

Claudio Baraldi, Laura Gavioli

*La traduzione dialogica come mediazione dell'identità:
un'analisi nelle istituzioni sanitarie*

1. La mediazione interculturale nei servizi sanitari italiani

La mediazione interculturale è un servizio utilizzato nelle istituzioni sanitarie italiane, nei casi in cui i pazienti migranti non parlino (adeguatamente) la lingua italiana¹. I mediatori interculturali che vengono utilizzati presso questi servizi sono spesso (ex-)migranti che lavorano in cooperative o in team con il personale sanitario. Vengono preferiti agli interpreti professionisti per la loro competenza (basata su una presunta esperienza) nell'affrontare le differenze culturali che possono presentarsi nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti migranti. Questa competenza è dunque considerata più importante di quella nella traduzione, che viene data per scontata in quanto derivata dalla lingua madre dei mediatori. La scelta dei servizi italiani segnala dunque l'importanza assegnata alla differenza tra i «presupposti culturali»² o le «identità culturali»³ dei partecipanti, operatori sanitari e pazienti migranti: si ritiene cioè che la mediazione interculturale debba trattare anzitutto la differenza tra presupposti e identità culturali. Ciò significa che la concezione della mediazione interculturale è fondata sull'essenzialismo culturale⁴, cioè sull'idea che esistano presupposti culturali che determinano le identità culturali nella comunicazione. In questa prospettiva, la comunicazione è il risultato

¹ Ad es. *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, a cura di C. Baraldi, V. Barbieri, G. Giarelli, FrancoAngeli, Milano 2008; L. LUATTI, *Mediatori atleti dell'incontro*, Vannini, Brescia 2011.

² J. GUMPERZ, *Contextualization and understanding*, in *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon*, a cura di A. Duranti, C. Goodwin, Cambridge University Press, Cambridge 1992, pp. 229-253.

³ S. TING-TOOMEY, *Communication across cultures*, The Guilford Press, New York 1999.

⁴ E. COLOMBO, *Le società multiculturali*, Carocci, Roma 2011; A. HOLLIDAY, *Intercultural communication and ideology*, Sage, Londra 2011.

dell'incontro tra comunità culturali diverse e i partecipanti posseggono identità culturali che sono il riflesso di tali comunità. Alla mediazione è dunque richiesto di creare 'ponti' tra le diverse comunità culturali.

Luatti⁵ ha recentemente segnalato alcuni limiti dell'essentialismo (e del concetto stesso di 'ponte') in relazione alla mediazione. Una prospettiva essentialista preserva rapporti statici tra migranti e istituzioni e non tiene conto degli effetti della comunicazione interculturale nel modificare i presupposti e le identità culturali. Nonostante questa e altre forti critiche rivolte all'essentialismo⁶, la preferenza per la mediazione interculturale resta fondata sull'esigenza di rendere più efficace la comunicazione tra istituzioni e migranti, andando così oltre la 'mera' traduzione linguistica⁷.

Come spiega Merlini⁸, questa posizione ne ignora un'altra, che è invece ben presente nella bibliografia di settore⁹, che, cioè, il lavoro di traduzione e interpretazione è complesso e implica una 'mediazione' a diversi livelli. Gli studi specifici che se ne sono occupati hanno evidenziato almeno due sensi diversi (e non necessariamente compresenti) della mediazione nel lavoro del traduttore/interprete: 1) rende possibile comprendere e quindi gestire le differenze culturali¹⁰; 2) consente di creare relazioni efficaci tra diverse comunità linguistiche e culturali¹¹. A fronte di queste osservazioni, il significato

⁵ LUATTI, *Mediatori atleti dell'incontro*, cit.

⁶ Ad es. A. HOLLIDAY, *Intercultural communication and ideology*, Sage, Londra 2011; I. PILLER, *Intercultural Communication. A Critical Introduction*, Edinburgh University Press, Edimburgo 2011.

⁷ M. CASTIGLIONI, *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, FrancoAngeli, Milano 1996; G. CECCATELLI GURRIERI, *Mediare culture*, Carocci, Roma 2003.

⁸ R. MERLINI, *Seeking asylum and seeking identity in a mediated encounter: the projection of selves through discursive practices*, in «Interpreting», 11, n. 1, 2009, pp. 57-92.

⁹ Ad es. C. ANGELELLI, *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge University Press, Cambridge 2004; G. BOLDEN, *Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking*, in «Discourse Studies», 2, n. 4, 2000, pp. 387-419; CHENG ZHAN, *Mediation through personal pronouns shifts in dialogue interpreting of political meetings*, in «Interpreting», 14, n. 2, 2012, pp. 192-216; B. DAVIDSON, *The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse*, in «Journal of Sociolinguistics», 4, n. 3, 2000, pp. 379-405; C. PENN, J. WATERMEYER, *Cultural brokerage and overcoming communication barriers: A case study for aphasia*, in *Coordinating participation in dialogue interpreting*, a cura di C. Baraldi, L. Gavioli, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia 2012, pp. 269-296; D. VAN DE MIEROOP, G. BEVILACQUA, L. VAN HAVE, *Negotiating discursive notes: Differences across levels of expertise*, in «Interpreting», 14, n. 1, 2012, pp. 23-54; C. WADENSJÖ, *Interpreting as interaction*, Longman, Londra 1998.

¹⁰ WADENSJÖ, *Interpreting as interaction*, cit., 1998.

¹¹ C. ANGELELLI, *Medical interpreting and cross-cultural communication*, Cambridge University Press, Cambridge 2004; ID., *Challenges in interpreters' coordination of the construction of pain*,

di una mediazione interculturale che vada oltre l'attività dell'interprete non è chiaro, anche considerando che i mediatori vengono impiegati spesso, se non sempre, quando vi sono problemi di traduzione.

In questo saggio, ci proponiamo di osservare, sulla base di conversazioni audio-registrate e trascritte, se e come l'attività traduttiva realizzi una mediazione interculturale. In modo particolare, analizzeremo i modi in cui l'attività traduttiva fa emergere i presupposti e le identità culturali dei pazienti migranti nell'interazione con gli operatori sanitari.

2. Mediazione interculturale e traduzione

Wadensjö¹² ha osservato per prima che, nei servizi di comunità, gli interpreti contribuiscono al coordinamento dell'interazione in modo funzionale ad attuare una resa traduttiva che abbia senso per i partecipanti. Ciò significa che gli interpreti partecipano all'interazione non solo (e forse non primariamente) attraverso la ripetizione dei turni degli interlocutori nell'altra lingua, ma anche con espansioni, riduzioni o modifiche dei contenuti che vengono tradotti e con contributi non strettamente traduttivi, come le richieste di ripetizione o di chiarimento. Nel suo lavoro di coordinamento l'interprete può essere considerato un mediatore culturale:

«Interpreting as interaction makes it possible to identify non-linguistic features which link people together, and also non-linguistic differences between people – differences in world view – which make shared understanding between them difficult to achieve despite the interpreter's bridging of the language gap»¹³

Wadensjö chiarisce che sia le traduzioni 'adattate' (espansive, ridotte o modificate), sia le sequenze conversazionali a due (diadiche) tra l'interprete e uno dei suoi interlocutori servono anche a facilitare la comprensione e la considerazione di 'differenze nelle visioni del mondo' che non potrebbero essere altrimenti rese.

A questa posizione, Mason¹⁴ aggiunge un concetto interessante. Osserva che, nei contesti linguistici in cui si collocano, gli enunciati che un interprete è chiamato a tradurre sono spesso non del tutto determinati (*underdetermi-*

in *Coordinating participation in dialogue interpreting*, cit., pp. 251-268.

¹² WADENSJÖ, *Interpreting as interaction*, cit.

¹³ *Ibid.*, pp. 277-278.

¹⁴ I. MASON, *On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting*, in «*Journal of Pragmatics*», 38, 2006, pp. 359-273.

ned) perché il loro significato dipende da elementi basati sul contesto che non vengono necessariamente esplicitati dai parlanti. Poiché questi elementi contestuali possono essere chiari in una lingua ma non nell'altra, la resa nell'interazione deve esplicitarli a beneficio dell'interlocutore che non conosce quella lingua e il contesto ad essa collegato. L'azione di mediazione quindi secondo Mason consiste in questa esplicitazione.

La prospettiva di Mason è coerente con quella di Gumperz¹⁵, che analizza la differenza tra presupposti culturali nelle conversazioni tra persone di cultura diversa. I presupposti culturali permettono di assegnare un significato a ciò che viene detto (o fatto) e compreso. Essi sono resi evidenti da 'indicatori di contesto' (*contextualization cues*), prodotti nel linguaggio verbale e non verbale. I presupposti culturali di cui parla Gumperz e gli elementi di contesto di cui parla Mason, possono essere ricondotti all'identità culturale dei partecipanti. Come osserva Ting-Toomey¹⁶, infatti, l'identità culturale si costruisce sulla base di presupposti culturali, che vengono da lei definiti come 'valori', secondo una visione molto diffusa nelle teorie sulla differenza culturale¹⁷. In tal senso, osservare i presupposti culturali dell'interazione attraverso gli indicatori di contesto può significare osservare l'identità culturale dei partecipanti poiché gli indicatori di contesto possono (sebbene non necessariamente, e questo è un punto importante che affronteremo oltre) comprendere indicatori di tale identità.

Gli indicatori di contesto, quindi, compresi quelli collegati all'identità, possono essere trattati nell'interazione mediata da interprete al fine di interpretarne ed esplicitarne il senso. Secondo Baker¹⁸ questo processo consiste nel trasformare l'esplicitazione dei presupposti culturali in 'ri-contestualizzazione' dei processi comunicativi. Il 'contesto' viene sempre (ri)costruito nell'interazione e quindi l'interazione può essere ri-contestualizzata attraverso le azioni dei partecipanti, soprattutto quelle dell'interprete. Se, da una parte, l'interazione riproduce i presupposti culturali che la plasmano, dall'altra può anche modificare (ossia ri-contestualizzare) tali presupposti culturali. Secondo Baker, dunque, la mediazione interculturale dell'interprete consiste proprio nel promuovere questa ri-contestualizzazione.

¹⁵ GUMPERZ, *Contextualization and understanding*, in *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon*, cit., pp. 229-253.

¹⁶ S. TING-TOOMEY, *Communication across cultures*, The Guilford Press, New York 1999.

¹⁷ Ad es. M. GUIRDHAM, *Communicating across cultures at work*, MacMillan, Londra 2005; G. HOSFTEDE, *Culture's consequences*, Sage, Beverly Hills/Londra, 1980; H. TRIANDIS, *Individualism and collectivism*, Westview Press, Boulder 1995.

¹⁸ M. BAKER, *Contextualization in translator- and interpreter-mediated events*, in «Journal of Pragmatics», n. 38, 2006, pp. 321-337, p. 322.

La nostra analisi riguarda un *corpus* di oltre 200 conversazioni audio-registrate, alle quali hanno partecipato operatori sanitari italiani, pazienti migranti e mediatrici interculturali. Le conversazioni sono state registrate prevalentemente in servizi di salute per le donne, con pazienti e mediatrici di lingua araba (provenienti dall'Africa Settentrionale) e di lingua inglese (provenienti dall'Africa subsahariana Occidentale). I dati sono stati raccolti durante una ricerca di lungo termine svolta in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali di Modena e Reggio Emilia.

In questo saggio intendiamo sistematizzare alcune riflessioni presentate in altri contributi¹⁹. In particolare, ci focalizziamo su una distinzione tra due orientamenti mostrati dalle mediatrici da noi registrate nel trattare i presupposti culturali nell'interazione: 1) un orientamento alla promozione dell'adattamento interculturale, che si attua attraverso un trattamento della differenza culturale come arricchimento nelle scelte e occasione di partecipazione attiva delle pazienti; 2) un orientamento all'essentialismo culturale, cioè un trattamento normativo della differenza culturale e una riduzione della partecipazione attiva delle pazienti.

3. Mediazione come promozione di adattamento interculturale

Alcuni studi hanno mostrato che gli interpreti possono efficacemente adattare i processi diagnostici e terapeutici a specifici presupposti culturali dei pazienti, facilitandone la partecipazione²⁰. Chiamiamo quindi «promozione

¹⁹ Ad es. C. BARALDI, L. GAVIOLI, *Dialogue interpreting as intercultural mediation. An analysis in healthcare multicultural settings*, in *Dialogue and Cultures*, a cura di M. Grein, E. Weigand, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia 2007, pp. 155-175; ID., *Cultural presuppositions and re-contextualisation of medical systems in interpreter-mediated interactions*, in «Curare. Journal of Medical Anthropology», 31, n. 2-3, 2008, pp. 193-203; ID., *Interpreter-mediated interaction as a way to promote multilingualism*, in *Multilingualism at work*, a cura di B. Meyer, B. Apfelbaum, John Benjamins, Amsterdam/Philadelphia 2008, pp. 141-162; ID., *La mediazione nell'interazione centrata sul paziente: il caso delle domande del medico*, in *La sfida della multiculturalità nell'interazione medico-paziente*, a cura di F. Orletti, M. Fatigante, «Salute & Società», XII, n. 1, 2013, pp. 94-109; ID., *Are close renditions the golden standard? Some thoughts on translating accurately in healthcare interpreter-mediated interactions*, in «The Interpreter and Translator Trainer», 8, n. 3, 2014, pp. 336-353; ID., *Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings. Talk organization, context and the achievement of intercultural communication*, in «Interpreting», 13, n. 2, 2011, pp. 205-233.

²⁰ ANGELELLI, *Medical interpreting and cross-cultural communication*, cit.; ID., *Challenges in interpreters' coordination of the construction of pain*, cit., pp. 251-268; PENN, WATERMEYER, *Cultural brokerage and overcoming communication barriers: A case study for aphasia*, in

dell'adattamento interculturale» la manifestazione, nell'interazione, di aspettative riguardanti i presupposti culturali dei partecipanti, che crea condizioni favorevoli per la loro partecipazione. Nella nostra analisi, abbiamo osservato due strutture principali attraverso cui, nell'interazione, è possibile realizzare un adattamento interculturale: 1) le traduzioni che modificano (attraverso espansioni, riduzioni, cambiamenti) le domande o le spiegazioni dei medici; 2) le sequenze nelle quali i medici 'autorizzano' le mediatrici a riferire alle pazienti informazioni su particolari problemi o procedure. Analizziamo, di seguito, queste due strutture e i processi di ricontestualizzazione della partecipazione delle pazienti che ne conseguono.

3.1. Ri-contestualizzazione attraverso traduzione che modifica

L'azione della mediatrice può promuovere adattamento interculturale attraverso il riferimento, nella traduzione, ai presupposti culturali della paziente: ciò richiede che la traduzione trasformi il contenuto del turno del medico che viene tradotto. Vediamo due esempi.

L'estratto 1 riguarda una mediazione con una paziente ghanese. Al turno 1, il medico chiede la data di nascita dei figli della paziente. All'inizio del turno 2, la mediatrice inizia a tradurre la richiesta. Dopo una brevissima esitazione, però, pone la domanda in una forma diversa, riferendosi all'età dei bambini, anziché alla loro data di nascita. Questo cambiamento evidenzia un'aspettativa che le mediatrici in altre circostanze esplicitano: dettagli come la data di nascita, il peso o l'altezza non sono considerati rilevanti nella cultura delle pazienti ghanesi. Attraverso la traduzione che modifica la domanda, in modo da sottolineare l'età dei bambini, la mediatrice evidenzia l'aspettativa di un presupposto culturale, che la orienta ad agire in modo da facilitare la risposta della paziente. Nella traduzione successiva, rivolta al medico (turno 6), la mediatrice calcola la data di nascita, rispondendo così alla domanda iniziale.

Estratto 1

1. D: quando sono nati i bambini
2. M: when did you give birth to them. (.) how old are they.
3. D: [in- in the year]
4. P: [ah (.) the] first one is eh:: (.) ten years
5. D: Ten
6. M: ten years =quindi è nata nel duemila e:

Coordinating participation in dialogue interpreting, cit., pp. 269-296.

L'estratto 2 riguarda una mediazione con una paziente marocchina. Al turno 1, il medico dice alla mediatrice di chiedere alla paziente se ha mai avuto aborti. Al turno 2, la mediatrice tratta l'argomento proposto dal medico come delicato per la paziente, modificando la domanda attraverso la traduzione. In particolare: 1) evita la parola «aborto» (usando l'espressione «gravidanza che non è continuata»); 2) fa riferimento all'esistenza rassicurante dei figli che la paziente ha già («hai due figli») e alla gravidanza in corso («questa è la terza gravidanza»); 3) espande questo riferimento introducendo l'espressione araba «albaraka» («Dio li benedica») che sottolinea l'importanza dell'esistenza dei figli.

Estratto 2

1. D: poi chiedi se non ha avuto degli altri aborti (.) delle altre –
2. M: ya'ni 'indik elbaraka waladin w halla' elhaml ithalith elbaraka (.) ghir hik waqa' haml w ma kamal, law ya'ni ma iktamal la qaddar Allah.
Ha due figli, Dio li benedica, e questa è la terza gravidanza, Dio ti benedica (.) senza questo, c'è stata una gravidanza che non è continuata o –
3. P: La
No

La traduzione della mediatrice in questo esempio modifica la domanda del medico in base all'aspettativa dei presupposti culturali della paziente, in modo ancora più evidente rispetto al caso precedente. Tratta cioè il tema delicato dell'aborto in un modo presumibilmente più accettabile dal punto di vista della paziente.

In questi casi, le traduzioni delle mediatrici da un lato permettono di chiarire alle pazienti le domande dei medici, dall'altro le orientano a fornire il tipo di risposta richiesta, facendo riferimento ai loro presupposti culturali. Tale riferimento evidenzia le aspettative delle mediatrici nei confronti dei presupposti culturali delle pazienti.

In sintesi, le traduzioni delle mediatrici sono trasformazioni significative delle domande dei medici, che dipendono dalle aspettative dell'esistenza di differenze tra i presupposti culturali della medicina occidentale e quelli delle pazienti. Queste trasformazioni promuovono una ri-contestualizzazione dell'interazione, poiché propongono orientamenti diversi nei confronti dei temi introdotti dai medici, ossia orientano a modi diversi sia di comprendere i significati del discorso medico (ad es. date, misurazioni), sia di trattare temi delicati nel discorso medico (ad es. l'aborto).

3.2. Autorizzazione della ri-contestualizzazione

Anziché porre direttamente una domanda, ed eventualmente chiedere alla mediatrice di tradurla, il medico talvolta avvia una conversazione preliminare con la mediatrice, per introdurre un argomento (un problema o una procedura) che deve essere successivamente spiegato alla paziente. In tal caso, si produce una sequenza diadica iniziale, di lunghezza variabile, nella quale il medico spiega l'argomento alla mediatrice. La mediatrice generalmente produce segnali minimi di conferma (ad es. «mhm», «sì», «ok», ecc.) e conclude la sequenza diadica con un segnale minimo («okay», «sì») che indica che è pronta a tradurre. In una seconda fase, la mediatrice traduce la spiegazione del medico alla paziente. Vediamo due esempi di questa più complessa organizzazione dell'interazione.

L'estratto 3a riguarda una mediazione con una coppia ghanese, la cui figlia neonata è sotto osservazione medica per un grave episodio di epilessia che ha avuto luogo subito dopo la nascita. Il medico fornisce una lunga spiegazione riguardante gli esami, la diagnosi e le possibili conseguenze della malattia. La mediatrice ascolta annuendo e confermando la propria comprensione (turni 2 e 4). Il medico sottolinea due volte (evidenziate in neretto nell'estratto) che cosa è particolarmente importante che la mediatrice dica ai genitori. Il «sì» finale della mediatrice (turno 6), seguito da due secondi di pausa, segnala il passaggio alla traduzione per i genitori della bambina.

Estratto 3a

1. D: la cosa ovviamente importante è un po' la storia che lei ha, > le cose che invece un pochino ci preoccupano diciamo< (.) **che è importante che loro sappiano** (.) .hh eh: è la storia, cioè com'è stata la cosa nel senso che è stata anche un po' una sorpresa per noi perché lei si è ripresa molto pre:sto, subito:, è stata rianimata anche po:co, quindi devo dire che ha avuto una ripresa molto rapida (2) la sorpresa è stata un pochino quella notte che appunto invece è partita con queste convulsioni ed è stata intubata [addirittura
2. M: [sì
3. D: quindi insomma è stata proprio male in quel momento lì (2) allora, un po' questo andamento è chiaramente preoccupante perché fa pensare anche a qualcosa di: di sofferenza prima forse del fatto proprio del parto, dove lei ha sicuramente avuto un fatto acuto, però fa pensare anche a qualcosa che

- possa essere un po' più datato, alcune ore prima del parto stesso, di una sofferenza forse più cronica
4. M: ((annuendo)) mhm:
5. D: cosa che è anche un po' avvallata dalla risonanza magnetica .hh che è l'altra cosa che ci preoccupa (.) eh: la risonanza magnetica fa vedere delle immagini un po' più diffuse di apparente sofferenza (.) queste immagini preoccupano >nel senso che sono in zone< che possono dare degli effetti poi su quello che è sia la motilità sia sull'aspetto cognitivo, però:: questo è quello che abbiamo in mano ora (.) tutte cose che sicuramente la inseriscono in una bambina a rischio di problematiche neurologiche, **questo è bene che lo sappiano** (.) a fronte di questo però è una bimba che ha fatto un buon percorso in questo ultimo periodo quindi devo dire che l'aspetto clinico fa anche sperare in qualcosa che forse non è così grave come [potremmo pensare
6. M: [°sì° (2) ((la mediatrice inizia la traduzione))

Nell'estratto 3a, le azioni della mediatrice (ad esempio le conferme non verbali) sono visibili a tutti i partecipanti e hanno quindi una funzione di coordinamento dei turni dell'interazione²¹, ossia sollecitano il medico a continuare e mettono i genitori della bambina 'in attesa'.

L'estratto 4a riguarda una sequenza analoga, ma più breve. Il medico introduce il tema dello screening prenatale e la necessità che sia spiegato alla paziente (turni 1 e 9, evidenziati in neretto). Conclude il turno 9 chiedendo esplicitamente alla mediatrice di spiegare il sistema italiano di screening alla paziente, offrendosi anche di fornirle ulteriori informazioni, se ritenute utili («un pochino la sai spiegare? Sai già tutto?»). La mediatrice conferma di conoscerlo (turno 10; «sì sì sì. l'amniocentesi sì»); turno 12: «è più di una volta che abbiamo parlato») e viene quindi esplicitamente 'autorizzata' dal medico a fornire la spiegazione (turno 13: «prova mo'»). L'autorizzazione del medico è seguita dal passaggio alla traduzione da parte della mediatrice.

Estratto 4a (PM è il marito della paziente)

²¹ GAVIOLI, *Minimal responses in interpreter-mediated medical talk*, in *Coordinating participation in dialogue interpreting*, cit., pp. 201-228; I. MASON, *Gaze, positioning and identity in interpreter-mediated dialogues*, in *Coordinating participation in dialogue interpreting*, cit., pp. 177-199.

1. D: allora adesso **le spieghiamo** che::
2. M: mhm.
3. D: allor- l'ecografia: queste cos- gli esami del sangue che facciamo a tutte le donne sono gratu::iti – e:
4. M: =oka:y
5. D: =e sono per tutti.
6. PM: mhm.
7. D: E poi ci sono degli esami che invece si possono fare se uno li vuole fare. (.) E che si pagano fino a trentacinque anni.
8. M: ok[ay.
9. D: [**le spieghi** l'amniocentesi (.) **un pochino la sai spiegare? Sai già [tutto?**
10. M: [sì sì sì. l'amniocentesi sì]::
11. D: [lo sai
12. M: =è **più di una volta che abbiamo parlato –**
13. D: **prova mo'**

Negli estratti 3a e 4a gli argomenti introdotti dei medici sono molto diversi, tuttavia in entrambi i casi, il medico: 1) chiarisce gli aspetti che i suoi interlocutori devono conoscere; 2) chiede esplicitamente alla mediatrice di spiegarli.

Queste sequenze diadiche sono normalmente considerate dalle mediatrici come autorizzazioni a spiegare attraverso la traduzione. Le mediatrici modificano le spiegazioni del medico a beneficio dei genitori e della paziente adattando ciò che ha detto il medico a ciò che si presume essere più familiare e comprensibile per (i genitori del) la paziente. Introducendo i nuovi presupposti culturali, ricontestualizzano l'interazione. Vediamo gli esempi.

Nell'estratto 3b (proseguimento dell'estratto 3a), la mediatrice modifica la spiegazione del medico a beneficio dei genitori del neonato. In questa spiegazione, dapprima riporta ciò che ha detto il medico, che, cioè, i sintomi della neonata sono stati inizialmente preoccupanti, ma che la piccola si sta riprendendo in modo sorprendentemente rapido e che questo è di grande sollievo per tutti. Aggiunge poi alcune spiegazioni basate sia su possibili differenze di presupposti culturali, che sull'esperienza della malattia per come potrebbero averla percepita i genitori. Si riferisce quindi alla possibile differenza di percezione dell'epilessia nella cultura africana rispetto a quella della medicina occidentale (turno 1: «In Africa [...] most of us don't know what it is», «they don't know how [...] It can kill 'cause it can paralyze somebody») e alla criticità iniziale delle condizioni della neonata (turno 4: «at the beginning she was (.) I came here to visit her and

I saw her (.) and me too I was worried! I tried to talk with you just to try to relax you»). La mediatrice conclude la spiegazione facendo riferimento a Dio, cioè esprimendo l'augurio che la neonata possa riprendersi completamente, modificando, ma anche rendendo l'affermazione del medico che la risposta positiva alla terapia fa ora sperare in una prognosi positiva.

Estratto 3b (G sta per genitore)

1. M: °sì° (2) the doctor said that he want to let you understand the story of this baby, how she was born (.) 'cause never have this good aspect of= because he was worried, everybody was worried after she was born (.) because when they carried out exam and (?) immediately after some time after some days, they were also surprised too, 'cause what happened to her suppose to give her problems, every problems. (2)> you know **in Africa** we have children that this convulsions do worried<, but **most of us don't know what it is, they don't know how since this convulsions can kill 'cause when convulsions come, you know how it is? ((she mimes trembling)) you have seen before? It can kill 'cause it can paralyze somebody** (.) so: they were surprised the way the baby pit up, you know? Now there is no damage in her, they don't discover any damage any damage in her, in exams they have done. (.) 'cause the exam of the machine they did before, that would check how the convulsions is going to damage, you understand?
2. G1: [°°mm°°
3. G2: [((annuisce))
4. M: so: the way she just recovered immediately and now she's ok, she's mo:ving, she's eating by herse:lf (2) **at the beginning she was (.) I came here to visit her and I saw her (.)and me too I was worried! >I tried to talk with you just to try to relax you<** so: when I saw her I was having these fears, but thank God for (?) knowledge and knowledge of her (.) Lord God that, you know, did everything and now:: everything is ok
5. G1: °°Ye[:s°°
6. G2: [yes

Anche l'estratto 4a è seguito da una lunga spiegazione della mediatrice, che informa la paziente sugli esami che sono gratuiti e quelli che non lo sono e sui benefici degli esami periodici del sangue per le donne e i loro bambini. Questa spiegazione occupa 12 turni, che non sono qui riportati.

Nell'estratto 4b, è mostrata invece la sequenza in cui la mediatrice informa la paziente sulla possibilità di fare l'amniocentesi. La mediatrice fornisce questa informazione con particolare delicatezza, affermando che non esiste alcuna indicazione specifica per la paziente e che si tratta soltanto di un'informazione generale sulla possibilità di fare questo esame aggiuntivo, se la paziente lo desidera. Il fatto che si tratta di un'informazione generale è ripetuto per tre volte (evidenziate in neretto) nell'estratto. Inoltre, la mediatrice sottolinea che benché la cultura medica italiana offra la possibilità di eseguire questo controllo, è libera scelta delle pazienti (anche italiane) usufruirne o meno (turno 1: *«perché in Italia si fa e poi l'uno è libero di farlo o meno, decide lui se lo debba fare»*).

Estratto 4b

1. M: W fih bitulik fahs ya'ni biyin'aml li Inisaa smiytu fahs amniocentesi (.) **ana ba'tiha kama'luma kawn** ya'ni kul imraa lazim ta'raf hadi l ma'luma kawn fi Italia biyin'amal w ba'dha al insane huwa hur yi'ml li huwa biyiqarar inu biti'milih aw ma biti'milih hada lfahs huwa 'ibara 'an fahs amniocentesi illi huwa 'ibara 'an unbub daqiq bidakhlul biqarib min sirra biyakhdu maa min sail li 'and tiftl w biya'malu 'alih analisi tahalil hatta yishufu ida kan tiftl mzian walla monghuli walla mush tabi'i (.) hada lfahs biya'maluh likul nisaa li fuq khamisa wa talatin sana bidun ma yidfa'u 'alih fulus (.) nisaa li 'amraha taht khamisa wa talatin **sana kama'luma** bit'rfha (.) w fih yalli mumkin bitfakar innu ta'malu halla' ta'tina khabar liannu nakhudlha maw'id ma'a tabibat aljinat almas'ula bihadi lhaja **fa antum kama'luma kafa'ahs ya'ni 'rftu 'anu** (.) w lakin habin in ta'mlu had l fahs walla [mtamainin w mtawklin 'ala li Allah bat? e poi ti sta dicendo che c'è un altro controllo che si fa per le donne incinte si chiama l'amniocentesi (.) **te lo do come informazione** perché ogni donna dovrebbe conoscerla, perché in Italia si fa e poi l'uno è libero di farlo o meno, decide lui se lo debba fare, questa amniocentesi consiste in un piccolo tubo che si inserisce vicino all'ombelico e serve per prendere del liquido del bambino a scopo diagnostico per vedere se è normale o handicappato o mongoloide (.) questo lo fanno gratis a donne al di sopra di trentacinque anni (.) per farlo, le donne al di sotto dei trentacinque **sempre come informazione**, devono pagare (.) se siete interessati a farlo, ci dite subito così prendiamo appuntamento con la ginecologa specializzata in questo campo (.) **come informazione l'avete saputa** (.)

- allora volete farlo [oppure vi affidate a quel che Dio manda?]*
2. PM: [mntamainin 'ala illi Allah ba'tlina iyah
[ci affidiamo a quello che Dio ci manda]
3. PM: mntamainin 'ala illi Allah ba'tlina iyah
ci affidiamo a quello che Dio ci manda
4. M: illi Allah ba'atu
quello che Dio manda
5. M: allora (.) come informazione l'abbiamo avuta poi:: (.) quello
che viene da dio::
6. D: O::kay
7. M: senza problema

Negli estratti 3b e 4b, la ricontestualizzazione dell'interazione è promossa anzitutto attraverso semplificazioni delle spiegazioni tecniche (ad es., estratto 3b, turno 4: «the way she just recovered immediately and now she's ok, she's moving, she's eating by herself») e spiegazioni più dettagliate delle procedure (ad es. dell'amniocentesi, nell'estratto 4b). In secondo luogo, e soprattutto, è promossa attraverso il riferimento a possibili differenze nella comprensione della malattia basate su presupposti culturali diversi: il presupposto che in Africa si crede che l'epilessia conduce alla paralisi (estratto 3b) e il presupposto che in Italia si offre la possibilità dell'amniocentesi, ma ogni donna è libera di farla o non farla (estratto 4b). Le modifiche traduttive della mediatrice rendono rilevanti presupposti culturali che possono servire per rassicurare gli interlocutori: l'epilessia non porta alla paralisi e può essere curata; l'amniocentesi è soltanto uno dei tanti esami possibili, ma non c'è nessuna prescrizione specifica.

In sintesi, l'autorizzazione del medico permette alla mediatrice di: 1) informare la paziente nel modo che si presuppone culturalmente appropriato, modificando le spiegazioni del medico attraverso la traduzione; 2) rassicurare così la paziente in una modalità 'centrata sul paziente', che può facilitare la sua comprensione dei problemi e la sua partecipazione alle decisioni. In altre parole, il riferimento ai presupposti culturali viene utilizzato per fare in modo che i partecipanti (i pazienti) comprendano ciò che ci si può aspettare da loro e possano decidere se renderlo o non renderlo rilevante. In questo modo, la ricontestualizzazione attraverso la resa traduttiva non attribuisce un'identità ai pazienti, che renderebbe il loro contributo prevedibile e quindi inutile, bensì consente ai pazienti di fornire un contributo autonomo, creando così opportunità per la loro partecipazione attiva all'interazione.

4. Mediazione come promozione di essenzialismo culturale

Come osserva Luatti²², la mediazione interculturale può 'soffrire' di essenzialismo culturale, che fissa e rende immodificabili le identità culturali dei partecipanti, impedendo di fatto di mediarle. La nostra ricerca evidenzia in effetti che, nel caso in cui l'azione della mediatrice si orienti a forme di essenzialismo culturale, la mediazione crea ostacoli alla partecipazione delle pazienti, anziché facilitarla. L'orientamento all'essenzialismo porta a trattare le identità culturali delle pazienti in modo normativo, cioè in base alla differenza tra ciò che si deve o non si deve fare. Vediamo due esempi di questa forma di ricontestualizzazione dell'interazione.

L'estratto 5 è tratto da una lunga interazione durante la quale un neonato viene visitato, prima delle dimissioni dall'ospedale. Nell'informare la madre ghanese che il bambino sta bene, la mediatrice le chiede quanti bambini ha e la donna risponde che ne ha cinque. Forse reagendo a una manifestazione di sorpresa del medico, la mediatrice introduce il problema della contraccezione. Tuttavia, anziché spiegare alla paziente le possibilità di contraccezione, come accade in altri casi da noi registrati, la mediatrice spiega la contraccezione nei termini di «what you need to do if you do not want to get back to Ghana» (turni 9 e 12, evidenziati), e a questo proposito richiama l'identità africana in modo stereotipato (turno 15: «Africans don't like condoms»). Anche l'invito a recarsi al consultorio per informarsi sulle possibilità di contraccezione (turni 12, 19 e 21), ha la configurazione di un ordine.

Estratto 5

1. M: you know this problem they are talking to=
2. D: =be:ne.=
3. M: =(?) (.)
4. P: °(it's[true]°
5. M: [so:: if your hu:sband is going to make love go=an'=buy
co:ndom.
6. P: ((smiles))
7. M: <or: you go on wid der::
8. P: it's true (i: know::) (.)
9. M: you canno:t (face the baby) you ha:ve (at this point) this
pro:blem eh? <>.hhh< **you want to (pack) the children and
go to ghana? (.)**
10. P: ha >ha=ha<=[ah::

²² LUATTI, *Mediatori atleti dell'incontro*, cit.

11. D: [eh?
(2.0)
12. M: **o:kay. (.) so if you don't want to go and (stay) in ghana with these children**, don't stop (please) >.hhh< go- co:me to: via Modena ((address of the women's health service)) an' we'll gi:ve you what you will be taking (here), <so that you don't get pregn[a:nt.
13. ? [(?)
14. P: (no) i will
15. M: if your husband ca' no use condom <**i know a:frikan maybe dont li:ke con[doms.**
16. P: [(yes)
(2.0)
17. M: if you ca' no' use, (.) der is pills dat you can (be takin) or you come an' (seek).
(6.0)
18. M: you understand? (.) <don't stay too long eh?
19. P: I will do

La paziente accetta passivamente la normatività proposta dalla mediatrice, promettendo che si comporterà come da lei indicato (vedi le risposte al turno 14: «I will» e al turno 19: «I will do»). La passività della paziente è evidente anche nella mancata reazione alla raccomandazione finale della mediatrice (turno 17), che è seguita da una lunga pausa di 6 secondi e dalla richiesta della mediatrice di confermarne la comprensione (turno 18).

In questo caso, dunque, la mediatrice promuove in modo normativo la costruzione sociale dell'identità culturale della paziente, alla quale quest'ultima aderisce passivamente. La mediatrice manifesta le proprie aspettative sull'identità culturale africana e sulla sua differenza rispetto ai presupposti culturali 'italiani' in modo che tale identità e tale differenza non possano di fatto essere messe in discussione. Questa ricontestualizzazione dell'interazione determina dunque la costruzione di un pregiudizio (sugli 'africani' maschi, ma anche sulle 'africane' incompetenti) e, poiché tale costruzione non può essere messa (facilmente) in discussione, porta ad evidenti problemi di partecipazione. Questa forma di mediazione è centrata su un'attribuzione di identità culturale che si basa su un orientamento della mediatrice all'essenzialismo. La partecipazione sia del medico, sia della paziente è minima e la costruzione sociale della differenza e dell'identità non è basata sui contributi degli interlocutori, ma è attribuita dalla mediatrice. Poiché non si basa sui contributi degli altri partecipanti,

questa attività di ricontestualizzazione non può considerarsi un'attività traduttiva. Ritorneremo su questo punto più avanti, vediamo adesso un ulteriore esempio.

L'estratto 6 è tratto da una visita a una donna incinta ghanese. Al turno 1, il medico chiede quale sia l'altezza della paziente. La mediatrice traduce la domanda rendendola in modo dubitativo (turno 2: «do you know your height?»), evidenziando così l'aspettativa di una possibile mancanza di conoscenza della risposta da parte della paziente. Infatti, la paziente risponde di non saperlo. Al turno 5, il medico commenta questa risposta, enfatizzando la propria sorpresa («SAI QUALCOSA VIVIANA:?») e rinviando così ad altre fasi della visita, durante le quali la paziente aveva mostrato difficoltà nel rispondere a domande analoghe. Successivamente, il medico ribadisce la propria sorpresa per questa mancanza di conoscenza (turno 19). Al turno 20, la mediatrice, che aveva precedentemente reagito con risate sia alla mancanza di conoscenza della paziente, sia alla sorpresa del medico, spiega che la 'cultura africana' non considera rilevanti le misurazioni riguardanti il corpo.

Estratto 6

1. D: quant'è alta la signora? (.)
2. M: do you know your height?
3. P: No.
4. M: ((ride))
5. D: SAI QUALCOSA VIVIANA:?
6. ((risata))
((13 turni omessi, durante i quali viene misurata la paziente))
19. D: (questa è be:lla)
20. M: ((ride)) eh eh (.) **no:: nessuno guarda questo in africa.
quanto è alta:, quanto pesi, no nessuno mai**

La spiegazione della differenza culturale, in questo estratto, è proposta dalla mediatrice in modo normativo, cioè in termini indiscutibili, che non rendono possibile alla paziente, e nemmeno al medico, fornire spiegazioni alternative. Questo approccio normativo rende improbabile una replica della paziente, ma anche del medico, alla spiegazione della mediatrice. Come abbiamo visto in precedenza, quello utilizzato qui non è l'unico modo di trattare la differenza culturale legata alla considerazione dei pesi, delle date e delle misure. Il riferimento all'identità africana può sia permettere di porre in modo alternativo una domanda alla paziente, facilitando la sua partecipazione (estratto 1), sia attivare una categorizzazione del comportamento delle pazienti e promuovere un pregiudizio nei confronti

della loro competenza (estratti 5 e 6).

Le iniziative della mediatrice negli estratti 5 e 6 ricontestualizzano nell'interazione il significato delle azioni e delle competenze nell'agire delle pazienti, trattandole come culturalmente diverse. Queste iniziative non sono traduzioni di ciò che è stato detto dal medico o dalla paziente: sono interpretabili come risposte a reazioni di sorpresa dei medici, a fronte di comportamenti che appaiono loro non familiari (troppi figli, mancanza di conoscenza di dati considerati ovvi). Le mediatrici prendono l'iniziativa di assegnare a questa mancanza di familiarità un significato culturale, in una prospettiva essenzialista di attribuzione identitaria («questa è l'identità africana»). In tal modo, la partecipazione delle pazienti (e dei medici) viene congelata dall'essenzialismo culturale («così stanno le cose») che blocca ogni interpretazione alternativa di comportamenti e competenze. Le mediatrici parlano per conto delle pazienti, alle quali quindi non è consentito aggiungere nulla, in particolare nulla di personale. La persona della paziente viene assorbita nella cultura e quindi annullata nell'interazione con il medico, che in tal modo, cessa di essere centrata sulla persona della paziente.

Indipendentemente dalle intenzioni della mediatrice, che possono essere di sostegno delle pazienti (evitare l'espulsione, spiegare che una carenza non è personale), questa forma di mediazione 'centrata sulla mediatrice' è orientata da una differenza fondamentale tra un Noi positivo e un Loro negativo, nel quale viene collocata la paziente passiva e incompetente. L'azione della mediatrice promuove così una forma etnocentrica di comunicazione²³. Generalmente, l'etnocentrismo è atteso dalle istituzioni, come approccio negativo alla differenza culturale o mancanza di interesse nei suoi confronti. Nei nostri dati, tuttavia, l'etnocentrismo emerge come orientamento della mediazione, sulla base delle iniziative delle mediatrici che soffocano la voce personale delle pazienti e promuovono stereotipi e pregiudizi nella comunicazione. L'etnocentrismo è conseguenza di una costruzione sociale di aspettative normative, che non viene contrastata e diventa così il fondamento della comunicazione.

Questi risultati di ricerca suggeriscono quindi che, più che con una mancanza di considerazione e di comprensione per le azioni delle pazienti, l'etnocentrismo abbia a che fare con il blocco della loro partecipazione. Si tratta di un rischio peculiare della mediazione interculturale, che si produce laddove essa si separi da un'attività traduttiva che può promuovere invece

²³ C. BARALDI, L. GAVIOLI, *Cultural presuppositions and re-contextualisation of medical systems in interpreter-mediated interactions*, in «Curare. Journal of Medical Anthropology», 31, n. 2-3, 2008, pp. 193-203; ID., *Interpreter-mediated interaction as a way to promote multilingualism*, cit.

la partecipazione degli interlocutori. Anziché ritenere la traduzione come un'attività secondaria o collaterale della mediazione interculturale, sarebbe dunque opportuno considerarla come il suo fondamento primario.

5. Conclusioni

I risultati della nostra ricerca mostrano che, nell'interazione mediata all'interno dei servizi sanitari, le azioni delle mediatrici possono rendere rilevanti le differenze tra i presupposti culturali dei partecipanti. Esplicitando gli indicatori di tali presupposti, le mediatrici ricontestualizzano l'interazione, secondo due orientamenti distinti. Il primo è stato da noi definito come promozione di adattamento interculturale, il secondo come promozione di essenzialismo culturale. La promozione di adattamento interculturale presenta i presupposti culturali come riferimenti possibili che medici e pazienti possono prendere in considerazione per comprendere il punto di vista dell'interlocutore e per chiarire il proprio. La promozione dell'essenzialismo culturale attribuisce normativamente le identità culturali. Pur spiegando spesso aspetti dell'interazione che sono segnalati da un partecipante come non immediatamente riconoscibili (ad esempio curiosi o sorprendenti), la promozione dell'essenzialismo non ammette possibilità di scelta e di partecipazione attiva nel (ri)trattarli. Pertanto la promozione dell'essenzialismo culturale ostacola, anziché promuovere, la partecipazione attiva di medici e, soprattutto, pazienti, alimentando la costruzione sociale di stereotipi e pregiudizi.

Abbiamo visto che sia la promozione dell'adattamento interculturale, sia la promozione dell'essenzialismo sono iniziative della mediatrice. È quindi chiaro che l'iniziativa della mediatrice comporta un rischio e larga parte della letteratura che si è occupata di interpretazione dialogica ha cercato di minimizzare questo rischio imponendo un codice etico che riducesse al massimo l'iniziativa dell'interprete nell'interazione. L'analisi dei dati empirici mostra tuttavia che il rischio non sta nel fatto che la mediatrice agisca attraverso iniziative autonome. Le iniziative della mediatrice sono anzi necessarie per interpretare e trattare l'indeterminatezza dei significati espressi nell'interazione²⁴ e la ricontestualizzazione che viene costruita attraverso la resa traduttiva può essere fondamentale per un coordinamento efficace dell'interazione tra medici italiani e pazienti migranti.

²⁴ I. MASON, *On mutual accessibility of contextual assumptions in dialogue interpreting*, in «Journal of Pragmatics», 38, 2006, pp. 359-273.

Le mediatrici possono segnalare l'importanza dei presupposti culturali delle pazienti, promuovendo le loro scelte informate e rassicurandole riguardo a problemi e procedure con cui possono avere scarsa familiarità. L'importanza di questo lavoro delle mediatrici è riconosciuta anche dagli operatori sanitari, che le 'autorizzano' esplicitamente a rendere le loro spiegazioni comprensibili e accettabili per le pazienti. Quindi le iniziative autonome delle mediatrici sono fondamentali per incoraggiare la partecipazione dei pazienti migranti (un problema noto nella ricerca che si è occupata di comunicazione medica con migranti²⁵).

Il rischio che risulta evidente nei nostri dati non è quindi quello di un'iniziativa autonoma della mediatrice, ma è determinato dalla possibilità che questa orienti la propria azione all'essentialismo culturale, con il risultato di assegnare i partecipanti a categorie culturali che ne 'ingabbiano' l'identità, sostituendosi al loro trattamento come persone e bloccandone la partecipazione e quindi la scelta stessa di aderire o meno a tali categorie.

Il fattore cruciale diventa quindi che la mediatrice gestisca la propria iniziativa in modo competente, indirizzandola alla promozione dell'adattamento interculturale e alle azioni che possono favorirlo. In particolare, è importante osservare che l'adattamento interculturale si basa su una grande attenzione per la traduzione (interpretazione e resa) che modifica ciò che è stato detto in precedenza, in modo da renderlo non soltanto linguisticamente comprensibile, ma anche culturalmente accettabile. Per converso, l'essentialismo culturale non si fonda su un interesse per la traduzione, che sostituisce di fatto con spiegazioni basate su aspettative normative.

Si può in definitiva distinguere tra una ricontestualizzazione che assegna un'importanza primaria alle identità culturali, come insieme di categorie date per scontate, e una che invece usa il riferimento ai presupposti culturali per promuovere le scelte personali informate, che quindi è 'centrata sulla cultura' soltanto perché è primariamente centrata sulla persona. In questo secondo caso, la ricontestualizzazione si riferisce ai presupposti culturali, ma li 'offre' anziché attribuirli, consentendo così un *empowerment* dei pazienti migranti come persone.

In estrema sintesi, la mediazione interculturale è gestione, nella comunicazione, di una complessa relazione tra trattamento di presupposti culturali, traduzione e coordinamento. Tale gestione determina conseguenze importanti

²⁵ L. MEEUWESSEN, *et al.*, *Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?*, in «Social Science & Medicine», 63, 2006, pp. 2407-2417; B. SCHOUTEN, *et al.*, *Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour*, in «Patient Education and Counseling», 67, 2007, pp. 214-223.

per la ricontestualizzazione dell'interazione e per la partecipazione degli interlocutori, in particolare dei pazienti migranti. Nella mediazione interculturale, la promozione della partecipazione dei pazienti migranti appare prioritaria rispetto alla conoscenza dei loro presupposti culturali, ed è questa promozione che consente una mediazione interculturale efficace.