interno. Il nostro stesso lavoro infatti, con la semplice aggiunta di un *tier* o l'esportazione in un diverso formato, potrebbe divenire oggetto di studio nel quadro di una ricerca con tutt'altre finalità rispetto a quelle da noi prefissate. Utilizzare ELAN ha reso quindi la trascrizione non più un lavoro finalizzato soltanto alla realizzazione ed elaborazione di questa tesi, ma ha permesso di fornire un contributo che si spera possa aggiungere un piccolo tassello al mondo della ricerca sull'interpretazione dialogica in ambito sanitario, dove altre interviste semi-strutturate potrebbero essere realizzate a partire dalla nostra traccia, e dove le funzioni di ricerca di ELAN potrebbero consentire l'analisi di corpora di interviste, oltre che il loro eventuale confronto con interazioni autentiche registrate in ospedale.

3. Tra barriere linguistiche ed empatia: l'analisi dei dati raccolti

3.1 Obiettivi e struttura del capitolo

Con il presente capitolo, ci proponiamo di mettere in luce e analizzare alcuni aspetti della professione di interprete dialogico in ambito sanitario emersi spontaneamente nel corso dell'intervista senza previsione alcuna da parte nostra, avendo noi difatti sviluppato le domande in base a un limitato numero di studi, e non avendo ancora avuto modo di entrare in contatto con ogni singolo elemento di una professione così complessa e ricca di particolarità.

Per conseguire questo obiettivo, si è deciso di illustrare in primo luogo gli aspetti documentati dalla letteratura²³ che ci sono stati confermati dalle risposte dell'interprete intervistato. Successivamente analizzeremo, servendoci unicamente delle risposte dateci da questo, le pratiche adottate dagli interpreti e dal personale medico nel caso in cui si presentasse una barriera linguistica che nemmeno l'interprete riesce a superare, ad esempio perché il paziente parla una lingua non conosciuta. Infine, prenderemo in esame degli episodi chiave raccontati dallo stesso intervistato, atti a far emergere l'importanza dell'empatia in questa professione e a mostrare come questa possa determinare le scelte fatte sul lavoro, arrivando in alcuni casi a sormontare le indicazioni dei principali codici deontologici professionali.

3.2 Dalla letteratura all'intervista: le conferme

La testimonianza di un interprete dialogico in ambito sanitario ci ha dato occasione di poter confrontare ciò che la letteratura racconta su questa professione con il vissuto e l'esperienza di una persona scesa direttamente sul campo. Da ciò abbiamo ricevuto numerose conferme, prima tra tutte il carattere complesso del ruolo dell'interprete in ambito medico, che, il più delle volte, non si limita solo a tradurre ciò che viene detto dal personale sanitario e dai pazienti. Questa complessità non è altro che la somma di innumerevoli responsabilità e relativi incarichi, spesso non immediatamente riconducibili all'immagine dell'esperto linguistico e culturale, i quali però, come ci è stato raccontato, il più delle volte non potrebbero ricadere su nessun'altra figura se non sugli interpreti, essendo questi gli unici in grado di svolgerli. Questo si verifica ad esempio quando l'interprete si trova a decidere a quale, tra diversi pazienti stranieri parimenti bisognosi di un'interpretazione, dare la precedenza.

²³ Come sopra, la parola *letteratura* si riferisce (e si riferirà anche nelle prossime occorrenze) solo ed esclusivamente agli studi da noi letti e consultabili in bibliografia.

(1)

075 - 080 [...] spetta a noi no che abbiamo una visione d'insieme (0.67) delle dei diversi casi .h dare la precedenza a qualcun altro o meno .hh è chiaro che non è un compito per nulla facile (1.28) ehm: (2.13) di base (.) non dovrebbe rientrare tra le nostre competenze ma è anche vero: che (0.99) qualsiasi altra figura all'interno dell'ospedale farebbe fatica .h a sostituirci .h in questa: in questo ruolo qui (0.52) perché siamo noi che abbiamo una visione d'insieme appunto [...]

Come accennato nell'estratto (1), gli interpreti hanno una visione d'insieme dei pazienti in attesa nei diversi pronti soccorsi dello stesso presidio ospedaliero (per una spiegazione più dettagliata cfr. la trascrizione integrale in Appendice, turno 037), contrariamente ai medici che in genere controllano solo la lista di loro competenza. Stabilito quindi un primo ordine di priorità sulla base del codice colore attribuito dal triagista (in altre parole: l'interprete traduce prima per il paziente con priorità alta e poi a seguire per i codici gialli, verdi e bianchi), a parità di gravità medica l'interprete è l'unico in grado di decidere a quale paziente fornire per primo la propria assistenza.

A ciò si aggiunge la difficoltà, da parte degli interpreti, di definire con i pazienti i confini del proprio ruolo, cioè far capire loro quali compiti o mansioni sono adibiti a svolgere, e quali invece non sono di loro competenza. Non solo i pazienti stranieri, ma anche i pazienti italiani sembrano spesso non comprendere che questa figura non ha alcuna competenza in ambito medico. Il paziente allofono, per di più, è portato a individuare un vero e proprio punto di riferimento in queste persone, le quali, per citare le parole dell'interprete intervistato, vengono prese "di mira in senso buono" (cfr. Appendice, turno 122).

Nel contesto ospedaliero, l'atto del tradurre per dei pazienti contemporaneamente estranei alla lingua e al sistema sanitario locale, è anzitutto mirato a garantire una comprensione il più completa e precisa possibile. Il fatto che, il più delle volte, una traduzione letterale risulti non essere sufficiente per raggiungere un tale grado di comprensione, è da imputare a diversi fattori. Un diverso impiego di registri linguistici tra medico e paziente, o la non conoscenza da parte di quest'ultimo del funzionamento del sistema sanitario del luogo, sono ad esempio solo alcune delle cause che potrebbero condurre a incomprensioni parziali o totali del discorso. Onde evitare che la mancata comprensione linguistica sfoci in eventuali errori dal punto di vista medico, è compito dell'interprete adottare delle strategie di negoziazione e verifica della comprensione per prevenire qualsiasi tipo di malinteso e assicurare un corretto passaggio dell'informazione. Secondo l'intervistato spetta infatti all'interprete chiedere al paziente se ha capito o se è necessaria una spiegazione ulteriore, anche nei casi in cui non sia il medico in prima persona a domandarlo.

(2)

163 - 165 [...] .hh dopo di che la cosa che bisogna assolutamente fare è (0.70) chiedere conferma (1.33) nel senso (.) anche se il medico .hh non ci chiede (.) di eeh: di dire al paziente ha capito? vuole che glielo rispieghi? .h noi in prima persona in quanto interpreti (1.22) dobbiamo chiederlo (.) .h ha capito quello che ho detto? .h vuole che glielo rispieghi? [...]

È compito dell'interprete anche modulare il linguaggio e rivolgersi alle rispettive parti con la terminologia adeguata, specialmente nei casi in cui sia la lingua stessa che, per sua natura, prevede diverse varianti (alle quali corrispondono diversi gradi di scientificità) per indicare lo stesso concetto:

(3)

170 - 174 l- le- le incomprensioni derivano da diversi: da diversi fattori .hh eeh ci può essere u- un fattore innanzitutto che dipende dalla lingua che andiamo a parlare .h faccio eeh l'esempio: del tedesco in tedesco .h ci sono dei termini (1.29) specialistici che u:- utilizzano solamente i medici e che sono compresi (.) in generale solo dalla comunità .hh medica .h e invece c'è (0.69) un altro registro (0.84) che viene utilizzato per: (.) tutti in generale per per i pazienti e non per il personale medico .hh quindi bisogna in quel caso (.) essere estremamente (0.66) eeh: attenti a utilizzare (.) una terminologia che sia comprensibile da tutti [...]

Infine, è necessario che la traduzione sia sempre funzionale alla situazione in cui si colloca e si adatti agli obiettivi che la stessa si pone:

(4)

307 - 318 è inutile (.) tradurre in questo caso .hh eeh: se dobbiamo spiegare loro come arrivare ad esempio a un certo reparto (.) come raggiungere una certa .hh ehm: una certa parte dell'ospedale .hh loro troveranno magari se noi non possiamo accompagnarli .h loro troveranno a un certo punto delle indicazioni dei cartelli in cui: c'è scritto non so ad esempio scala A .hhh eeh (0.56) e (0.69) in in quel caso (.) ..h eeh (0.71) è è inutile spiegare e dire .h i- i- e dire nella lingua del paziente scala (0.81) no- non è quello l'obiettivo l'obiettivo è che lui raggiunga quel luogo .hh quindi in quel caso ad esempio (1.00) non (0.51) non è proprio pratico non sarebbe pratico tradurre .hh eeh: quella cosa perché (0.78) chiaramente dopo arrivano di fronte al cartello la a resta a ma scala .hh se noi gliel'abbiamo tradotta .hh non: (0.71) cioè a loro non serve più sono disorientati ((laughter)) sarebbero disorientati .hh quindi assolutamente .h eeh: ci sono dei casi in cui non: (1.25) non è necessario e neppure utile (0.52) tradurre alcuni elementi (.) .hh l'obiettivo della comprensione in quel caso è (0.97) che cosa ho io paziente che cosa ho (.) quale di quale malattia sto soffrendo .hh che cosa devo fare .hh in quel caso la comprensione deve essere .hh totale (.) [...]

In merito alla formazione di questa figura professionale, resta difficile capire come l'interprete neolaureato possa colmare il divario che esiste tra la preparazione universitaria e l'attività professionale vera e propria, essendo questa caratterizzata da un enorme ventaglio di incarichi non solo di tipo linguistico. In tal senso, l'esperienza sul campo riveste un ruolo di primaria importanza, definita anche dall'interprete da noi intervistato come "l'unica vera e propria formazione efficace" (cfr. Appendice, turno 149).

3.3 Gli apporti dell'intervista: l'interprete con barriera linguistica

L'interprete può anch'egli trovarsi di fronte a una barriera linguistica. Ciò accade quando la lingua madre del paziente straniero bisognoso di assistenza medica non corrisponde a nessuna di quelle appartenenti alla combinazione linguistica dell'interprete. Come abbiamo avuto modo di apprendere tramite l'intervista, esistono perlomeno tre vie percorribili per riuscire comunque a garantire la comunicazione medico-paziente e, di riflesso, l'assistenza sanitaria.

3.3.1 Le lingue veicolari

La prima via percorribile è il ricorso a una lingua veicolare, cioè una lingua impiegata come mezzo di comunicazione tra due parlanti aventi entrambi una lingua madre diversa. Spesso è l'inglese a svolgere questa funzione, in ragione dell'alto numero di persone che lo parlano a livello internazionale; tuttavia, l'impiego dell'inglese in quanto lingua franca non sempre si rivela sufficiente a garantire una comprensione adeguata agli scopi della visita medica. Infatti, il paziente parlante inglese come lingua straniera non ha necessariamente le competenze sufficienti per esprimersi correttamente o per capire tutto quello che gli viene detto.

(5)

205 - 208 [...] .h è chiaro che un'altra difficoltà: può insorgere anche dal punto di vista linguistico .hh eeh non per colpa: nostra in qualche modo degli interpreti nel senso che non siamo abbastanza formati ma .hh anche .h eeh: perché spesso: e volentieri per alcuni pazienti che appunto non parlano (0.59) eeh: (0.86) c'è di cui noi più che altro non parliamo la loro lingua madre .hh bisogna ricorrere (.) all'inglese in quanto lingua franca .hh ed è chiaro che non sempre ehm: il paziente che parla inglese come lingua straniera potrà capirci (.) facilmente o che noi potremo capire loro perché magari si esprimono male .h quindi anche questo è un: (0.56) elemento .h eeh che: concorre a una mancata comprensione di quello che .hh diciamo talvolta .h ehm:

Anche il francese è impiegato come lingua veicolare, specialmente con pazienti provenienti da ex colonie. Sebbene in questo caso il paziente non abbia a che fare con una lingua straniera, questi potrebbe comunque non possedere un'ottima proprietà di linguaggio nella lingua standard (in questi Paesi il francese è solitamente riconosciuto come lingua ufficiale e amministrativa, ma spesso è diventato lingua seconda sulla quale si sono imposte numerose varianti locali e dialettali).

(6)

427 [...] .h e ehm: poi per quanto riguarda le lingue veicolari assolutamente anche il francese viene utilizzato con persone provenienti da ex colonie .h ehm: e anche lì c'è la stessa: no? la stessa .hh difficoltà che con l'inglese .h ehm: non: non si può dire che per loro sia una lingua straniera certe volte il francese ma è una lingua seconda comunque ed è un lingua .h in cui non hanno una (.) proprietà magari al cento per cento .h e quindi anche lì ci sono: eeh diverse difficoltà [...]

Da questi due estratti emerge quindi come a prescindere dalla lingua veicolare utilizzata, il fatto di ricorrere a questa strategia di superamento della barriera linguistica comporti alcune difficoltà.

3.3.2 L'interpretazione telefonica

L'interpretazione telefonica è un'altra strategia alla quale si può ricorrere nei casi in cui l'interprete non parli la lingua del paziente e questo, a sua volta, non conosca una lingua utilizzabile come lingua veicolare. Talvolta richiesta dagli stessi interpreti nei casi più urgenti, l'interpretazione telefonica consiste nell'attivare un interprete che abbia nella propria combinazione la lingua del paziente per la quale l'ospedale non dispone, in quel dato momento, di un interprete. Come ci ha precisato l'intervistato, questo tipo di interpretazione a distanza viene attivata solo dopo aver verificato che il collega in turno non conosca la lingua richiesta e, per i casi maggiormente differibili, che anche nei turni immediatamente successivi non ci sia un interprete con quella lingua in combinazione.

(7)

431 delle: ehm: dell'interpretazione telefonica (.) che talvolta richiediamo anche noi interpreti mi è capitato un caso .hh particolarmente ehm: particolarmente difficile col: russo l'anno scorso non c'era nessuno in turno ed era molto urgente .hh e in quel caso abbiamo attivato un interprete .hh ehm: che appunto facesse una mediazione telefonica (.) sul momento perché era: una cosa molto molto urgente .hhh ehm

Oltre ad essere uno strumento per il superamento di barriere linguistiche, l'interpretazione telefonica può essere richiesta anche agli stessi interpreti in turno. Il presidio ospedaliero "Ceccarini" di Riccione, ad esempio, non dispone tradizionalmente di interpreti negli orari notturni; perciò, in caso

di bisogno, l'ospedale in questione può richiedere un'interpretazione telefonica dagli interpreti in turno a Rimini, dove fino alla scorsa stagione estiva il servizio era disponibile ventiquattrore su ventiquattro e sette giorni su sette. Allo stesso modo, altri ospedali nei quali la figura dell'interprete non è affatto prevista, possono usufruire dell'interpretazione a distanza messa a disposizione dagli interpreti di altri presidi ospedalieri. Infine, l'interpretazione telefonica può avvenire anche all'interno dello stesso ospedale: se, ad esempio, il medico dovesse fare una domanda urgente ma molto rapida a un paziente e l'interprete si trovasse in un altro reparto dal quale non può allontanarsi, allora quest'ultimo potrebbe essere chiamato per svolgere una mediazione telefonica (cfr. Appendice, turno 432).

3.3.3 La traduzione automatica

Nei casi più estremi, laddove non è possibile ricorrere né a lingue veicolari né all'interpretazione telefonica, anche la traduzione automatica viene utilizzata per risolvere delle situazioni particolarmente difficili, nelle quali il personale medico non ha a disposizione, né in presenza né a distanza, un interprete per la lingua parlata dal paziente. Come emerge dall'estratto (8), in questo caso specifico però, è spesso lo stesso personale medico a fare ricorso a questo mezzo "di fortuna" (cfr. Appendice, turni 211 e 218), e non gli interpreti. Il motivo di questa scelta è da ricercarsi, secondo l'interprete intervistato, nella "giustezza" etica dell'azione; è eticamente giusto che sia il personale sanitario a leggere la traduzione di un traduttore automatico perché, se la leggesse l'interprete ed esprimesse lui in prima persona quelle parole, questo equivarrebbe a dare una garanzia di correttezza linguistica che in quel momento non è invece in grado di assicurare.

(8)

211 - 224 molti di loro insomma non non parlano inglese .hh eeh in quel caso: eeh purtroppo (.) dico bene certe volte bisogna ricorrere .h a dei mezzi di fortuna (0.75) eeh come: dei traduttori automatici anche online .hh (1.35) spesso lo fanno: gli infermieri stessi (.) quando vediamo che noi siamo in difficoltà nel senso che non parliamo la lingua di della persona del paziente .hh allora sono anche loro stessi a ricorrere a questi mezzi .hhh eeh (1.36) in qualche modo eticamente è anche giusto che siano loro a farvi ricorso e non noi .h perché (1.97) è chiaro che se noi stessi andiamo a leggere quello che ci dice un traduttore automatico di cui noi interpreti non siamo certi (0.90) che sia cioè noi non siamo certi che sia corretto quello che c'è scritto .hhh eeh beh in qualche modo (0.67) dicendo noi quelle parole esprimendole noi (2.02) eeh in qualche modo diamo la nostra garanzia da interpreti benché in quel momento non la stiamo dando quindi .hh la cosa migliore in quel caso nel caso in cui si ricorra a questi mezzi (.) proprio di fortuna .h sarebbe (0.57) farlo fare al personale (1.20) come se l'interprete in quel momento non ci fosse (.) perché

(0.72) non è (.) non è in grado di farlo (0.96) non e non rientra tra le sue mansioni .hh in che senso .h nel senso che noi siamo chiamati a intervenire .h con le lingue inglese (.) tedesco e francese (1.17) questo è quello che eeh: .h que- che ci viene richiesto è chiaro che se .h conosciamo una lingua in più .h possiamo eeh sfruttarla (.) quello senza dubbio .h ma se non la conosciamo (1.10) non c'è nulla da fare in qualche modo

In caso di ricorso alla traduzione automatica, la soluzione migliore parrebbe quindi essere quella di fare “come se l’interprete in quel momento non ci fosse” (cfr. Appendice, turno 220).

3.4 Gli apporti dell’intervista: l’interprete con empatia

Nel corso dell’intervista abbiamo più volte avuto modo di percepire quanto l’empatia, cioè la capacità di comprendere e percepire lo stato emotivo dell’altro senza pertanto acquisirlo (Merlini e Gatti, 2015: 141-142), influisca sulle scelte di questa figura professionale, a tal punto da prevaricare la deontologia e ciò che da questa è generalmente decretato come giusto o sbagliato.

Questa compartecipazione spontanea al sentimento dell’altro si manifesta sia nei confronti dei pazienti che con il personale medico con il quale l’interprete lavora. I primi, parlando con l’interprete, danno spesso sfogo a numerosi aspetti psicologici che li riguardano in prima persona, non limitandosi solamente a raccontare la loro storia da un punto di vista clinico. Personale sanitario e interpreti, invece, trovandosi a lavorare a stretto contatto gli uni con gli altri, durante lunghi turni diurni e notturni, diventano a tutti gli effetti colleghi e, in quanto tali, cercano di collaborare tra loro e aiutarsi in caso di necessità (cfr. Appendice, turni 236-240).

Di seguito riporteremo due episodi raccontatici durante l’intervista, al fine di dare prova dell’ampia influenza che l’empatia può esercitare sulle scelte di un interprete in ambito medico, e di come questa possa determinare la giustezza delle azioni che intraprende.

3.4.1 L’empatia verso il paziente

Il primo episodio che ci è stato descritto riguarda il manifestarsi di una forma di empatia da parte dell’interprete nei confronti di un paziente straniero. L’interprete intervistato ha raccontato che quest’ultimo era arrivato in pronto soccorso chiedendo una profilassi contro alcune malattie veneree a seguito di rapporti non protetti e che, a fronte della risposta del medico riguardo l’impossibilità di ricorrere a tali profilassi in Italia, si era sentito molto a disagio perché sapeva che in realtà quella possibilità esisteva, conoscendo infatti una tecnica di laboratorio biomedico al quale, in seguito a un incidente, erano state fatte delle profilassi al fine di scongiurare un’infezione. La situazione scomoda

in cui si trovava l'interprete poteva risolversi in due direzioni: limitarsi a tradurre la risposta del medico, oppure, andando però in questo modo contro i principali fondamenti deontologici e professionali, intervenire nella conversazione esprimendo al medico le sue perplessità a riguardo. L'imporsi di un approccio empatico ha fatto sì che l'interprete scegliesse di inserirsi nella conversazione parlando a proprio nome, e non per restituire le parole altrui. Come emerge dal racconto fattoci durante l'intervista, l'interprete sarebbe in questo caso stato spinto dall'obiettivo primario di aiutare il paziente, nonostante l'apparente "non correttezza" deontologica della sua azione.

(9)

255 - 269 in quel caso ci si sente in una posizione estremamente scomoda
(.) in quanto interpreti (2.25) e (.) ti dici che che che cosa faccio (.) .h
vado contro il medico e le ((sic.)) dico no guardi (.) eeh: dottoressa o dottore
.h il: in realtà io ne ho già sentito parlare non sarebbe meglio contattare
l'infettivologo? .hh ehm (0.90) oppure che cosa si fa si segue (0.81) la
deontologia ovvero si risponde esattamente dicendo quello che ha detto il medico?
(0.88) .hhh io ammetto che in quella situazione mi sono permesso di intervenire
(0.57) con (.) eeh: i dovuti modi (1.64) eeh (0.75) inventando in realtà una
cosa ho detto .hh guardi sa dottore- dottore mi è capitato: già un'altra volta
che in realtà lo avessero fatto qui in pronto soccorso cont- contattando
l'infettivologo .hh in quel caso io mi sono sentito .h di intervenire .h eeh
(0.52) non posso dire di aver fatto al cento per cento la cosa migliore (0.70)
o di aver fatto: una cosa sbagliata neppure (.) .h ammetto che se mi ritrovassi
nuovamente di fronte a una situazione .h scomoda come questa molto probabilmente
lo rifarei .hh eeh: (0.57) perché in quel caso si crea un'empatia comunque con:
con quel paziente .h si cerca in tutti i modi di aiutare (0.55) quel paziente
.h è chiaro che però queste situazioni diventano molto scomode (.) per noi (0.58)
.hhh e eeh (.) appunto per questa ragione dico che .h è molto difficile dire
qual è che cosa sia deontologicamente corretto e che cosa non lo sia .hh è chiaro
che entrano in gioco soprattutto in quest'ambito .h le no- e non solo in realtà
anche in altri .h (.) le emozioni (0.63) no- non c'è nulla da fare non dovrebbe
essere così (.) ma un minimo di influenza ce l'hanno (0.57) e l'obiettivo
primario di tutti (.) medici ma anche nostro è quello di aiutare quelle persone

La scelta fatta dall'interprete è pertanto da ricondurre al sentimento di empatia provato nei confronti del paziente straniero, sentimento che quindi diventa di primaria importanza per delineare un quadro, seppur approssimativo, della professione di interprete dialogico in ambito sanitario.

3.4.2 L'empatia verso il personale medico

L'interprete può sviluppare un atteggiamento empatico anche nei confronti del personale medico. Ciò può accadere quando il personale sanitario si trova in una situazione particolarmente concitata (ad

esempio, nei casi di sovraffollamento del pronto soccorso) e l'interprete, immedesimandosi nella situazione e partecipando allo stato d'animo generale, è portato a voler dare un contributo, seppur minimo, svolgendo delle mansioni basilari:

(10)

105 - 110 succede a lungo andare ci sono magari delle esigenze (.) estremamente (.) basilari .hhh ehm: (0.70) che: poi anche noi: (.) facciamo ci sono delle cose che facciamo .hh eeh mi è capitato di (.) spostare una barella .h mi è capitato di (.) portare del ghiaccio a un paziente (0.69) italiano anche dico bene .hh eeh di ehm non so dare: un'arcella una: garza a un paziente .h questa è una cosa (.) che in realtà non dovremmo assolutamente fare (0.57) perché non spetta a noi .hh eeh questo accade solo: in situazioni estreme in cui (.) il pronto soccorso è sovraffollato .h e gli infermieri: (0.57) purtroppo non riescono a eeh: a v- appunto (0.54) venire incontro alle esigenze di tutti [...]

Sebbene alcune di queste mansioni siano apparentemente “innocue” (dare del ghiaccio, dare una garza, ecc.), altre, come ad esempio spostare una barella, potrebbero potenzialmente causare dei danni ai pazienti o agli interpreti stessi. L'interprete si assume pertanto la responsabilità delle sue azioni, anche quelle più banali, riconoscendo ciò che è in grado di fare e prendendo coscienza dei rischi e delle implicazioni che un semplice gesto può comportare.

(11)

110 - 114 [...] .hhh (.) è chiaro che mai e poi mai ci azzarderemmo a ehm: somministrare un farmaco a: eeh a fare qualcosa di effettivamente rischioso lì stiamo (.) aiutando qualcuno come se fossimo all'esterno di un ospedale .h quindi (.) dammi del ghiaccio dammi una garza mh nulla di più .h però sottolineo che questa cosa non andrebbe fatta .hh perché eeh anche le cose più banali (.) possono essere rischiose .h come lo spostare una barella (.) se: ehm: io nel mio caso specifico ho lavorato anche eeh come: .h come volontario in: sulle ambulanze quindi in qualche modo (0.89) so come spostare una barella in una m- in una maniera .hhh sicura (0.84) però: se non lo si sa fare bisognerebbe assolutamente evitare perché qualsiasi cosa succeda (.) a noi stessi (0.82) o al paziente (0.59) chiaramente la colpa ricade su di noi siamo noi che ci siamo assunti .h questa responsabilità .hhh ehm:

Concludendo, l'empatia non deve quindi essere intesa come lo scardinamento di qualsiasi codice deontologico a favore di una benevolenza indiscussa; le scelte fatte sulla base di un sentimento empatico, seppur deontologicamente non del tutto corrette, devono comunque essere accompagnate da un'attenta valutazione delle conseguenze possibili o probabili che queste potrebbero generare, secondo un approccio che Nasi (2010: 70) definirebbe *teleologico*, dove “il criterio determinante per

stabilire la moralità di un'azione o di un insieme di azioni consiste nel valutare attentamente le possibili e probabili conseguenze che deriveranno da quell'azione o da quell'insieme d'azioni".

Conclusioni

Con questo elaborato si è voluto tracciare un profilo il più completo possibile della figura dell'interprete dialogico in ambito medico, una professione che, come si è visto nel primo capitolo, è fondamentale per garantire l'accesso al servizio sanitario nazionale da parte di pazienti stranieri non parlanti la lingua delle istituzioni. È emerso come la presenza di un interprete in un'interazione triadica, oltre a conservare la varietà tra le lingue e a ridurre la distanza tra i partecipanti, possa promuovere l'espressione personale del paziente e l'autorevolezza della voce della medicina, riequilibrando l'asimmetria di tipo linguistico e partecipativo che caratterizza questo genere di interazioni. Sempre nel primo capitolo, dopo una breve panoramica sul ruolo dell'interprete nell'ASL della Romagna, sono state affrontate le problematiche relative all'assenza di un riconoscimento ufficiale di questa professione, prendendo in esame le conseguenze che scaturiscono anche sul piano formativo; in mancanza di un percorso di formazione unificato e coordinato a livello nazionale, in Italia la preparazione di questi interpreti-mediatori viene affidata a istituzioni formative extra-universitarie o alle università, quest'ultime altamente professionalizzanti ma non ancora completamente orientate verso la formazione degli interpreti impiegati nell'ambito sanitario. Abbiamo avuto modo di comprendere quanto un'ottima preparazione, seppur integrata all'esperienza, sia necessaria per gestire tutti quegli aspetti specifici della professione che distinguono l'ambiente ospedaliero da qualsiasi altro contesto interpretativo: le responsabilità di natura anche legale, la difficile gestione del rapporto con i pazienti, la traduzione della terminologia specifica modulata in funzione dell'interlocutore e la possibilità dell'insorgere del cosiddetto "trauma vicario" (Bontempo e Malcolm, 2012), sono solo alcuni degli aspetti che un interprete in ambito medico deve tenere presente e per il quale deve disporre di una preparazione adeguata. Inoltre, attuando delle forme di *coordinamento* dell'interazione, questa figura professionale si allontana dai codici deontologici che la definiscono come una mera macchina traduttiva imparziale e invisibile di fronte agli altri partecipanti; queste descrizioni teoriche non solo non rispecchiano la pratica quotidiana della professione, ma, se messe in atto, possono produrre un effetto inibitorio sulla conversazione. Questo ha portato a una rivalutazione del ruolo dell'interprete in ambito medico, non più considerato statico e prestabilito da principi generali e astratti, ma mutevole e determinato da molteplici fattori, che Llewellyn-Jones e Lee (2013) raggruppano su tre assi (la presentazione di sé, l'allineamento ai partecipanti e la gestione dell'interazione) e che determinerebbero il *role-space* (*ibid.*) dell'interprete in ogni contesto situazionale e interazionale.

Dopo aver documentato, nel secondo capitolo, la creazione di un'intervista semi-strutturata sottoposta a un interprete dell'Ospedale "Infermi" di Rimini, il suo svolgimento per via telematica, le fasi di

trascrizione e di esportazione con il programma ELAN, e dopo aver brevemente accennato a eventuali prospettive future che l'utilizzo di un software per la trascrizione può aprire, nel terzo capitolo abbiamo analizzato gli apporti dell'intervista, partendo innanzitutto da alcuni aspetti della professione di cui eravamo venute a conoscenza tramite la letteratura e che ci sono stati confermati dall'interprete intervistato. Tra le conferme che abbiamo ricevuto sono emerse la questione della complessità del ruolo e delle innumerevoli responsabilità che ricadono sull'interprete in quanto unica figura in grado di svolgere determinati incarichi, la difficoltà da parte dell'interprete di definire il proprio ruolo sia con pazienti italiani che stranieri, le strategie di negoziazione e di verifica della comprensione che l'interprete deve mettere in atto per assicurarsi che il contenuto della sua traduzione sia stato recepito dal paziente; e ancora, la questione dell'impiego di una terminologia adeguata e comprensibile per l'interlocutore, specialmente nei casi in cui sia la lingua stessa a disporre di diverse varianti più o meno scientifiche per indicare lo stesso concetto (come ad esempio il tedesco). Inoltre, l'intervistato ci ha dato conferma anche riguardo all'obiettivo primario della traduzione, cioè quello di essere funzionale agli scopi dell'interazione, e in merito all'importanza dell'esperienza in quanto sola formazione efficace, dato il grande divario che ancora separa formazione e pratica della professione. Andando ad analizzare gli apporti che sono emersi spontaneamente nel corso dell'intervista, abbiamo deciso di focalizzarci sul caso in cui il paziente parli una lingua per la quale il presidio ospedaliero non dispone di un interprete-mediatore e vi è quindi una barriera linguistica anche per l'interprete. Dall'intervista è emerso come esistano almeno tre vie percorribili per riuscire comunque a comunicare con il paziente bisognoso di assistenza sanitaria: l'impiego di una lingua veicolare, l'interpretazione telefonica e la traduzione automatica. In quest'ultimo caso sembra opportuno che sia il personale medico ad occuparsi in prima persona della traduzione, e non l'interprete, non potendo questi fornire alcuna garanzia di correttezza linguistica. Infine, attraverso il racconto diretto di due episodi, abbiamo avuto modo di vedere quanto l'empatia sia determinante nelle scelte che un interprete impiegato nell'ambito medico è portato a fare sul lavoro. Dall'intervista è emerso come questo sentimento possa nascere sia nei confronti dei pazienti che degli operatori, a riprova del fatto che la neutralità e l'imparzialità dettate dai codici deontologici siano tentativi di schematizzazione e semplificazione di una professione molto più complessa.

A prescindere dall'approccio adottato per valutare la giustezza di un'azione o l'accuratezza di una traduzione, i futuri studenti che vogliono addentrarsi nella professione, così come i professionisti che lavorano da anni sul campo, devono tenere presente che “gli interpreti interpretano per una *ragione*, perché c'è un obiettivo comunicativo o sociale che deve essere raggiunto”²⁴ (Davidson, 2000: 380).

²⁴ Trad. nostra.

L'obiettivo dell'interpretazione dialogica in ambito sanitario è quello di permettere la comprensione tra l'istituzione sanitaria e il paziente straniero al fine di assicurare un'equità di accesso alle cure e di garantire quel diritto alla salute che la Costituzione definisce come fondamentale. L'azione dei soli interpreti però, per quanto qualificati essi siano, non basta per conseguire questo obiettivo: è necessario che tutti partecipanti all'interazione concorrano alla co-costruzione della comprensione, e che anche gli operatori sanitari vengano adeguatamente formati all'interazione mediata.

Bibliografia

- Ballardini, E. (2006). “Pour un enseignement universitaire de l’interprétation en milieu médical”, *Études de Linguistique Appliquée*, 141: 43-50.
- Baraldi, C. (2015). “Teoria dei sistemi sociali e forme dell’interazione medico-paziente”. In G. Corsi a cura di, *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*. Milano: Franco Angeli. 89-128.
- Baraldi, C. & L. Gavioli (2014). “Are close renditions the golden standard? Some thoughts on translating accurately in healthcare interpreter-mediated interaction”. *The Interpreter and Translator Trainer*, 8(3): 336-353.
- Baraldi, C. & L. Gavioli (2019). *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari. Interazione ed efficacia comunicativa*. Milano: Franco Angeli.
- Bontempo, K. & K. Malcom (2012). “An ounce of prevention is worth a pound of cure: Educating interpreters about the risk of vicarious trauma in healthcare settings”. In K. Malcolm & L. Swabey a cura di, *In our hands: Educating healthcare interpreters*. Washington DC: Gallaudet University Press. 105-130.
- Collonval, S. (2019). “Le chercheur est-il un imposteur, un observateur, ou un évaluateur lors de la construction d’un corpus de données orales en milieu hospitalier belge? Entre questions éthiques et méthodologiques”. *Signes, discours et sociétés. Revue semestrielle en sciences humaines et sociales dédiée à l’analyse des Discours*. <http://revue-signes.gsu.edu.tr/article/-LrOYr-1-Q8Sz9XtCudo>
- Cox A., E. Rosenberg, A. Thommeret-Carrière, L. Huyghens, P. Humblé & Y. Leanza (2019). “Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: an interdisciplinary quantitative and qualitative assessment”. *Patient Education and Counseling*, 102: 1439-1445.
- Davidson, B. (2000). “The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse”. *Journal of Sociolinguistics*, 4(3): 378-405.
- Delli Ponti, A. & K. Forlivesi (2005). “Il lavoro dell’interprete all’interno di una struttura ospedaliera”. In G. Mack & M. Russo a cura di, *Interpretazione di trattativa: La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milano: Hoepli. 195-202.
- Gutiérrez, R. (2013). “Natural interpreters’ performance in the medical setting”. In C. Schäffner, K. Kredens & Y. Fowler a cura di, *The Critical Link 6. Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 165-185.

- Llewellyn-Jones, P. & R.G. Lee (2013). “Getting to the Core of the Role: Defining Interpreters’ Role-Space”. *International Journal of Interpreter Education*, 5(2): 54-72.
- Merlini, R. (2009). “Interpreters in Emergency Wards. An Empirical Study of Doctor-Interpreter-Patient interaction”. In R. De Pedro Ricoy, I. Perez & C. Wilson a cura di, *Interpreting and Translating in Public Service Settings: Policy, Practice, Pedagogy*. Manchester: St. Jerome. 89-114.
- Merlini, R. & M. Gatti (2015). “Empathy in healthcare interpreting: going beyond the notion of role”. *Dialogue Interpreting, Special Issue of Interpreters’ Newsletter*, 20: 139-160.
- Nasi, F. (2010). *Specchi comunicanti. Traduzioni, parodie, riscritture*. Milano: Medusa.
- Niemants, N. (2016). “La responsabilité du médiateur dans l’accès aux soins des immigrés”. *Études de Linguistique Appliquée*, 181: 55-78.
- Niemants, N. (2018). “Savoir pour interpréter: une étude de cas en contexte médical”. In A. Lavieri & D. Londei a cura di, *Traduire l’autre. Pratiques interlinguistiques et écritures ethnographiques*. Paris: L’harmattan. 189-211.
- Ticca, A.C. & V. Traverso (2017). “Parole, voix et corps: convergence entre l’interprète et le soignant dans les consultations avec des migrants”. *L’Autre. Clinique, Culture et Société*, 18(3): 304-314.

Sitografia

<https://www.imiaweb.org/code/> (visitato il 24 agosto 2020)

<https://ausit.org/code-of-ethics/> (visitato il 24 agosto 2020)

<https://www.health.belgium.be/fr/guide-pour-la-mediation-interculturelle-dans-les-soins-de-sante>
(visitato il 24 agosto 2020)

<https://aiti.org/it/iter-e-finalita-della-norma-uni-115912015#1> (visitato l'11 settembre 2020)

Appendice

Legenda

Interprete intervistato	INTm (Male Interpreter)
Ricercatrice	RESf (Female Researcher)
Studente	STUf (Female Student)
Suoni non riconducibili ai parlanti (mouse click, beep sound)	Event
Allungamenti vocalici	a:
Annotazioni paralinguistiche attribuibili a un parlante	((tongue click)), ((laughter))
Domande	abc?
Errori del parlante	((sic.))
Espirazioni	.h (con eventuali h aggiuntive se prolungate)
Inspirazioni	.h (con eventuali h aggiuntive se prolungate)
Nomi propri	Nome
Parole o segmenti a volume basso	°abc°
Parole tronche	abc-
Pause inferiori a 0,5 secondi	(.)
Pause piene	eeh, eeh:, eh, eh:, mh:, ehm:
Pause superiori a 0,5 secondi	Durata esatta: (1.75), (0.99), ecc.
Sigle e acronimi	ABC
Sovrapposizioni	[abc]

001 STUf okay (.) allora innanzitutto mi presento .h mi chiamo Valeria Ghiri e sono una studentessa al terzo anno della facoltà di mediazione linguistica e interculturale a Forlì .hh e: questa intervista nasce con l'obiettivo di mettere in luce le caratteristiche e le peculiarità di una professione così complessa come quella dell'interprete dialogico in ambito sanitario .hh ed è stata infatti per questo concepita .h per divenire oggetto di riflessione e base da cui partire per l- la redazione della mia tesi di laurea triennale ((tongue click)) .hh

(0.51)

002 infatti nei limiti del possibile vorrei far emergere da questa intervista il numeroso ventaglio di attività che voi professionisti siete chiamati a svolgere .h che spesso sono ben lontane dal semplice atto del tradurre ((tongue click)) .h e tutta quella serie di responsabilità che queste poi comportano ((tongue click)) .hh inoltre per delineare un quadro il più possibile completo ritengo inoltre fondamentale lasciar affiorare quei compiti .h e quegli incarichi specifici dell'interprete in ambito sanitario .h che vanno oltre e a volte addirittura contro .h alcuni principi dei principali codici etici e professionali .h penso ad esempio al fatto di

non dover parlare con i pazienti (.) tra una visita e l'altra quindi in-between .h o al fatto di non dover prendere le loro difese quindi l'advocacy ((tongue click)) .hh e: infine le mie domande verteranno sulle problematiche relative all'assenza di una definizione precisa del ruolo .hh che (.) potrebbe implicare una conoscenza superficiale della professione in questione .h e una mancata consapevolezza dell'importanza che questa figura in realtà riveste .h sia tra lo stesso personale sanitario che tra i pazienti ((tongue click)) .hh e: dopo [questa]

003 RESf [mi] inserisco (.) chiedo scusa mi inserisco solo per spiegare a Marco una una cosa .h ossia che è vero che questo è il lavoro di tesi di di Valeria ma dietro c'è un progetto più ampio .h eeh: che è quello di cercare di: di capire come funziona appunto la professione non solo attraverso l'intervista .h ad un singolo interprete o agli interpreti che sono in servizio presso uno stesso presidio ma idealmente attraverso la registrazione di interazioni mediate .h eeh: oppure diciamo diadiche con il paziente nel presidio stesso .h al momento non si sa se ci sarà l'autorizzazione vista anche la congiuntura .h a registrare nei reparti o in pronto soccorso comunque questo prezioso contributo di Valeria è un primo tassello .h di un progetto più ampio che si spera andrà avanti

(1.75)

004 INTm okay benissimo

005 RESf okay?

006 Event mouse click

(0.94)

007 STUf quindi io partirei con: appunto il primo blocco di domande .h che un po' inquadrano la macrotematica (.) dell'attività dell'interprete e le sue responsabilità .hh quindi la prima domanda sarebbe può descriverci innanzitutto in cosa consiste la giornata o il turno tipo di un interprete che lavora in ambito sanitario .h e quali sono le attività specifiche che gli vengono domandate?

(0.99)

008 Event mouse click

(3.07)

009 INTm allora eccomi .h ehm:

(0.74)

010 innanzitutto è difficile eeh: dire se esiste o meno una giornata tipo .h perché chiaramente ogni giorno è bene o male: diverso a seconda di quello che capita è chiaro che ci sono invece dei momenti

(0.91)

011 ben definiti .h che in situazioni non limite .h eeh: non possono
ecco non essere previsti .hh tendenzialmente si: si arriva io parlo della
mia esperienza quindi all'ospedale di Rimini e ehm
(0.64)

012 principalmente durante il periodo estivo .hh
(0.65)

013 visto che viene s- eh fornito u:n servizio di interpreti
ventiquattr'ore su ventiquattro c'è sempre un collega (.) o una collega che
ci precede (.) e in quel caso bisogna arrivare prima al: lavoro .h e eeh
sarà il: collega o la collega che .h ci dà le consegne
(0.50)

014 proprio come fanno: i: medici o gli infermieri .h ovvero
(0.57)

015 ci dicono (.) quello che resta da fare quello che è incompleto
che non è già stato chiuso .h sia da un punto di vista amministrativo che da
un punto di vista
(0.66)

016 eeh proprio dei pazienti anche linguistico quindi ci diciamo chi
eeh: ancora è presente in pronto soccorso oppure .h ehm: anche in reparto
(0.90)

017 e quali sono:
(0.51)

018 le difficoltà (.) okay magari che possono .h eeh: che possono
esserci in in quel caso .h ehm: a Rimini ci possono essere due situazioni
diverse ovvero u:na eeh: un turno
(1.03)

019 in ufficio (.) e quindi ai ricoveri ovvero (.) le persone
ricoverate che si cioè l'interprete che si occupa delle persone ricoverate
.h nei ri- nei reparti .hh
(0.82)

020 e poi ci può essere un altro tipo di turno che è quello eeh in
pronto soccorso in cui: eeh quindi ci occupiamo proprio delle persone che
giungono (.) e in cui c'è un effetto sorpresa maggiore in qualche modo
((laughter)) .hh eeh: quello che si fa è
(0.59)

021 restare sempre reperibili perché abbiamo: sempre con noi un
telefono .h e siamo: appunto sempre reperibili da parte dei medici
(1.09)

022 .hh eeh: di solito poi eeh si si accolgono i pazienti ad esempio
in pronto soccorso

(0.58)

023 eeh:
(1.52)

024 il primo obiettivo diciamo che è quello di
(0.50)

025 ascoltare le loro esigenze da un punto di vista puramente medico
.hh e dopo di che invece si procede anche a una parte più amministrativa
(0.60)

026 eeh più amministrativa che riguarda ehm: chiaramente i:l
(0.96)

027 l'aspetto anche economico .h quindi l'assicurazione eccetera
eccetera .h dopo di che quello che si fa durante il turno (.) è che si (.)
segue completamente questo: paziente da qualsiasi punto: punto di vista .h e
poi a fine turno avviene sempre
(0.59)

028 ehm: avviene sempre
(0.68)

029 la stessa cosa che ho detto all'inizio ovvero si danno le
consegne al collega o alla collega che .h eeh ci segue che arriva qualche:
minuto prima dell'inizio del turno appunto per .hh eeh per s- effettuare
questo scambio di .h informazioni ((tongue click)) poi ci sono altre
attività ben specifiche che sono:
(0.53)

030 eeh ad esempio quelle di controllare
(0.69)

031 eeh tutti i pazienti stranieri che sono arrivati in pronto
soccorso
(0.79)

032 .hh eeh anche
(0.69)

033 quelli che non hanno bisogno di un'assistenza linguistica ma che
magari hanno bisogno di un'assistenza burocratica °più che altro° .hh e in:
invece per quanto riguarda il turno in: il turno ai ric- ai ricoveri

034 Event beep sound
(1.47)

035 INTm è qualcosa di un po' più complesso e ancora di ancora più
amministrativo
(0.74)

036 da un punto di vista linguistico quello che rimane invariato è
che appunto siamo reperibili sempre eeh per esigenze puramente linguistiche

anche .hhh e: questa è un po' (.) diciamo (.) la giornata tipo grosso:
grosso modo

(2.01)

037 RESf posso inserirmi perché per me è chiarissimo per me che questi turni nelle due tipologie li ho fatti preciso due cose che forse rendono le cose .h più chiare per per Valeria e poi la invito a chiedere chiarimenti se invece per lei che è estranea certe cose non sono chiare .hh eeh chi fa il turno al pronto soccorso il pronto soccorso nel presidio in questione non è uno solo quindi .h lo stesso interprete segue il pronto soccorso generale il pronto soccorso ortopedico .h eh il pronto soccorso oculistico .h eh il pronto soccorso pediatrico .h ehm: Marco non ri- mh forse ne ho dimenticato qualcuno? insomma di sotto direi che sono questi .h eh esiste anche il pronto soccorso ORL e il pronto soccorso diciamo ostetrico .h che però sono dislocati diciamo in un'altra zona dell'ospedale e che quindi ricadono nelle competenze dell'interprete che fa .h il lavoro d'ufficio e che segue e: gl'altri: gl'altri reparti .h non so se sono io che ricevo posta o se siete voi magari se potete [chiuderla] si sentono le notifiche [((tongue click)) .hh] e: scusate questa piccola: annotazione tecnica ecco quindi volevo puntualizzare questo .h eeh perché poi so che ci saranno domande circa che cosa si fa quando ci sono più pazienti in luoghi diversi questo non succede solo all'interprete che segue tutti i reparti dell'ospedale .h ma anche all'interprete che segue il pronto soccorso perché appunto non è: non è uno solo .h e volevo rendere esplicito per: Valeria quello che in realtà Marco ha già spiegato molto bene ma forse non è chiaro per lei .h come lo scopo della presenza dell'interprete che interagisce con i pazienti che non parlano l'italiano è duplice .h non solo li si aiuta linguisticamente ma di fatto .h ci si occupa anche di fare un recupero crediti cioè di capire come e se potranno coprire .h un servizio sanitario che viene dato .h eh: però che in alcuni casi potrebbe essere: a titolo gratuito perché si tratta di cittadini europei che quindi hanno diritto ad un'assistenza gratuita al pari di un italiano .h eeh oppure ci sono casi in cui non è così e in un qualche modo l'interprete segue anche questa parte burocratica amministrativa .h di copertura del servizio che eeh che viene erogato ecco

038 Event beep sound

039 beep sound

040 INTm [mi sa che sei tu]

041 [sei tu]

(0.58)

042 esattamente

(1.06)

043 Event mouse click
(0.72)

044 STUf okay perfetto [m: mi è chiaro] ((laughter))

045 INTm [e anch'io] (.) mi aggiungo nel senso se hai qualsiasi tipo di domanda chiaramente
(0.68)

046 sei [liberissima di farlo]

047 STUf [okay]
(0.51)

048 sì appunto ha menzionato l'attività del pronto soccorso .h e (.) comunque ho un'immagine del pronto soccorso come un ambiente molto frenetico .h dove appunto l'interprete deve ricoprire (.) numerose attività .h e mi chiedo come riesce un interprete a gestire (.) le tempistiche del pronto soccorso che appunto abbiamo detto essere molto frenetiche molto strette .h tutte le priorità e i codici corrispondenti a queste priorità? .hh e (.) appunto sempre nel pronto soccorso nel caso in cui vi siano (.) più pazienti stranieri che richiedano contemporaneamente la presenza dell'interprete .hh è l'interprete stesso a decidere a cosa dare la priorità a chi ad- a dare la priorità e se sì .h pensa che i confini del suo ruolo vengano così oltrepassati cioè che questo tipo di responsabilità non dovrebbe ricadere su di lei?
(1.70)

049 Event mouse click
(3.34)

050 INTm allora è una domanda
(0.77)

051 molto complessa nel senso
(0.52)

052 è verissimo l: il pronto soccorso è un ambiente molto frenetico e anche come diceva giustamente: eeh Natacha .h ci sono proprio
(0.71)

053 diversi luoghi del pronto soccorso che non sono tutti .h eeh l'uno vicino all'altro proprio come ambiente anche grande .hh e eeh spesso e volentieri siamo
(0.54)

054 da soli °in turno° .h ovvero l'altro collega che è in turno e che si sta occupando dei ricoveri non sempre è in grado di aiutarci in anche in una situazione di emergenza .hhh ehm:
(1.77)

055 il per quanto riguarda la priorità

(2.57)

056 c'è: ci sono diverse: regole non ufficiali °diciamo così° .h è
chiaro che

(0.61)

057 eeh: se dob- se abbiamo due ru- due compiti da svolgere uno dei
due è amministrativo appunto che riguarda in generale il recupero crediti
come dicevamo prima .hh e l'altro invece riguarda proprio .h l'assistenza
concreta al paziente da un punto di vista sanitario .h è chiaro che ha
prece- eeh ha la precedenza l'assistenza sanitaria

(1.17)

058 eeh e questo .hh ehm: è molto importante credo sia una cosa
abbastanza spontanea anche dalla parte di noi interpreti .hh eeh

(0.89)

059 perché proprio eticamente credo sia eeh sia abbastanza spontanea
come cosa .hh

(0.64)

060 oltre questo ehm: c'è anche un'altra ragione che ci spinge a
fare quello

(0.85)

061 la parte amministrativa in qualche modo (.) non è controllata
(.) nel senso è abbastanza autogestita in quel preciso istante .hh invece la
parte sa- di assistenza sanitaria

(1.06)

062 n- nella parte di assistenza sanitaria la nostra presenza viene
richiesta .h quindi c'è qualcuno che ci chiama .h e quindi: siamo proprio

(0.62)

063 spinti a farlo immediatamente .hh eeh

(1.32)

064 poi (.) se invece dovessero esserci delle

(0.54)

065 diverse richieste .h di ehm: .h di assistenza linguistica (.)
per l'assistenza invece sanitaria .hh allora in quel caso ehm:

(0.74)

066 le cose si complicano un po'

(1.45)

067 tendenzialmente se non sono emergenze vere e proprie (.) ovvero
se non sono codici rossi se sono tutti

(0.63)

068 allo stesso livello .hh eeh

(0.71)

069 vige un po' la regola del: first come first served .h eeh
 (0.60)

070 perché (.) è chiaro che sia così se siamo se c'hanno già
chiamati .h s- ci stanno aspettando è chiaro che ha la precedenza chi c'ha
chiamato per prima ((sic.)) .hh nel caso in cui e spesso in ospedale è così
come: si sa proprio per tutti i pazienti per noi stessi no (.) ci sono i
codici .hh ehm: colore .hh si dà la precedenza a un caso più grave
 (0.67)

071 se un caso più mh mh è chiaro che se c'è una persona che è in:
 (1.34)

072 rischio mh: che sta correndo un rischio (.) concreto si dà la
precedenza a quella persona .hh e invece se c'è un'altra persona che s- che
eeh può aspettare
 (0.65)

073 mh: dovrà aspettare .hh questo eeh
 (1.34)

074 è u- un compito che spetta a noi più che altro perché non c'è
effettivamente un'altra figura che possa farlo al posto nostro .hh in che
senso si dice sì lo potrebbe fare un medico ma in realtà sono i medici
stessi che chiamano noi
 (1.35)

075 e mh: in qualche modo .hh ognuno eeh talvolta cerca di tirare
l'acqua al su- al proprio mulino (.) e dire vieni da me .h ma (.) spetta a
noi no che abbiamo una visione d'insieme
 (0.67)

076 delle dei diversi casi .h dare la precedenza a qualcun altro o
meno .hh è chiaro che non è un compito per nulla facile
 (1.28)

077 ehm:
 (2.13)

078 di base (.) non dovrebbe rientrare tra le nostre competenze ma è
anche vero: che
 (0.99)

079 qualsiasi altra figura all'interno dell'ospedale farebbe fatica
.h a sostituirci .h in questa: in questo ruolo qui
 (0.52)

080 perché siamo noi che abbiamo una visione d'insieme appunto .hh
eeh tendenzialmente c'è la massima collaborazione e comprensione da questo
punto di vista eeh da parte del personale: sanitario .hhh eeh potrebbero
invece certe volte crearsi: .hh delle: mh delle difficoltà dei piccoli

attriti (.) che si risolvono sempre in maniera estremamente pacifica per carità .hh però eeh certe volte dicono eh ma io ho questo paziente magari c'è un medico che dice io ho questo paziente come faccio .hh e anche noi rispondiamo che: appunto avendone di più dobbiamo dare delle: precedenze
(0.56)

081 purtroppo (.) altrimenti in una situazione appunto .hh estremamente complessa quello che si può fare (.) è sempre chiamare (.) l'altro collega che è in turno con noi che sta gestendo i ricoveri .h per: mh farci dare una mano anche al pronto soccorso
(1.58)

082 .h questo chiaramente .hh se anche lui non ha: anche lui o lei (.) non ha una particolare eeh mole di lavoro: in quel momento
(0.80)

083 che
(0.90)

084 richiede anche in quel caso una precedenza magari
(2.02)

085 Event mouse click
(1.14)

086 STUf okay ho capito quindi (.) in parte forse ha già risposto un po' alla domanda che segue .h però a un c- a un certo punto ha detto appunto nel caso in cui .h si creino delle piccole difficoltà o a- mh: appunto .h difficoltà sì .hh a quel punto potrebbe divenire un po' difficile (.) stabilire (.) qual è effettivamente il ruolo (.) che deve
(0.51)

087 eeh di cui deve farsi carico l'interprete .hhh e quindi (.) a questo proposito quanto è difficile stabilire sia con il personale sanitario che con i pazienti i confini del proprio ruolo .hh e con questo intendo .hh che immagino appunto un paziente
(0.59)

088 vedendovi indossare un camice bianco vi possa scambiare per medici .h oppure che siano gli stessi medici (.) che a volte mh: vi considerano come dei collaboratori veri e propri .hh delegandovi quindi compiti che non sono poi di vostra competenza .hhh intanto è così? e poi (.) ritiene
(0.87)

089 come un po' riacciandoci al discorso di prima che sia un fenomeno giusto e quasi naturale proprio perché .hh siete voi interpreti gli unici probabilmente in grado di farlo oppure qualcosa di problematico .h a cui in fin dei conti è lecito opporsi?

(0.86)

090 Event mouse click
(4.24)

091 INTm allora questa è una domanda assolutamente secondo me (.)
calzante
(0.80)

092 eeh nel senso che
(1.43)

093 principalmente sono i pazienti
(0.56)

094 a eeh:
(0.54)

095 non capire quale sia esattamente il nostro ruolo
(0.92)

096 okay .hhh ehm
(0.90)

097 innanzitutto questo è legato al fatto .h che noi ci troviamo
proprio fisicamente al triage
(0.92)

098 possono capitare anche delle giornate in cui .hh eeh
(1.11)

099 il pronto soccorso è molto affollato .h ma in quel momento non
c'è una un'effettiva presenza (.) di (.) eeh stranieri quindi non c'è: molta
gente che ha bisogno di noi .h e noi magari siamo davanti al computer a
(0.58)

100 fare altre cose (.) amministrative .hh
(0.78)

101 e arrivano i pazienti anche italiani che si lamentano perché non
stiamo: facendo niente a loro avviso .h non s- non li stiamo aiutando (.) e
in quel caso: occorre spiegare al paziente che °chiaramente° non n- non l'ha
capito non lo fa con cattiveria .hh occorre spiegare loro che
(1.39)

102 noi non abbiamo nessuna competenza infermieristica o medica in
generale .hh e quindi non sappiamo aiutarli .hhh ehm:
(2.16)

103 è chiaro che
(0.90)

104 a lungo andare non: non sto dicendo che questa sia una cosa
eticamente corretta .h eeh però
(0.88)

- 105 succede a lungo andare ci sono magari delle esigenze (.)
estremamente (.) basilari .hhh ehm:
(0.70)
- 106 che: poi anche noi: (.) facciamo ci sono delle cose che facciamo
.hh eeh mi è capitato di (.) spostare una barella .h mi è capitato di (.)
portare del ghiaccio a un paziente
(0.69)
- 107 italiano anche dico bene .hh eeh di ehm non so dare: un'arcella
una: garza a un paziente .h questa è una cosa (.) che in realtà non dovremmo
assolutamente fare
(0.57)
- 108 perché non spetta a noi .hh eeh questo accade solo: in
situazioni estreme in cui (.) il pronto soccorso è sovraffollato .h e gli
infermieri:
(0.57)
- 109 purtroppo non riescono a eeh: a v- appunto
(0.54)
- 110 venire incontro alle esigenze di tutti .hhh (.) è chiaro che mai
e poi mai ci azzarderemmo a ehm: somministrare un farmaco a: eeh a fare
qualcosa di effettivamente rischioso lì stiamo (.) aiutando qualcuno come se
fossimo all'esterno di un ospedale .h quindi (.) dammi del ghiaccio dammi
una garza mh nulla di più .h però sottolineo che questa cosa non andrebbe
fatta .hh perché eeh anche le cose più banali (.) possono essere rischiose
.h come lo spostare una barella (.) se: ehm: io nel mio caso specifico ho
lavorato anche eeh come: .h come volontario in: sulle ambulanze quindi in
qualche modo
(0.89)
- 111 so come spostare una barella in una m- in una maniera .hhh
sicura
(0.84)
- 112 però: se non lo si sa fare bisognerebbe assolutamente evitare
perché qualsiasi cosa succeda (.) a noi stessi
(0.82)
- 113 o al paziente
(0.59)
- 114 chiaramente la colpa ricade su di noi siamo noi che ci siamo
assunti .h questa responsabilità .hhh ehm:
(1.87)
- 115 oltre questo
(0.79)

116 adesso io ho parlato principalmente di pazienti italiani in
questo caso (.) che non: capiscono quale sia il nostro ruolo poi ci sono
anche i pazienti stranieri .hh che:
 (0.59)

117 eeh
 (1.13)

118 ci vedono in realtà come una forma:
 (0.71)

119 .hh n- non ci vedono solo come interpreti (.) per loro noi siamo
il loro punto di riferimento in assoluto .hh e qualsiasi tipo di richiesta
 (0.57)

120 viene indirizzata a noi eeh: .hhh (.) più di una volta eeh mi è
capitato che eeh i parenti di un paziente mi chiedessero il numero di
telefono mio personale .h per (.) dare loro delle informazioni (.) e questa
è una cosa che non si può assolutamente fare .hh eeh: innanzitutto per
tutelare se stessi .h e (.) anche perché:
 (1.61)

121 in qualche modo anche per fortuna il nostro turno prima o poi
(.) finisce .hh eeh: bisogna dire che bisogna appunto chiamare l'interprete
chiedere dell'interprete che sarà in turno in quel momento .h ma eeh ad ogni
modo qualsivoglia forma di richiesta da parte del paziente straniero che
c'ha preso appunto
 (0.67)

122 di mira in senso buono (.) okay .hh ehm: viene rivolta a noi (.)
.h non solo
 (0.56)

123 per un aiuto linguistico cioè spesso non- la richiesta non è (.)
chieda all'infermiere chieda al medico .hh ma viene rivolta direttamente a
noi .h e in certi casi in cui anche ad esempio al triage c'è una fila
particolarmente lunga .hh e noi individuando un paziente straniero andiamo
in soccorso del paziente straniero prima (.) ma giusto per capire che cosa
sia successo .h e per magari iniziare le pratiche burocratiche .hhh eeh: il
paziente
 (0.78)

124 il paziente spesso e volentieri dice ma non può guardarci lei?
 (0.57)

125 non p- m:- ma da un punto di vista (.) sanitario ((laughter))
per l'appunto ma noi non avendo questa competenza dobbiamo .h assolutamente
rifiutarci
 (1.69)

126 quindi
 (0.68)

127 la figura: dell'interprete in qualche modo: mh: (.) non sempre
viene ben compresa e anche .hh quando specifichiamo che siamo degli
interpreti
 (1.74)

128 non sempre le persone capiscono che non abbiamo una compete- una
competenza in ambito medico
 (1.25)

129 quindi bisogna anche: eeh certe volte spiegarlo ulteriormente
 (2.81)

130 Event mouse click
 (1.16)

131 STUf okay ho capito quindi
 (0.96)

132 a volte è necessario questo dire di no: .h a mansioni che
sostanzialmente non vi spettano .hh e eeh appunto questo dire di no questo
imparare a dire di no (.) a queste richieste avanzate sia dal personale
sanitario che dai pazienti .hhh è un principio condiviso da tutta la
comunità di interpreti traduttori e in generale mediatori linguistici
formati .hh oppure solamente una capacità che si acquisisce
 (0.66)

133 con l'esperienza sul campo quindi lavorando
 (1.08)

134 Event mouse click
 (3.87)

135 INTm .h mh una cosa che ho dimenticato se posso integrare a quello
che dicevo prima è anche che .h tendenzialmente nel: l'ambito in cui ho
lavorato io ovvero a Rimini .h eeh un ospedale che ha abituato ad avere (.)
gli interpreti .h da nor- cioè di solito dal: personale sanitario non
arrivano delle richieste particolarmente
 (1.10)

136 inadeguate .h perché fanno (.) quello che possiamo e quello che
non possiamo fare .hh le richieste: un po' più inadeguate arrivano in senso
amministrativo .h in cui magari si pretende eeh che noi possiamo fare
qualcosa di particolare ma in realtà n: non sappiamo farlo o non possiamo
farlo .h eeh per il resto il personale appunto (.) è abbastanza abituato e
formato per .hh mh: (.) insomma da non rivolgerci tali richieste .hh eeh ad
ogni modo esatto il fatto di dire no
 (0.57)

137 eeh a queste mansioni è lecito e certe volte appunto è
(0.54)

138 un obbligo
(0.72)

139 un obbligo asso- assoluto .hh eeh
(1.12)

140 sì (.) direi che tutti gli in- tutta la comunità di interpreti
in realtà è eeh: abbastanza:
(0.86)

141 mh: uniforme da questo punto di vista .hhh ehm: è chiaro che
siamo tu- tti persone diverse
(1.13)

142 io ad esempio prima (.) ho detto che mi è capitato in situazioni
estreme .h di aiutare a spostare una barella nulla di più:
(1.02)

143 .hhh eeh: è vero che altre persone
(0.57)

144 probabilmente non lo farebbero (.) non lo farebbero ma questo
dipende
(1.13)

145 da ognuno di noi .hh eeh come dicevo io l'ho fatto ma non dovrei
farlo (.) mh ammetto: in qualche modo la mia: colpevolezza in questo
((laughter)) .hh e: però tendenzialmente tutti noi siamo concordi nel:
(1.43)

146 n- nel sapere quali sono le nostre eeh: le nostre mansioni (.)
quelle che invece non possiamo svolgere
(1.97)

147 ed è chiaro che il tempo
(0.72)

148 aiuta l'esperienza aiuta sempre .h in questa professione secondo
me in questo ambito specifico .hhh mh: l'esperienza sul campo
(1.80)

149 è l'unica vera e propria formazione efficace
(0.90)

150 partendo già da una base solida
(2.41)

151 Event mouse click
(1.58)

152 STUf infatti poi arriveremo anche alle domande relative alla
formazione .hh e: però intanto le volevo chiedere ((tongue click)) eeh

appunto oltre a queste responsabilità (.) derivanti da attività che non rientrano .h esattamente nel vostro campo di competenza .hh ci sono poi delle responsabilità che invece sono strettamente connesse al vostro ruolo di interpreti .hh come quella per esempio legata alla precisione della traduzione .hh (.) infatti in questo contesto più che in altri tradurre precisamente ciò che viene detto .hh si rivela essenziale ai fini di una buona diagnosi prescrizione medica cura eccetera eccetera insomma quel che sia tanto più che .hh in caso di una barriera linguistica (.) la presenza dell'interprete è spesso messa per iscritto dall'accettazione in triage al referto medico .hhh quindi

(0.67)

153 ((tongue click)) tradurre precisamente è essenziale

(0.92)

154 però spesso sembra non bastare ad assicurare un corretto passaggio dell'informazione .hh dal lato del paziente infatti che non conosce la lingua né il sistema sanitario del luogo

(0.61)

155 è fondamentale che ci sia una comprensione completa (.) la quale non è detto che si ottenga solamente soltanto .h per mezzo di una traduzione corretta e puntuale

156 Event paper noise

(1.04)

157 STUf e con questo intendo dire che per esempio il paziente potrebbe non capire alcuni termini tecnici usati dal medico .h oppure più banalmente non sapere dove andare a ritirare le analisi del sangue .hh (.) quindi in questo quadro quali sono i meccanismi che vengono messi in atto da voi interpreti per facilitare ulteriormente questo processo di comprensione?

(1.08)

158 Event mouse click

(4.21)

159 INTm innanzitutto è verissimo (.) è verissimo che: ehm: talvolta i pazienti non capiscono

(0.55)

160 quello che viene detto .hh eeh le ragioni sono: diverse

(1.66)

161 la prima cosa da fare secondo me e anche quello si acquisisce un po' con l'esperienza è (.) capire (.) guardare il paziente .hh e eeh si:

(1.56)

162 si tende a capire se la persona ha capito o meno

(0.58)

163 quello eeh che viene detto .hh dopo di che la cosa che bisogna
assolutamente fare è
 (0.70)

164 chiedere conferma
 (1.33)

165 nel senso (.) anche se il medico .hh non ci chiede (.) di eeh:
di dire al paziente ha capito? vuole che glielo rispieghi? .h noi in prima
persona in quanto interpreti
 (1.22)

166 dobbiamo chiederlo (.) .h ha capito quello che ho detto? .h
vuole che glielo rispieghi? .hhh queste eeh semplici domande:
 (1.61)

167 secondo me eeh ricevono una risposta molto sincera cioè se hanno
capito diranno di sì se non hanno capito
 (0.65)

168 invece (.) chiederanno assolutamente .hh ehm: di rispiegare
 (0.99)

169 .hh eeh
 (0.74)

170 1- le- le incomprensioni derivano da diversi: da diversi fattori
.hh eeh ci può essere u- un fattore innanzitutto che dipende dalla lingua
che andiamo a parlare .h faccio eeh l'esempio: del tedesco in tedesco .h ci
sono dei termini
 (1.29)

171 specialistici che u:- utilizzano solamente i medici e che sono
compresi (.) in generale solo dalla comunità .hh medica .h e invece c'è
 (0.69)

172 un altro registro
 (0.84)

173 che viene utilizzato per: (.) tutti in generale per per i
pazienti e non per il personale medico .hh quindi bisogna in quel caso (.)
essere estremamente
 (0.66)

174 eeh: attenti a utilizzare (.) una terminologia che sia
comprensibile da tutti .hhh poi ci sono anche altri: esempi
 (0.52)

175 innanzitutto dipende dall'età (.) del paziente .h spesso eeh ci
sono: pazienti che arrivano in p- età avanzata .hh e eeh in quel caso ci
sono diversi elementi che eeh concorrono a una mancata comprensione .hhh
innanzitutto magari

(1.92)

176 una: proprio °mh:° un livello di sordità
(0.72)

177 okay (.) o comunque .h eeh di difficoltà nella comprensione .h
per: diverse ragioni che possono essere legate anche alle condizioni
cliniche del paziente in quel preciso momento .h (il) paziente può essere
(0.57)

178 oltre nei casi estremamente gravi in cui non capisce ha dei
problemi neurologici magari eccetera .hh ma il paziente può essere
estremamente affaticato (.) dopo un permanenza lunga e faticosa in pronto
soccorso .h quindi anche questo può cor- correre ((sic.)) alla mancata
comprensione .h c'è di sicuro anche un'estrazione sociale che può entrare in
gioco .h e in quel caso (.) anche lì bisognerà modulare il registro .h ehm
(1.04)

179 magari anche ci possono essere degli adolescenti
(0.52)

180 che talvolta sono anche non accompagnati .h e eeh in quel caso
(0.82)

181 bisogna eeh: assolutamente (.) spiegare loro in maniera chiara
(0.81)

182 quello che sta succedendo .hh quindi dipende da tutte queste
cose
(0.69)

183 è verissimo anche che spesso e volentieri viene riportata la
nostra presenza nei referti (.) .hh ehm
(1.05)

184 e ti dirò di più
(0.62)

185 eeh: talvolta (.) i medici quelli più scrupolosi .h chiedono
anche che controfirmiamo noi in quanto interpreti il referto (.) .hh in quel
caso eeh
(0.57)

186 è chiaro che per noi eeh entra in gioco una responsabilità anche
da un punto di vista legale
(0.76)

187 .hhh quindi eeh quello che io personalmente faccio sempre prima
di firmare
(0.50)

188 leggo il referto .h e (.) quando c'è scritto il paziente
riferisce che (.) ed è chiaro che sono io perché è stato premesso che .hh

ehm: insomma l:- l'anamnesi è stata raccolta in presenza dell'interprete .hh
eeh in quel caso io controllo (.) quello che c'è scritto .h e nel caso in
cui .h eeh non sia esattamente così perché

(0.67)

189 può può può capitare di tutto mi sono espresso male io ha capito
male il medico ha scritto male .hh ha dedotto delle cose che non ho detto
tutto è possibile .hh in quel caso (.) bisogna assolutamente far modificare
.h il: il referto .h perché

(0.55)

190 è una responsabilità anche legale in quel caso

(2.92)

191 Event mouse click

(1.02)

192 STUf okay tutto chiaro .hh ehm: ((tongue click)) ricollegandoci al
tema invece delle tempistiche .h dell'ospedale dove appunto l'interprete (.)
si trova a dover correre da un'attività all'altra da un reparto all'altro
.hhh vi è realmente tempo da dedicare al paziente straniero .h eeh per
appunto

(0.90)

193 rivolgergli tutte quelle premure (.) che ha menzionato che qu-
quegli extra che abbiamo inquadrato prima come necessari .h per un paziente
straniero?

(1.35)

194 Event mouse click

(3.84)

195 INTm l:a ris- posta più sincera in assoluto è

(0.67)

196 dipende .h eeh dipende dalle diverse situazioni è vero ci sono:
giornate in cui bisogna correre molto (.) .hh eeh

(0.63)

197 quello che è: sicuro è che comunque (.) non si lascia andare un:
paziente che dice di non aver capito .h o che eeh comunque noi interpreti o
medici vediamo:

(0.65)

198 che non ha capito effettivamente quello che noi gli volevamo
comunicare .hh quindi: mh: quello eticamente non si può assolutamente fare

(1.34)

199 .hhh è chiaro che eeh alcuni dettagli: possono venir meno in
situazione-i (.) particolarmente concitate (.) questo sì

(1.01)

- 200 però tendenzialmente
(0.87)
- 201 mh: .hh si fa tutto il possibile in ogni: in ogni situazione
(3.34)
- 202 Event mouse click
(0.56)
- 203 STUf ((tongue click)) .hh okay ehm: quando invece in pronto soccorso
per esempio .hh si presenta una persona (.) straniera parlante una lingua
per la quale l'ospedale non dispone di un interprete .h cosa succede in
questi casi .hh e: infatti a tal proposito ho letto che una decina di anni
fa: l'azienda unità sanitaria locale di Modena .hh aveva adottato un
software una sorta di mediatore culturale elettronico .hh il quale partendo
da domande e risposte preimpostate (.) era capace di tradurre in ben tredici
lingue .hhh (.) e in questo senso la tecnologia può essere d'aiuto? e
vengono effettivamente usati dei dispositivi o applicazioni anche non così
estremi come nel caso di Modena .h per far fronte a queste emergenze
comunicative? (.) nel caso appunto più specifico in cui (.) non si abbia un
interprete per una persona straniera che arriva in pronto soccorso
(1.03)
- 204 Event mouse click
(3.07)
- 205 INTm allora innanzitutto mi permetto anche mi è venuta in mente
un'altra cosa: con: questa: domanda: .hhh eeh: una cosa che avevo
dimenticato prima .h è chiaro che un'altra difficoltà: può insorgere anche
dal punto di vista linguistico .hh eeh non per colpa: nostra in qualche modo
degli interpreti nel senso che non siamo abbastanza formati ma .hh anche .h
eeh: perché spesso: e volentieri per alcuni pazienti che appunto non parlano
(0.59)
- 206 eeh:
(0.86)
- 207 c'è di cui noi più che altro non parliamo la loro lingua madre
.hh bisogna ricorrere (.) all'inglese in quanto lingua franca .hh ed è
chiaro che non sempre ehm: il paziente che parla inglese come lingua
straniera potrà capirci (.) facilmente o che noi potremo capire loro perché
magari si esprimono male .h quindi anche questo è un:
(0.56)
- 208 elemento .h eeh che: concorre a una mancata comprensione di
quello che .hh diciamo talvolta .h ehm:
(0.84)

209 .hh (.) poi capitano esatto come in questo caso dei pazienti che
non parlano nessuna delle lingue che eeh ci ritroviamo a parlare noi .hhh
(1.06)

210 a m- capita spesso e volentieri a me ehm: con: il russo ci sono
molti pazienti russi e eeh: ci sono:
(2.35)

211 molti di loro insomma non non parlano inglese .hh eeh in quel
caso: eeh purtroppo (.) dico bene certe volte bisogna ricorrere .h a dei
mezzi di fortuna
(0.75)

212 eeh come: dei traduttori automatici anche online .hh
(1.35)

213 spesso lo fanno: gli infermieri stessi (.) quando vediamo che
noi siamo in difficoltà nel senso che non parliamo la lingua di della
persona del paziente .hh allora sono anche loro stessi a ricorrere a questi
mezzi .hhh eeh
(1.36)

214 in qualche modo eticamente è anche giusto che siano loro a farvi
ricorso e non noi .h perché
(1.97)

215 è chiaro che se noi stessi andiamo a leggere quello che ci dice
un traduttore automatico di cui noi interpreti non siamo certi
(0.90)

216 che sia cioè noi non siamo certi che sia corretto quello che c'è
scritto .hhh eeh beh in qualche modo
(0.67)

217 dicendo noi quelle parole esprimendole noi
(2.02)

218 eeh in qualche modo diamo la nostra garanzia da interpreti
benché in quel momento non la stiamo dando quindi .hh la cosa migliore in
quel caso nel caso in cui si ricorra a questi mezzi (.) proprio di fortuna
.h sarebbe
(0.57)

219 farlo fare al personale
(1.20)

220 come se l'interprete in quel momento non ci fosse (.) perché
(0.72)

221 non è (.) non è in grado di farlo
(0.96)

222 non e non rientra tra le sue mansioni .hh in che senso .h nel
senso che noi siamo chiamati a intervenire .h con le lingue inglese (.)
tedesco e francese
(1.17)

223 questo è quello che eeh: .h que- che ci viene richiesto è chiaro
che se .h conosciamo una lingua in più .h possiamo eeh sfruttarla (.) quello
senza dubbio .h ma se non la conosciamo
(1.10)

224 non c'è nulla da fare in qualche modo
(0.65)

225 .hhh ehm
(0.94)

226 so però che a Rimini in passato .h era: eeh presente in realtà
non un software ma una specie di (.) dizionario multilingue .h in cui e
anche frasario multilingue in cui c'erano eeh delle: proprio delle
situazioni base e delle .h eeh domande delle parole base .h che eeh in
qualche modo potevano aiutare .h ehm il personale medico a fare un'anamnesi
.hh
(0.87)

227 sinceramente non l'ho mai eeh utilizzato personalmente non l'ho
mai visto utilizzare ma so che esiste
(3.32)

228 Event mouse click
(1.10)

229 STUf perfetto .hh ehm: adesso (.) ci saranno mh: un po' di domande
riguardo invece a quel ((tongue click)) a: ciò che riguarda la deontologia
professionale .h e la concretezza dell'attività dell'interprete cose che
abbiamo parzialmente già .hh accennato prima però un po' più nello specifico
.hh e appunto
(0.65)

230 tutte queste accortezze extra che abbiamo menzionato prima (.)
quelle quindi che vanno oltre il semplice atto del tradurre .h e che
caratterizzano
(0.54)

231 a pieno la professione dell'interprete in ambito sanitario .hh
ci portano inevitabilmente ad affrontare la questione dell'imparzialità .hh
(.) infatti come ha un po' già accennato prima l'interprete trovandosi
sempre a stretto contatto con il paziente .h diventa spesso un punto di
riferimento per quest'ultimo .h stringendo addirittura (.) magari anche
legami di solidarietà e fraternità con questo .hh (.) e (.) a tal proposito

l'attività concreta dell'interprete può pertanto scontrarsi con i codici deontologici professionali .h i quali in genere lo definiscono come obbiettivo e neutrale .h e che (.) decretano la giusta giustezza delle sue azioni a prescindere (.) dalle conseguenze che queste possano avere .hh quindi partendo dal presupposto che è la natura stessa di questa professione a mettere in discussione certi principi deontologici .h e a suggerire piuttosto approcci teleologici quindi dove le azioni degli interpreti non sono giuste o ingiuste .h a prescindere dal contesto in cui vengono attuate .hh ma in funzione delle conseguenze che queste azioni possono avere quindi conseguenze possibili o probabili per il paziente ((tongue click)) .hhh qual è secondo lei partendo appunto da questo presupposto il limite tra il deontologicamente corretto .h e quello che invece non lo è .hh cioè in altre parole a quali richieste provenienti dal paziente o dall'operatore lei dice di no in parte ha già risposto .hh però appunto mh: questa domanda è: si rivolge un po' .h a quello che ha accennato prima al fatto che il paziente la veda come punto di riferimento .hh (.) e in base a questo qual è il limite tra il deontologicamente corretto

(0.57)

232 e (.) quello che invece appunto non lo è

(1.28)

233 Event mouse click

(3.47)

234 INTm è: una domanda molto difficile a cui rispondere ed è anche eeh molto difficile capire come comportarsi ehm: proprio sul lavoro in: in questi casi .hh una cosa che appunto cambia secondo me in questa domanda rispetto a quello .hh eeh:

(0.96)

235 che eeh: avevamo detto prima è l'empatia

(0.72)

236 l'empatia che si crea .h sia con il personale sanitario .h sia eeh con: il: persona- che sia con: i pazienti .hh con il personale sanitario nel caso specifico di Rimini in cui ci sono dei turni e quindi si diventa in qualche modo (.) colleghi anche con il personale sanitario .hhh è inevitabile (.) che ehm: si si crean- si crei un'in- un'empatia con queste: eeh con queste persone .hh dall'altro anche con il paziente .h il paziente ci racconta la sua storia (.) non solo da un punto di vista clinico .h eeh ci sono dei momenti anche in cui il paziente .h si sfoga .h e eeh

(0.84)

237 che mi lascia traspari-

(0.54)

238 d- d- d:- degli aspetti psicologici
(0.62)

239 .hh ed è inevitabile a mio avviso che si crei un'empatia con
quel paziente
(0.66)

240 non non si può fare altrimenti
(0.60)

241 .hh ehm
(1.35)

242 a me personalmente è capitata anche ehm:
(1.48)

243 posso fare un esempio .hh eeh adesso: non non farò nomi non farò
niente assolutamente anche perché non me li ricordo però .hh eeh
(1.65)

244 parlerò un po' più nel dettaglio ecco .hh mi era capitato un: un
paziente che: era: arrivato in:
(0.80)

245 in pronto soccorso .hh e eeh
(1.04)

246 dicendo che appunto era:
(0.58)

247 andato con due prostitute
(1.00)

248 .hh eeh: e eeh aveva fatto sesso non protetto .h
(1.20)

249 la richiesta che ha rivolto al medico era quella (.) di (.) eeh
poter fare una profilassi contro .h alcune malattie veneree (.) .h (.) la
risposta del medico
(1.03)

250 è stata che in Italia non esistono queste profilassi
(2.25)

251 in quel momento io mi sono sentito eeh molto a disagio ammetto
.hh (.) per una ragione concreta perché sapevo che in realtà (.) quelle
profilassi perché eeh: era capitato a una mia amica in laboratorio lei °eeh°
lavorando come .hh eeh tecnico di laboratorio biomedico eeh aveva avuto (.)
eeh una volta un incidente

252 Event beep sound
(0.56)

253 INTm appunto: in laboratorio e le erano state fatte delle profilassi
(.) .hh delle profilassi (.) eeh che ehm:

(0.66)

254 appunto devono scongiurare un contagio .hh
(0.94)

255 in quel caso ci si sente in una posizione estremamente scomoda
(.) in quanto interpreti
(2.25)

256 e (.) ti dici che che che cosa faccio (.) .h vado contro il
medico e le ((sic.)) dico no guardi (.) eeh: dottoressa o dottore .h il: in
realità io ne ho già sentito parlare non sarebbe meglio contattare
l'infettivologo? .hh ehm
(0.90)

257 oppure che cosa si fa si segue
(0.81)

258 la deontologia ovvero si risponde esattamente dicendo quello che
ha detto il medico?
(0.88)

259 .hhh io ammetto che in quella situazione mi sono permesso di
intervenire
(0.57)

260 con (.) eeh: i dovuti modi
(1.64)

261 eeh
(0.75)

262 inventando in realtà una cosa ho detto .hh guardi sa dottore-
dottore mi è capitato: già un'altra volta che in realtà lo avessero fatto
qui in pronto soccorso cont- contattando l'infettivologo .hh in quel caso io
mi sono sentito .h di intervenire .h eeh
(0.52)

263 non posso dire di aver fatto al cento per cento la cosa migliore
(0.70)

264 o di aver fatto: una cosa sbagliata neppure (.) .h ammetto che
se mi ritrovassi nuovamente di fronte a una situazione .h scomoda come
questa molto probabilmente lo rifarei .hh eeh:
(0.57)

265 perché in quel caso si crea un'empatia comunque con: con quel
paziente .h si cerca in tutti i modi di aiutare
(0.55)

266 quel paziente .h è chiaro che però queste situazioni diventano
molto scomode (.) per noi
(0.58)

267 .hhh e eeh (.) appunto per questa ragione dico che .h è molto
difficile dire qual è che cosa sia deontologicamente corretto e che cosa non
lo sia .hh è chiaro che entrano in gioco soprattutto in quest'ambito .h le
no- e non solo in realtà anche in altri .h (.) le emozioni
(0.63)

268 no- non c'è nulla da fare non dovrebbe essere così (.) ma un
minimo di influenza ce l'hanno
(0.57)

269 e l'obiettivo primario di tutti (.) medici ma anche nostro è
quello di aiutare quelle persone
(0.74)

270 .hhh
(0.70)

271 quindi: mh:...h
(0.63)

272 non so se ho risposto completamente (.) a questa: a questa
domanda però definire esattamente un limite
(1.09)

273 a mio avviso è quasi impossibile

274 Event mouse click
(1.34)

275 STUf okay ho: ho capito .h ehm: sì direi che ha risposto .h in modo
esaustivo alla domanda e: anche perché ne viene un'altra dopo dove appunto
(.) come ha detto lei entrando in gioco l'empatia .hh oltre a costruire la
comprensione
(0.98)

276 come interprete si sente anche responsabile della difesa dei dei
diritti del paziente in quanto rappresentante di una minoranza? .h e più
precisamente ((tongue click)) (.) percepisce il compito di dover difendere i
diritti non solo quelli linguistici .h di una persona estranea alla lingua e
al sistema sanitario al fine di garantire una democrazia sanitaria e un
accesso equo alle cure?
(1.50)

277 Event mouse click
(4.82)

278 INTm allora forse (.) mh l'esempio di prima è ancor più calzante con
questa: mh eeh con questa domanda .h eeh però voglio fare una premessa .hh
mh:
(0.84)

279 mai mi è capitato

(1.47)

280 di ehm: di dover intervenire in questo caso proprio per .h (.) perché c'era un caso in cui per volontà del medico non veniva garantita una democrazia di accesso alle cure .hh ehm: (.) questo per fortuna non mi è mai capitato .h nel senso che .h proprio .h per definizione il: il ruolo del medico è anche incluso a questa (.) questo aspetto è assolutamente incluso e non: .hh non mi è mai capitato di assistere a vere e proprie .h eeh ingiustizie da questo punto di vista (.) l'esempio che ho fatto prima .h forse purtroppo nasceva da

(0.77)

281 una mancata conoscenza da parte di quel medico .h eeh: di questa possibilità .h della serie non credo che la risposta di quel medico a un paziente italiano sarebbe stata diversa

(2.02)

282 ehm: quindi l'accesso alle cure viene assolutamente sempre garantito (.) .h

(0.98)

283 forse l'unica cosa che ogni tanto eeh (.) può: venir fuori da un punto di vista un po' denigratorio .h è quella

(0.62)

284 di commenti

(1.46)

285 .h eeh commenti che possono: venir fuori dal pa- dalla parte del: personale sanitario in una situazione di esasperazione .hh in cui magari un paziente che sta aspettando purtroppo le attese in pronto soccorso .hh eeh: talvolta sono lunghe .hh mh che sta aspettando da tempo e si lamenta (.) ogni tre secondi in quel caso (.) purtroppo ogni tanto ci sono dei commenti un po' infelici da parte del: personale .hh della serie .h voglio vedere a casa loro ehm: se non avessero ((sic.)) aspettato così tanto .hh (.) questo è un esempio molto: banale: semplice che faccio .hhh in quel caso: (.) mh: la mia accortezza la mia decisione è di (.) astenermi dal tradurre questi commenti di cercare di smussare gli angoli sia dalla parte (.) del paziente perché è anche il paziente (.) che

(0.55)

286 eeh talvolta si lamenta (.) e dice (.) a: nel mio paese questo non sarebbe mai successo

(0.63)

287 .hh e quindi ce:rco di soprassedere il più possibile in quei ca- in quel caso perché

(1.25)

288 l'obiettivo finale è appunto quello di garantire eeh: la salute
del paziente .hh
(0.92)

289 quindi questi sono considerabili come commenti a latere .hh ehm:
l'obiettivo principale della traduzione in questo caso è quello di
(0.63)

290 essere (il) più precisi possibile
(0.90)

291 eeh dal punto di vista sanitario .hh questi commenti infelici
dovuti all'exasperazione sia dei pazienti che del personale sanitario .hhh
cerco sempre di evitarli
(2.27)

292 Event mouse click
(1.71)

293 STUf e sempre riguardo alla concretezza dell'attività dell'interprete
.hh in quanto interprete mette in atto anche un'e- una sorta di educazione
indiretta
(0.61)

294 per il paziente al sistema sanitario nazionale del luogo?
(1.80)

295 Event mouse click
(4.31)

296 INTm s:i nel senso: è chiaro che mh: le realtà eeh sono: mh: sono
spesso e volentieri: diverse .h ehm è chiaro che la prima preoccupazione del
paziente ad esempio quella .h di senti- d- di essere curato .h però ci sono:
(0.52)

297 alcune cose che s- spesso da un punto di vista burocratico sono
diverse come .hh eeh l- proprio .h il funzionamento ad esempio del sistema
sanitario stesso .hh eeh in Francia e in Italia sono due situazioni molto
diverse quindi ogni tanto .h h eeh bisogna esplicitare ehm: esplicitare
alcuni .hh elementi che non sono altrimenti: .h mh comprensibili per il
paziente .hhh ehm
(1.10)

298 è chiaro che: sta nel nostro ruolo anche .h spiegare loro (.)
come funziona nel nostro paese e cercare quindi di aiutarli il più possibile
da questo punto di vista .hh altrimenti .h in quel caso è: è chiaro che loro
faranno fatica ad accedere alle cure (.) e non è
(0.54)

299 per mancanza del personale medico .hh ma è in qualche modo per
(0.85)

300 per loro mancata conoscenza quindi per fortuna
(0.93)

301 in questo caso c'è la figura dell'interprete .hh che riesce a:
dar loro una mano da questo punto di vista
(2.21)

302 Event mouse click
(1.43)

303 STUf okay e per quanto riguarda (.) l'aspetto più propriamente
linguistico? quindi .hh penso ad esempio con un paziente che ehm: vedete più
volte .h e con il quale un interprete ha contatto più volte .hh questo
paziente magari ritorna a fare le visite .hh può capitare anche proprio da
un punto di vista linguistico che l'interprete volontariamente .hh eeh lasci
alcune parole per esempio siamo in Italia quindi in italiano .hh in modo
tale che il paziente riesca un po' (.) a ehm diciamo rinvenirsi in questa
situazione capire .h a cosa si riferisce magari la volta dopo quando
ritornerà .hh e ehm: ((tongue click))
(0.76)

304 non nel senso non a imparare nuove parole in italiano però .h a
aiutarlo a capire ulteriormente anche proprio da un punto di vista
linguistico mari- magari .h non traducendo tutto in un corrispettivo nella
lingua d'arrivo
(0.71)

305 Event mouse click
(4.66)

306 INTm assolutamente sì nel senso che ci sono: ehm..h cer- ti realia
quasi li definirei che .h è in:- cioè
(0.52)

307 è inutile (.) tradurre in questo caso .hh eeh: se dobbiamo
spiegare loro come arrivare ad esempio a un certo reparto (.) come
raggiungere una certa .hh ehm: una certa parte dell'ospedale .hh loro
troveranno magari se noi non possiamo accompagnarli .h loro troveranno a un
certo punto delle indicazioni dei cartelli in cui: c'è scritto non so ad
esempio scala A .hhh eeh
(0.56)

308 e
(0.69)

309 in in quel caso (.) ..h eeh
(0.71)

310 è è inutile spiegare e dire .h i- i- e dire nella lingua del
paziente scala

(0.81)

311 no- non è quello l'obiettivo l'obiettivo è che lui raggiunga
quel luogo .hh quindi in quel caso ad esempio
(1.00)

312 non
(0.51)

313 non è proprio pratico non sarebbe pratico tradurre .hh eeh:
quella cosa perché
(0.78)

314 chiaramente dopo arrivano di fronte al cartello la a resta a ma
scala .hh se noi gliel'abbiamo tradotta .hh non:
(0.71)

315 cioè a loro non serve più sono disorientati ((laughter))
sarebbero disorientati .hh quindi assolutamente .h eeh: ci sono dei casi in
cui non:
(1.25)

316 non è necessario e neppure utile
(0.52)

317 tradurre alcuni elementi (.) .hh l'obiettivo della comprensione
in quel caso è
(0.97)

318 che cosa ho io paziente che cosa ho (.) quale di quale malattia
sto soffrendo .hh che cosa devo fare .hh in quel caso la comprensione deve
essere .hh totale (.) .hh ma ehm:
(0.83)

319 capita spesso .h no?
(0.52)

320 di ehm: di dover dire a un paziente che è passato dal pronto
soccorso ortopedico e che deve andare a comprare delle stampelle
(0.90)

321 .hhh eeh capita spesso
(0.97)

322 capita spesso di eeh dover dire lei deve trovare un posto che si
chiama sanitaria lasciando sanitaria in italiano .hh e deve chiedere
stampelle
(0.62)

323 stampelle in italiano .hhh in quel caso sono eeh chiaramente
delle indicazioni (.) che diamo .hhh appunto per ehm: per facilitare il
paziente
(0.75)

324 in quel caso sarebbe (.) proprio (.) poco utile
(1.01)

325 dire ((laughter)) dire loro .h no? che quel posto in francese o
in tedesco non si chiama sanitaria bensì x .hh e sarebbe altrettanto poco
utile .h non dir loro
(0.58)

326 quello stesso termine
(1.13)

327 in italiano perché una volta che loro escono (.) dal:
dall'ospedale noi non ci siamo più in quanto interpreti .hhh quindi
(1.14)

328 eeh sono assolutamente d'accordo che alcune cose .hhh mh non
vanno tradotte possono essere spiegate chiaro se ci chiedono ma che cos'è
noi spieghiamo però è utile che loro .h in qualche modo ricordino anche .h
la parola italiana per non essere smarriti dopo
(1.02)

329 Event mouse click
(1.75)

330 STUf perfetto ehm: appunto ora arriviamo all'ultima macrotematica .hh
che riguarda un po' la preparazione e ehm: la definizione del ruolo come
avevamo un po' accennato prima .hhh ehm: avendo avuto modo di comprendere la
complessità di questa professione .hh una domanda a questo punto sorge
spontanea come ci si prepara per tutto questo .hh e questo già un po'
l'aveva accennato lei prima rispondendo e: infatti anche un'ottima
formazione in interpretazione sembra non essere sufficiente .hh o perlomeno
non abbastanza .hh non insegna per esempio infatti a destreggiarsi tra le
mille richieste mantenendo alta la qualità del proprio lavoro .hh o a far
fronte a tutti quei compiti non linguistici che sono emersi da questa
intervista .hhh questo non significa ovviamente che chi ha ricevuto una
formazione in interpretazione non sarà mai capace di svolgere correttamente
questo lavoro .hh ma semplicemente che iniziando a lavorare .hh potrebbe
sentirsi non preparato per ciò che gli è richiesto di fare
(0.86)

331 ((tongue click)) quindi come avevamo detto prima l'esperienza
gioca in questo senso un ruolo fondamentale .hh ma a questo punto mi e le
chiedo .hh non c'è altro modo di prepararsi a svolgere questa professione
che non sia tramite l'esperienza? .hh e in altre parole c'è qualcosa che lo
studente neolaureato .h può fare per colmare questo divario (.) che esiste
tra la formazione .hh e quello che poi è in realtà la professione?
(1.16)

332 Event mouse click
(4.33)

333 INTm allora è verissimo che
(0.56)

334 è molto difficile sia
(0.68)

335 da docenti preparare a questa professione .h sia da studenti
essere preparati .hh l'università
(1.42)

336 almeno (.) per i corsi che ci sono in generale parlo in generale
nelle facoltà in: in tutta Italia per i corsi che ci sono adesso .hh (.) non
hanno abbastanza strumenti per preparare (.) al cento per cento
(0.55)

337 eeh
(0.74)

338 uno studente a questa professione .hh
(0.71)

339 per quale ragione perché senza dubbio
(0.99)

340 alla didattica bisognerebbe affiancare almeno un periodo di: .h
 tirocinio di .h affiancamento in ospedale se non c'è una parte pratica .hh è
molto difficile
(0.51)

341 che ehm:
(1.27)

342 che insomma il: l'interprete in formazione .h sia in grado
direttamente di svolgere: tutti questi compiti .hh innanzitutto perché come
dicevamo oltre
(0.57)

343 all'aspetto linguistico empatico alla gestione .h delle diverse:
richieste delle diverse urgenze .hh (.) eeh c'è un aspetto
(0.69)

344 amministrativo
(0.54)

345 che eeh bisogna: assolutamente imparare .h e ci vuole del tempo
proprio per metabolizzare queste informazioni .hhh ehm
(2.13)

346 la formazione universitaria (.) secondo me è molto importante è
molto importante .h da diversi punti di vista .hh perché ci forma
deontologicamente

(0.57)

347 da una parte .h dall'altra ci forma anche .h linguisticamente
.hhh (.) è chiaro che non sempre ci forma a sufficienza da un punto di vista
linguistico .h eeh va detta una cosa non si potrà mai essere pronti al cento
per cento .hh (.) è chiaro che c'è quel eeh concetto .h quella parola

(0.57)

348 che ci mancherà

(0.97)

349 ma a tutti a qualsiasi interprete .hh con qualsiasi anzianità .h
perché purtroppo la medi- cioè purtroppo barra per fortuna la medicina è un:
.hhh (.) un ambito vastissimo

(0.72)

350 .h eeh: noi non: no- non possiamo in qualche modo ((laughter))
.hh eeh

(1.51)

351 pretendere no? di fare:..h di avere una laurea in medicina e poi
un'altra .hh in interpretazione ((laughter)) .h e dopo eeh affrontare
((laughter)) questo: .hh eeh questa professione .h chiaramente noi dobbia-
non siamo dei tuttologi .hh ci sono degli aspetti sempre nuovi

(0.52)

352 .hh eeh un altro aspetto è anche quello no? della richiesta .h
di tre lingue diverse .hh in ospedale vengono richieste inglese francese e
tedesco (.) .hh ehm

(1.22)

353 la prima cosa che mi viene da dire non è detto che anche
all'interno di una stessa facoltà .hh tutte le lingue prevedano dei corsi
(.) .h eeh

(0.54)

354 di interpretazione dialogica in ambito medico .h alcune lingue
lo fanno altre lingue lo fanno meno ad esempio .hh quindi .h eeh

(0.86)

355 prima di affrontare questa professione comunque ci vuole un
approfondimento anche meramente linguistico da parte .h del: ehm:
dell'interprete .hh questo è sicuro .hhh e ci vuole anche un approfondimento
linguistico nelle lingue

(0.51)

356 un po' più deboli

(0.63)

357 nel mio caso io avendo studiato francese e tedesco

(0.51)

358 ho dovuto approfondire di più (.) quest'ambito soprattutto .hh
eeh con l'inglese (.) perché altrimenti non sarei stato pronto .hh questo
(.) attenzione è una difficoltà ma è anche una cosa .h secondo me molto
molto bella di questa professione .h che bisogna sempre
(0.57)

359 aggiornarsi
(0.99)

360 e bisogna essere curiosi .hhh eeh: secondo me è fondamentale (.)
.h che in qualche modo ci sia un interesse da parte dell'interprete anche
per la medicina in generale
(0.60)

361 .hh eeh (.) perché
(0.92)

362 altrimenti diventa .h un: un compito molto difficile anche da
un punto di vista psicologico (.) .hh eeh detto ciò
(0.66)

363 tornando: alla domanda .hh
(1.25)

364 diciamo che una formazione (.) è possibile è possibile
migliorare la formazione attualmente degli interpreti in ambito dia- mh:
dialogico .hh ma
(0.69)

365 una parte pratica non può
(0.58)

366 venir meno (.) .h eeh anche se pensiamo a ehm non so un corso di
laurea un corso specifico .hh eeh di un'università
(1.00)

367 volto a formare degli interpreti di: dialogica (.) in ambito
ospedaliero
(0.94)

368 .h (.) ci vuole una parte pratica ci vuole un tirocinio
(1.23)

369 altrimenti secondo me sarebbe .hh quasi impossibile
(0.51)

370 eeh: sfornare degli interpreti completamente pronti per quello
.hhh (.) poi va detta un'altra cosa che in qualsiasi
(1.02)

371 eeh lavoro a mio avviso .h oltre l'interpretazione la parte
pratica è necessaria sempre
(0.59)

372 .hhh eeh: attualmente quello che si fa in ospedale è una
(0.80)

373 una: una p- cioè
(0.76)

374 si fanno alcuni giorni di affiancamento prima .hh effetti- di
effettivamente .hh ehm
(0.68)

375 andare a svolgere la professione .h per appunto imparare certe
cose amministrative e guardando quello che fanno gli altri si impara anche
.hh a si imparano anche a: gestire quelle difficoltà di cui abbiamo parlato
finora
(2.28)

376 Event mouse click
(1.48)

377 STUf perfetto .hh e: arriviamo infine all'ultima domanda
(0.70)

378 ((tongue click)) dove le vorrei chiedere infine .h se (.)
secondo lei gli operatori sanitari sono sufficientemente consapevoli
dell'importanza della figura dell'interprete .hh o se (.) appunto per loro
ricorrere a dei professionisti piuttosto che a degli interpreti improvvisati
.h non faccia alcuna differenza
(0.85)

379 ehm: infatti come sostengono alcune ricerche recenti .h eeh:
(1.36)

380 la l'interpretazione (.) si fa insieme quindi la
professionalizzazione dell'i- dell'interpretazione dialogica .hh passa anche
per la formazione di chi usa il servizio .hh (.) e quindi a a questo
proposito le chiedo come si potrebbe secondo lei promuovere questa
consapevolezza .h e formare gli operatori alla comunicazione mediata?
(1.12)

381 Event mouse click
(5.53)

382 INTm anche questo è assolutamente vero ehm: talvolta il personale
medico non è eeh formato o non è abituato comunque a lavorare con degli
interpreti .h ehm nel caso specifico di Rimini essendo mh:
(1.29)

383 essendo ormai .h un'abitudine quella di avere un interprete da
(.) svariati decenni .hh ehm: è chiaro che il personale medico è abituato
poi ci sono .h sempre dei medici nuovi o degli infermieri nuovi .hhh che
arrivano in ospedale .hh e pian piano però

(0.74)

384 si adattano (.) vedono: dagli altri possono (.) imparare .hh ci sono altri casi invece e mi è capitato di (.) andare: a fare proprio delle mediazioni a chiamata in altri .hh ospedali della: della Romagna

(0.54)

385 eeh in cui non hanno l'i- un interprete fisso (.) o comunque non sono magari abituati ad avere neppure .h un mediatore ogni tanto che vada a chiamata .hhh eeh in quel caso: eeh effettivamente .h (.) sono meno abituati e eeh: e si vede (.) mh? da un lato da un lato hanno anche certe accortezze ((laughter)) in più .hh eeh che poi vengono meno con l'abitudine .hh ad esempio a Rimini .hh ehm

(0.51)

386 quello che secondo me sarebbe necessario è .hh

(0.72)

387 dar loro perlomeno (.) un: un vademecum in cui vengono spiegate (1.86)

388 alcune accortezze da avere .hh nel caso di eeh nel caso della presenza di un interprete per esempio per raccogliere un'anamnesi .hhh eeh

(0.54)

389 perché

(0.54)

390 comunque queste cose vanno spiegate e quan- una volta chiare tutto .h eeh diventa più facile .hhh mh:

(1.88)

391 è chiaro che .h se questo vademecum com'è il caso adesso ancora non (.) non esiste .hh allora: eeh spetta anche a noi

(0.78)

392 dire no mh: cioè nel senso chiarire proprio quali siano (.) le nostre funzioni cosa dobbiamo fare cosa possiamo fare cosa non possiamo fare

(0.62)

393 .hh eeh

(0.61)

394 credo che sempre con

(1.10)

395 la gentilezza si possa sempre far capire

(1.38)

396 °tutto quello che è possibile° .hh è chiaro che poi ehm: entra in gioco anche la situazione in sé .hh l'urgenza l'emergenza eeh in in atto in quel momento .hhh eeh: se è una situazione davvero urgente è possibile che

(1.07)

397 un personale non esperto nel senso non abituato ad avere un interprete .h possa

(0.96)

398 fare delle richieste eeh assurde .hh e in quel momento diventa più difficile gestirle .h ma in una situazione (.) tra virgolette normale

(3.15)

399 siamo in grado anche noi stessi di poter spiegare con tutta la gentilezza possibile .hh eeh quello che ci spetta quello che ci .h eeh: ci aiuta anche nel volgere ((sic.)) la nostra professione

(5.79)

400 Event mouse click

(0.56)

401 STUf okay quindi solo una preci- precisazione .h (.) quindi pensa che (.) gli operatori sanitari siano sufficientemente preparati

(0.79)

402 a ehm

(0.70)

403 diciamo a capire l'importanza della figura oppure .hh per loro avere anche un interprete improvvisato

(0.61)

404 non fa molta differenza cioè mh: .hh (.) la percepiscono l'importanza dell'interprete in quanto .h (.) professione ben definita .hh oppure anche un familiare o un amico che si presenta con il paziente .h non: per loro è uguale cioè non non percepiscono bene la: l'importanza di questo ruolo

405 Event mouse click

(3.23)

406 INTm .h ah sì eeh allora

(1.84)

407 dipende

(0.54)

408 eeh per il personale che è abituato ad avere l'interprete come quelli: eeh come il personale di Rimini .hh

(0.71)

409 secondo me sì (.) loro capiscono che eeh: effettivamente se non ci fossimo in certe situazioni .hh avrebbero delle grandi difficoltà dei grandi ostacoli (.) .hh eeh e questo lo capiscono perché appunto (.) ci sono delle situazioni in cui l'interprete (.) anche se c'è fisicamente non c'è ((laughter)) .hh della serie come dicevo prima (.) caso del russo un

paziente in cui ((sic.)) parla solamente russo .hh io purtroppo non riesco
ad aiutare .hh ehm
(0.86)

410 e in quel caso quindi capiscono la differenza la toccano proprio
con mano .hh nel caso d'in- di: mh personale che non è abituato invece .hh
ehm
(0.85)

411 ((tongue click)) ad avere eeh la presenza di un interprete
(1.92)

412 non sempre lo capiscono ma
(1.25)

413 ma ad ogni modo quando noi (.) arriviamo
(0.69)

414 .h eeh io dic- dico una cosa molto concreta mi è capitato .h eeh
più volte
(0.89)

415 che
(1.58)

416 quando sono stato chiamato in .hh ospedale appunto (.) senza la
presenza fissa di un: di un interprete .hh che mi abbiano detto .h ah beh
c'è una bella differenza ad avere un interprete e non avere un parente .h
eeh che parli: che parli quella lingua (.) .hh perché alla fine la
difficoltà con un parente le difficoltà sono (.) diverse qui si apre
un'altra gra:ndissima parentesi .hh ehm
(1.13)

417 perché c'è (.) c'è un legame affettivo: eeh non è detto che
entrambe le lingue be- vengano ben conosciute non è detto che .hh
l'interprete in quel caso (.) eeh .hh ehm parente
(0.98)

418 riferisca tutto ciò che è necessario sia al medico sia .hh al:
paziente quindi ci sono (.) diversi: diversi aspetti (.) e proprio per
questo secondo me anche il personale .hh non abituato ad avere una presenza
fissa dell'interprete .hh eeh:
(0.53)

419 nota la differenza
(0.66)

420 non appena eeh incontra u- un interprete vero che fa la sua .hh
ehm: la sua traduzione
(4.79)

421 Event mouse click

(1.19)

422 RESf Valeria non so se vuoi aggiungere qualcosa per chiudere
altrimenti lo faccio io perché ho alcune considerazioni finali

423 STUf sì io per me da parte mia: è stato tutto chiaro

(1.13)

424 RESf okay .hh allora io volevo: innanzitutto partendo dall'ultima
macroarea che: che Valeria ha sollevato .hh dirvi che diciamo mi auguro che
l'arrivo di medicina eeh a Forlì nel prossimo anno accademico se non cambia
nulla .hhh possa aiutare a: a colmare questo divario che obiettivamente c'è
.hh fra la formazione e la professione in un qualche modo possa avvicinare
anche in termini di consapevolezza .hhh di qual è il confine di qual è il
ruolo rispettivo queste queste due categorie professionali che .hh che si
trovano a: a lavorare insieme .hh e: volevo ringraziare tantissimo Marco

(0.54)

425 per aver sollevato eeh due elementi secondo me due questioni
secondo me eeh molto importanti che in realtà non emergevano forse dalle
domande per come sono strutturate ad oggi .hhh ossia il discorso
dell'empatia .hh eeh dell'affettività c'è tutta una letteratura recente ad
esempio di Raffaella Merlini di Mariadele Gatti quindi parlo di università di
Macerata università di Trieste .hhh che hanno in un certo qual modo cercato
di dimostrare come nell'ambito medico sia pressoché impossibile .hhh non
essere empatici come ehm passi per l'empatia anche una una qualità insomma
del servizio di interpretazione che .hhh che si dà e ti ringrazio Marco per
aver fatto l'esempio: della profilassi o anche banalmente l'esempio .hhh eeh
dei cartelli no? di orientamento sulla scala A piuttosto che sui nomi dei
vari reparti .hhh perché credo che tu abbia: diciamo dimostrato come quelle
siano situazioni in cui .hhh si lascia da parte il codice deontologico
quello che sarebbe in teoria giusto fare o ingiusto fare .hh e si considera
quale è la conseguenza possibile o probabile di quello che si fa (.) e si
dice o di quello che non si fa e non si dice .hh per il paziente partendo un
po' dal presupposto che se siamo lì .hh è perché eeh questo paziente va
aiutato siamo lì per prenderci cura .hh e hai anche fatto: diciamo allusione
alla gentilezza eeh correggimi se sbaglio ma nei muri del presidio riminese
ci sono questi cartelli con la gentilezza è l'anima della cura

(0.53)

426 ((tongue click)) e questo vale .hh non solo per il personale
sanitario ma anche per l'interprete .hhh eeh quindi oltre a questi due
ringraziamenti eeh: a questo ringraziamento sull'empatia ti ringrazio anche
per aver parlato delle lingue veicolari .hhh eeh perché non c'era un accenno
diciamo esplicito nella: nella nostra formulazione della: dell'intervista

.hh hai citato l'inglese in realtà eeh mi correggerai se sbaglio anche il francese è una lingua veicolare con pazienti diciamo .hhh eeh che arrivano da diverse ex colonie .hh e mi viene da aggiungere rispetto al russo che hai più volte menzionato che un'altra prassi eeh che se non sbaglio a Rimini c'è .hh è quella se possibile di aspettare il turno in cui .h eeh entrerà eeh: diciamo in gioco un collega russista perché eeh in generale nelle stagioni eeh riminesi almeno due colleghi .h hanno anche russo come lingua di lavoro .h per quanto il russo non sia fra le tre lingue necessarie .hh e quindi se si può se si sa che l'interprete russista entrerà in turno ad esempio nel pomeriggio .hh si cerca ovviamente questo non vale per le urgenze .h eeh di suggerire al reparto di suggerire al medico eeh di aspettare diciamo l'arrivo della: del collega: russista .hhh le due precisazioni le due domande in realtà un po' extra che volevo porre eeh in conclusione riguardano eeh: (.) ((tongue click)) uno la responsabilità legale .hh a cui tu hai accennato eeh e che in un qualche modo entra in gioco nel caso della controfirma .hh eeh del referto che in più occasioni ti è stata chiesta .hh e ti chiederei di dirci se tu hai una: un'assicurazione (.) che in un qualche modo ti copra per questa responsabilità .hhh e la seconda domanda che mi è venuta in mente eeh riguarda l'interpretazione telefonica cioè volevo sapere se .hhh eeh nel turno che sia di pronto soccorso che sia diciamo in: in ufficio .hh capita anche di fare interpretazione telefonica
(2.86)

427 INTm .h allora grazie innanzitutto mh assolutamente può essere molto interessante l: l'interazione tra il nostro corso di laurea e quello di medicina: mh: che dovrebbe: esserci dall'anno prossimo .hhh potrebbero nascere dei (.) progetti molto belli secondo me .h e ehm: poi per quanto riguarda le lingue veicolari assolutamente anche il francese viene utilizzato con persone provenienti da ex colonie .h ehm: e anche lì c'è la stessa: no? la stessa .hh difficoltà che con l'inglese .h ehm: non: non si può dire che per loro sia una lingua straniera certe volte il francese ma è una lingua seconda comunque ed è un lingua .h in cui non hanno una (.) proprietà magari al cento per cento .h e quindi anche lì ci sono: eeh diverse difficoltà .hh per quanto riguarda il russo confermo che in certi casi differibili si può .h eeh aspettare la presenza di un interprete che parla russo .hh purtroppo non sempre
(0.95)

428 non sempre è possibile perché magari con: i turni proprio capita .h (.) che l'interprete arrivi (.) solo due giorni dopo
(1.08)

429 oppure .hh ehm: quello che si p- si fa anche sempre che se
chiaramente c'è un paziente .h in pronto soccorso che parla russo .h e in
ufficio c'è il collega che parla russo (.) si chiama direttamente il collega
.hhh ehm:

(0.54)

430 mi è capitato anche un altro caso mi è venuto in mente appunto
mentre parlavi tu .hh eeh

(0.75)

431 delle: ehm: dell'interpretazione telefonica (.) che talvolta
richiediamo anche noi interpreti mi è capitato un caso .hh particolarmente
ehm: particolarmente difficile col: russo l'anno scorso non c'era nessuno in
turno ed era molto urgente .hh e in quel caso abbiamo attivato un interprete
.hh ehm: che appunto facesse una mediazione telefonica (.) sul momento
perché era: una cosa molto molto urgente .hhh ehm

(0.71)

432 appunto mi: ricollego alla: alla domanda che mi hai fatto la
telefonica capita capita anche in turno a noi in prima persona .hhh eeh per
diverse ragioni (.) perché magari in quel momento non ci possiamo eeh
spostare da un'altra parte e .h devono: e magari il: il medico da un altro
reparto deve fare una domanda urgente ma molto rapida .hh a un paziente
questo capita .hh ma capita anche che ci chiamino da altri ospedali .hh ehm:
questo soprattutto di notte ad esempio: eeh di notte a Riccione non c'è la
presenza di un interprete .hh e eeh però se hanno bisogno chiamano
l'interprete che è in turno di notte .h a Rimini per fare un'interpretazione
telefonica .hh questo: dico di notte ma in realtà anche di giorno da altri
ospedali in cui proprio non è previsto l'interprete .hh ehm può capitare
assolutamente .hhh per quanto riguarda la eeh responsabilità legale
effettivamente no non ho un'assicurazione

(0.53)

433 ma ehm..h sarebbe una cosa saggia farla certe volte .hh ehm:

(1.33)

434 perché comunque sia non siamo altrimenti tutelati da eeh
null'altro (.) se non dalla nostra buona fede dalla nostra deontologia .hh e
ehm: dalla collaborazione anche .h del: dei nostri colleghi medici

(7.14)

435 RESf io direi che possiamo ringraziare infinitamente Marco che c'ha
dato un'ora e mezza del suo tempo persino anzi due ore perché .hh ha firmato
ehm i moduli e se non ho visto male ha dato il consenso .hh eeh: in in
entrambi i casi per l'utilizzo diciamo pieno di: di di questo audio con
tutte le dovute: precauzioni .hh eeh colgo l'occasione così rimane agli atti

eeh diciamo per dire a: a Valeria che in realtà .h questo software modenese non è che sia tanto confermato che che esistesse veramente quindi forse .hh e uno di quegli: elementi di quegli spunti che si possono togliere .hh eeh dalla: dalla bozza dell'intervista magari facendo allusione a: .h a s- tool a software come Google traduttore piuttosto che che altri che che esistono in ambito medico e e che: di cui sia comprovata diciamo la: l'esistenza e e l'utilizzo .hhh e mh: non so se Marco lo confermerà credo che che la domanda su su l'educazione indiretta al sistema sanitario .hh possa risultare di difficile comprensione se da parte dell'intervistatore non c'è qualche esempio no? .h tipo non tradurre tutte le parole eccetera .hh eeh si era scelto di darle a Marco prima perché: insomma: così Marco poteva pensarci e prepararsi venti minuti prima .hh la bozza dell'intervista credo che un interprete .hh a cui venga sottoposta eeh l'intervista così eeh .hh d'emblée ex novo possa risultare difficile ecco comprendere che cosa si intenda per educazione sanitaria .hh per il resto io credo che sia una testimonianza ricchissima che Valeria abbia molto pane per: per i suoi denti .hh eeh anche solo con questa: con questa prima: intervista e se non avete altro da aggiungere vi saluto magari riattivo la webcam così mi vedete .hh e: vi auguro un buon pranzo

(2.48)

436 INTm mi aggiungo anch'[io]

437 STUf [gr]azie mille ((laughter))

438 INTm eeh ringrazio voi e sì son d'accordo forse: sulla domanda dell'educazione al sistema sanitario aggiungere: sì qualche esem[pio:]

439 RESf [ad ese]mpio [giusto per dare il] la: .hh eeh per non come dire mettere in bocca all'intervistato (.) tutta la risposta ma allo stesso tempo dargli un elemento concreto [per capire a cosa:]

440 STUf [okay]

441 [per capire] in che direzione

(0.79)

442 RESf [a cosa si allu]de .h [se poi così]

443 STUf [okay] [grazie mille]

444 RESf ex post eeh Marco avrà delle considerazioni proprio su sul testo insomma si senta libero di mandarcele nel formato che che preferisce anche il Whatsapp ((laughter)) l'audio rivolto alla sottoscritta e: io vi saluto e vi ringrazio veramente molto [molto molto]

445 STUf [grazie a voi]

446 INTm [grazie a voi]

(0.83)

447 STUf [graz-]

448 INTm [se:] sorgessero altre domande in itinere io son sempre qui
(0.64)

449 STUf gra[zie mille per la disponibilità]

450 RESf [okay ne avrò ne avrò io] per questioni diciamo richiedenti
asilo e protezione internazionale quindi tornerò ad intervistarti ma in
separata sede ((laughter))

451 INTm va bene perfetto

452 STUf va bene grazie [mille allora] (.) arrive[derci]

453 RESf [un caro saluto]

454 [e:] io vi mando il mio file cioè lo mando a Valeria cerco di
condividerlo chiedo a Marco visto che ha l'indirizzo di di farlo
condividendolo con entrambe magari sfruttando il thread della: .hh della
discussione per e-mail che ho lanciato
(0.72)

455 INTm va bene

456 STUf okay grazie mille
(0.73)

457 INTm ciao buon pomeriggio

458 STUf a[nche a voi]

459 RESf [buon pomeriggio]
(0.67)

460 Event mouse click
(0.50)

461 beep sound

Ringraziamenti

Giunta alla fine di questo percorso, non posso che ringraziare tutte quelle persone che mi hanno dato il loro sostegno; per quanto piccolo o grande sia stato, ha contribuito inevitabilmente al raggiungimento di questo traguardo, e per questo non posso che essere immensamente grata.

Innanzitutto, devo un ringraziamento particolare alla mia relatrice. È grazie alla sua presenza costante anche da lontano che questo lavoro è stato reso possibile, guidandomi in ogni mio passo e trasmettendomi degli insegnamenti che vanno ben al di là della scrittura di questo elaborato e che porterò sempre con me.

Grazie a tutte le mie preziosissime coinquiline. A voi che mi avete fatto sentire a casa fin dal primo giorno (quando ancora non sapevo che i barattoli di pomodoro si comprano piccoli), che mi avete preparato mille pranzi e cene per tirarmi su di morale o perché il mio ripiano del frigo scarseggiava, che avete lavato i piatti al posto mio quando ero immersa nello studio, che siete state confidenti e consigliere d'eccellenza per tutti questi tre anni. Grazie perché non avrei potuto desiderare una seconda famiglia migliore di voi.

Grazie alle mie amiche e ai miei amici, ognuno di voi sa perfettamente quanto importante è stato per me durante tutto questo percorso. C'è chi ha fatto i salti mortali anche solo per prendere un caffè con me quando tornavo a casa, chi si è sorbitato audio immensi dove sembravo non smettere più di parlare, chi è venuto fino a Forlì solo per vedermi recitare; tutti però, mi avete costantemente dimostrato il vostro affetto e supporto, e di questo vi ringrazio.

Grazie alla mia famiglia. Non è semplice trovare le parole per ringraziare le persone alle quali devo questo traguardo, che sono state il mio sostegno in tutto e per tutto. Grazie al babbo e alla mamma per avermi sempre sostenuto in tutte le mie scelte e decisioni, per avermi insegnato ad affrontare gli ostacoli che la vita ti pone davanti, e ad essere riconoscente per tutte le cose belle che capitano e di cui spesso neanche ci accorgiamo. Grazie ai nonni, da sempre i miei fan numero uno, che con un delicato silenzio hanno seguito ogni mio passo, pronti a fare il tifo per me in ogni occasione e a gioire come nessun altro dei miei risultati.

Grazie al mio Helidon. Solo noi sappiamo quanto questo finale sia anche merito tuo, tu che hai creduto in me dal giorno zero e hai sopportato la distanza, i momenti di sconforto, e le frasi del tipo “non posso, devo studiare”. Erano all'ordine del giorno ma tu non ti sei mai tirato indietro, e anzi, ad ogni caduta mi porgevi la mano per aiutarmi a saltare ancora più in alto, ad ogni esame riuscito con

successo esultavi come se ci fossi stato anche tu lì dentro con me. Un grazie non sarà mai abbastanza, ma spero che in cuor tuo sappia quanto senza di te non ce l'avrei mai fatta.

Infine, un piccolo grazie va anche a me stessa, per ricordarmi in futuro che nonostante le mille difficoltà le cose belle alla fine arrivano, e che anzi, sono ancora più belle dopo tanta fatica e sacrifici.