UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA

DOTTORATO DI RICERCA
IN LINGUE E CULTURE COMPARATE

SCUOLA DI DOTTORATO IN SCIENZE UMANE

Ciclo XXIV

TRADUZIONE E MEDIAZIONE NELL'INTERPRETAZIONE DIALOGICA IN AMBITO SANITARIO: RUOLO O RESPONSABILITÀ? UNA RISPOSTA INTERAZIONISTA

Candidata:
Dott.ssa Natacha S. A. Niemants

Relatore:
Prof.ssa Laura Gavioli

Correlatore:
Prof.ssa Enrica Galazzi

Coordinatore Dottorato
Prof.ssa Marina Bondi

Direttore Scuola
Prof. Stefano Calabrese

A David, che è cresciuto insieme a questa tesi
E a Francesco, che ha reso entrambi possibili

INDICE

LISTA ABBREVIAZIONI viii

0. INTRODUZIONE: L'INTERPRETE DIALOGICO NELLA COMUNICAZIONE TRA ISTITUZIONE SANITARIA E UTENZA STRANIERA 01
0.1 Il ruolo della comunicazione nella promozione di una salute uguale per tutti 02
0.2 La risposta immediata delle istituzioni sanitarie italiane e belghe al bisogno di comunicazione con la persona straniera 05
0.2.1 L'incontro tra operatori sanitari e pazienti stranieri 11
0.2.1.1 Il percorso di cura e assistenza 17
0.2.1.1.1 L'interazione sanitaria mediata 19
0.3 La reazione tardiva delle istituzioni formative universitarie italiane ai bisogni della sanità 20
0.3.1 La classe di laurea in "Scienze della mediazione linguistica" 21
0.3.1.1 Le lezioni e gli esami di mediazione 23
0.3.1.1.1 La simulazione dell'interazione sanitaria mediata 24
0.4 Introduzione a questa tesi 25

1. L'INTERPRETAZIONE DIALOGICA *NELLA* E *COME* INTERAZIONE 29
1.1 Introduzione 30
1.2 La CA, un metodo di analisi del parlato 31
1.2.1 Le regolarità della conversazione ordinaria 32
1.2.1.1 Co-costruzione e alternanza dei turni di parola 33
1.2.1.1.1 Il caso delle sovrapposizioni di turno 34
1.2.1.2 Coppie e sequenze di turni 36
1.2.1.2.1 Un caso particolare di *side sequence* 37
1.2.1.3 La negoziazione dell'autorità epistemica 38
1.2.1.3.1 Rivendicazioni e mitigazioni di conoscenze 39
1.2.2 Regolarità e deviazioni nelle interazioni istituzionali 41
1.2.2.1 CA e istituzioni sanitarie 42
1.2.2.1.1 L'asimmetria dell'interazione medico-paziente 43
1.2.2.1.2 Le domande nella comunicazione in ambito medico 44
1.2.2.2 CA e istituzioni formative 46
1.2.2.2.1 La riparazione nelle interazioni didattiche 47
1.2.2.2.2 Il gioco di ruolo 49
1.3 L'interpretazione dialogica come forma particolare di parlato istituzionale 52
1.3.1 Dal parlato come *testo* al parlato come *attività* 52
1.3.2 Lo spazio dell'interprete nell'interazione mediata 56
1.3.2.1 La traduzione come attività situata e co-costruita 58
1.3.2.2 Il coordinamento dell'interazione mediata 61
1.4 La CA applicata all'interazione sanitaria mediata da interprete 64
1.4.1 Un modello che faccia spazio all'interprete 64
1.4.2 Il coordinamento dell'interprete nell'intersezione tra azioni rilevanti 67
1.4.2.1 L'uso delle risposte minime 67
1.4.2.2 L'espansione delle domande dell'operatore 69
1.4.2.3 Il filtraggio delle informazioni 69
1.4.2.4 La co-conduzione dell'intervista 70
1.4.3 Incroci di conoscenze 71
1.4.3.1 La (parziale) permeabilità della "barriera linguistica" 73
1.5 Conclusione 75

2. LA PREPARAZIONE DEI DATI PER LE ANALISI 77
2.1 Introduzione 78
2.2 La costruzione del "corpus" 78
2.2.1 I dati didattici 79
2.2.1.1 Raccolta 80
2.2.1.1.1 La registrazione delle interazioni simulate durante le lezioni 81
2.2.1.1.2 La registrazione delle interazioni simulate durante gli esami 81
2.2.1.2 Selezione 83
2.2.1.2.1 Partecipanti e luoghi delle interazioni didattiche selezionate 84
2.2.2 I dati reali 86
2.2.2.1 Raccolta 86
2.2.2.1.1 La registrazione delle interazioni mediate 87
2.2.2.1.2 La registrazione delle narrazioni degli interpreti 87
2.2.2.2 Selezione 88
2.2.2.2.1 Partecipanti e luoghi delle interazioni reali selezionate 89
2.3 La trascrizione delle interazioni 91
2.3.1 Considerazioni teoriche 93
2.3.1.1 Trascrizione di dati orali 93
2.3.1.1.1 Cosa trascrivere? 93
2.3.1.1.2 Come trascrivere? 94
2.3.1.1.3 Scrivere o non scrivere? 98
2.3.1.1.4 Contare o non contare? 102
2.3.1.2 Trascrizione di interpretazioni dialogiche 104
2.3.1.2.1 Multilinguismo 104
2.3.1.2.2 Formato di partecipazione 104
2.3.1.2.3 Tempismo 105
2.3.2 Considerazioni pratiche 106
2.3.2.1 Tra esigenze locali e condivisione globale 106
2.3.2.2 Una scelta di compromesso: Exmaralda 110
2.3.2.2.1 Trascrizione e analisi a pentagramma 110
2.3.2.2.2 Presentazione delle analisi turno per turno 112
2.4 La metodologia delle analisi 115
2.4.1 L'applicazione del formato idealizzato alle interazioni simulate e reali 115
2.4.2 L'analisi conversazionale degli avvicinamenti al formato e degli allontanamenti da esso 116
2.4.2.1 L'orientamento degli interpreti nelle loro (re)azioni 116
2.4.3 L'integrazione (limitata) con i dati etnografici 117
2.5 Conclusione 118

3. IL FORMATO IDEALIZZATO NELLE INTERAZIONI SIMULATE: AVVICINAMENTI E ALLONTANAMENTI 121
3.1 Introduzione 122
3.2 Analisi delle interazioni simulate 122
3.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato 123
3.2.1.1 L'interprete si orienta alla (ri)produzione del turno degli interlocutori primari 124
3.2.1.1.1 La transizione di turno 125

3.2.1.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione della valutazione 128
3.2.1.2.1 La traduzione formalmente completa 128
3.2.1.2.2 La traduzione ridotta 131
3.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato 134
3.2.2.1 L'interprete si orienta alla (ri)produzione del turno degli interlocutori primari 135
3.2.2.1.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente 135
3.2.2.1.2 L'interpretazione dell'esame fisico 138
3.2.2.1.3 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche 142
3.2.2.1.4 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 145
3.2.2.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione della valutazione 148
3.2.2.2.1 L'interpretazione della riparazione 148
3.2.2.2.1.1 Le richieste di chiarimento 148
3.2.2.2.2 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari 155
3.2.2.2.2.1 I reinserimenti dell'operatore 155
3.2.2.2.2.2 I reinserimenti del paziente 158
3.3 Conclusione: risultati delle analisi nelle interazioni didattiche 163

4. AVVICINAMENTI E ALLONTANAMENTI NELLE INTERAZIONI REALI: QUALI ORIENTAMENTI? 165
4.1 Introduzione 166
4.2 Analisi delle interazioni reali 166
4.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato 168
4.2.1.1 L'interprete si orienta alla presa del turno 169
4.2.1.1.1 La transizione di turno 169
4.2.1.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente 171
4.2.1.2.1 La traduzione spezzata 171
4.2.1.2.2 La traduzione espansa 172
4.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato 174
4.2.2.1 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente 175
4.2.2.1.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente 175
4.2.2.1.2 L'interpretazione dell'esame fisico 185
4.2.2.1.3 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche 188
4.2.2.1.4 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 192
4.2.2.2 L'interprete si orienta alla costruzione della comprensione e della partecipazione degli interlocutori 203
4.2.2.2.1 L'interpretazione della riparazione 203
4.2.2.2.1.1 Le richieste di chiarimento 204
4.2.2.2.2 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari 213
4.2.2.2.2.1 I reinserimenti dell'operatore 214
4.2.2.2.2.2 I reinserimenti del paziente 218
4.3 Conclusione: risultati delle analisi nelle interazioni reali 221

5. INTERAZIONI SIMULATE E REALI A CONFRONTO 223

5.1 Introduzione 224
5.2 Movimenti a confronto 224
5.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato 225
5.2.1.1 La transizione di turno 225
5.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato 227
5.2.2.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente 228
5.2.2.2 L'interpretazione dell'esame fisico 236
5.2.2.3 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 239
5.2.2.4 L'interpretazione della riparazione 245
5.2.2.5 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari 252
5.2.3 Risultati del confronto 259
5.3 Conclusione 263

6. SULLA FORMAZIONE DEGLI INTERPRETI DIALOGICI: DAL RUOLO ALLA RESPONSABILITÀ 265
6.1 Introduzione 266
6.2 L'(in)autenticità dell'attività traduttiva nel gioco di ruolo 267
6.2.1 Il gioco di ruolo come attività didattica 267
6.2.1.1 La simulazione di un'interazione sanitaria mediata 269
6.2.1.1.1 La traduzione come *category-bound activity* 269
6.2.2 Cosa intendiamo per (in)autenticità 270
6.2.2.1 (In)autenticità situazionale 271
6.2.2.1.1 Barriere linguistiche *vs* costellazioni trasparenti 272
6.2.2.2 (In)autenticità interazionale 274
6.2.2.2.1 Monologhi da (ri)produrre *vs* dialoghi da costruire 275
6.2.2.2.1.1 La reazione alla non conoscenza di un termine 275
6.2.2.2.2 I colpi di scena come momenti interazionalmente autentici 278
6.3 Le altre attività dell'interprete dialogico: tanti ruoli o una responsabilità? 278
6.3.1 I ruoli dell'interprete 279
6.3.2 La responsabilità dell'interprete 281
6.3.2.1 (Re)azioni responsabili 282
6.3.2.2 Da un approccio deontologico a un approccio teleologico: una riflessione sull'etica dell'interprete 285
6.4 L'esercizio della responsabilità comunicativa 287
6.4.1 L'analisi conversazionale applicata alla didattica 289
6.4.1.1 Il *Conversation Analytic Role-play Method* (CARM) 289
6.4.1.1.1 Il CARM nella formazione degli interpreti dialogici: una proposta di utilizzo 292
6.4.1.1.1.1 "Menarca?" 292
6.4.1.1.1.2 "Le diciamo di andare al Saub" 294
6.4.1.1.1.3 "C'est quoi ventunesima settimana?" 296
6.4.1.1.1.4 "Quando è nato ha fatto la cacca?" 297
6.5 Riflessioni conclusive 299

7. CONCLUSIONI: L'ETICA DELLA RESPONSABILITA' COMUNICATIVA 301

8. EPILOGO: O DI COSA C'È DOPO IL DISCORSO 307

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI 311

APPENDICI 335
Appendice 1: Moduli per il consenso alle registrazioni didattiche 335
Appendice 2: Convenzioni per la registrazione nei contesti sanitari 338
Appendice 3: Traccia delle interviste agli interpreti 340
Appendice 4: Convenzioni di trascrizione 343

RINGRAZIAMENTI 345

Lista abbreviazioni

CA *Conversation Analysis*, analisi della conversazione

Cfr. Confronta

CNEL Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro

CPAS *Centre Public d'Action Sociale*

Cup Centro Unico di Prenotazione

HPG *Health Promotion Glossary*, glossario di promozione della salute dell'OMS

IPA *International Phonetic Alphabet*, alfabeto fonetico internazionale

IS *Interpreting Studies*, studi sull'interpretazione

JTS *Jeffersonian Transcription System*, sistema di trascrizione jeffersoniano

OMS Organizzazione Mondiale della Sanità

PS Pronto Soccorso

RMI Rapporto sulla Mediazione Interculturale nei Servizi alla Persona della Regione Emilia-Romagna

RP *Role-Play*, gioco di ruolo, simulazione

Saub Struttura Amministrativa Unificata di Base

SI Studente-interprete

STP Straniero Temporaneamente Presente

TCU *Turn Construction Unit*, unità di costruzione del turno

TEI *Text Encoding Initiative*

TRP *Transition Relevance Place*, punto di rilevanza transizionale

«/» Rimando a capitoli, sezioni, paragrafi precedenti e/o successivi

INTRODUZIONE
L'interprete dialogico nella comunicazione tra istituzione sanitaria e utenza straniera

Interpreters
don't have a problem
with ethics,
they have a problem
with the role

Fritsch-Rudser citato in Roy, C. (2002: 347)
Role, descriptions, role metaphors

0.1 Il ruolo della comunicazione nella promozione di una salute uguale per tutti

In ambito sanitario, la comunicazione riveste un ruolo del tutto particolare, dal momento che può essere il presupposto di un felice esito terapeutico. Molto banalmente: è difficile che il paziente venga curato se prima non è riuscito a comunicare all'operatore il proprio problema di salute e se questi non è riuscito a comunicargli la terapia. Eccezion fatta per i casi in cui il problema e la soluzione "parlano da sé", come quelli in cui la condizione del paziente è talmente grave da proiettare l'intervento immediato del personale di Pronto Soccorso [PS], l'eventualità di cure e assistenza viene in genere negoziata nella comunicazione tra istituzione e utenza (cfr. Heritage e Maynard 2006a).

Tradizionalmente sbilanciata sul rappresentante istituzionale e su quella che gli anglofoni chiamano *disease*, questa comunicazione si è negli ultimi anni spostata sulla persona del paziente, al fine di tener conto della sua personale risposta a una condizione di malessere del corpo e della mente, in una parola della sua *illness*.[1] Il paradigma biomedico ha mostrato il limite di considerare l'uomo in maniera meccanicistica (Zucconi e Howel 2003), di delegare al medico la cura del solo "piccolo pezzo malato" (Piastrelloni 2010), di appoggiarsi esclusivamente sulla "voice of medicine" trascurando la "voice of the lifeworld" (Mishler 1981, 1984; Barry et al. 2001), e di basarsi su una relazione gerarchica secondo la quale il medico occuperebbe il vertice e il paziente la base, che si tradurrebbe in una comunicazione essenzialmente "doctor-centred" (ten Have 1991; Sarangi 2004; Heritage 2005; Heritage e Maynard 2006a).[2] Ne consegue, infatti, una mancanza di potere da parte di un paziente a bassa responsabilità che delega la propria salute a un medico ad alta responsabilità (Orletti 2000; Mazzetti 2003), e questo ha dei costi umani ed economici che non sono più sostenibili.[3]

---

[1] La distinzione analitica tra questi due termini è stata fatta da numerosi autori (cfr. Helman 1981 per una carrellata). Tra questi, Cassel (1976) ha fornito la descrizione forse più memorabile. Secondo questo autore, *illness* starebbe per "what the patient feels when he goes to the doctor", mentre *disease* alluderebbe a "what he has on the way home from the doctor's office. Disease, then, is something an organ has; illness is something a man has". La *disease* sarebbe quindi incentrata sul medico e sui segni e sintomi oggettivi di una disfunzione a carico di un organo o di un tessuto (approccio meccanicistico), mentre la *illness* sarebbe incentrata sulla persona del paziente e sulla sua personale risposta a una condizione di malessere che ha delle ripercussioni sul suo comportamento, sulla sua relazione con gli altri, sulla sua vita ordinaria (cfr. anche Mazzetti 2003).

[2] Riassumendo il senso di queste dicotomie, e tracciando le loro possibili conseguenze in incontri interculturali e interlinguistici come quelli di cui ci occuperemo, Baraldi afferma che "doctor-centred communication is characterised by the primacy of medical role performances based on scientific knowledge and technical competence, as well as expectations concerning patients' acceptance of medical diagnosis and adaptation to medical prescriptions. In patient-centred communication, on the other hand, the patients' emotional expressions and the doctors' affective involvement are considered a primary achievement: the patients' emotional expressions of "lifeworld" (Barry at al. 2001) are encouraged, while the doctors' affiliation substitutes medical control of the patients' adaptation to prescriptions. In intercultural and interlinguistic medical interactions, while the doctor-centred form reproduces the cultural presuppositions of the Western medical system, the patient-centred form may enhance the voice of linguistic and cultural minorities" (2009: 3).

[3] Il costo umano è dato dal fatto che questo tipo di approccio impedisce ai pazienti di attingere alle proprie potenzialità e di partecipare attivamente alla promozione di una salute che già nel 1946 l'OMS descriveva come

L'unica via di uscita sembra essere un rovesciamento di prospettive di cui si sono fatti interpreti gli organismi internazionali,[4] invitando a soffermarsi sulla *salute* anziché sulla malattia, a promuovere la *prevenzione* anziché il rimedio, a centrare la comunicazione sulla persona del *paziente* anziché su quella del medico, e insistendo sull'importanza di responsabilizzare[5] ed educare[6] gli utenti a una cura che non viene più concepita come un intervento *una tantum*, ma come un percorso che si vuole uguale per tutti. L'equità sanitaria non va però confusa con un'uguaglianza nello stato di salute. Le disuguaglianze di stato tra gli individui e le popolazioni sono infatti conseguenze inevitabili di differenze genetiche, di diverse condizioni sociali ed economiche, o il risultato di scelte di vita personali. L'inequità si verifica quando vengono date alle persone opportunità diverse che risultano, ad esempio, in un accesso disuguale ai servizi sanitari. Promuovere una salute equa significa quindi fare in modo che tutti abbiano le stesse opportunità.

In un mondo sempre più plurilingue e pluriculturale, solcato dai movimenti di un' "umanità in cammino" (Geraci 2003), si pone il problema di come promuovere una salute che sia davvero per tutti. Se l'accesso a una sanità che mostri attenzione per la persona del paziente è una questione che riguarda la comunicazione a livello più ampio, quando il paziente non parla, o parla poco, la lingua del paese ospitante, il problema della comunicazione con l'utenza straniera si pone su una questione già esistente:[7] per i migranti che arrivano e per quelli, sempre più numerosi, che decidono di restare, può quindi rendersi necessaria *un'azione di mediazione* che li metta nelle condizioni di riuscire a comunicare con i rappresentanti dell'istituzione e di usufruire, equamente, dei servizi che eroga.

---

molto di più della sola "assenza di malattia" e che alcuni decenni dopo la Carta di Ottawa (1986) ha significativamente descritto come una "risorsa per la vita". Il costo economico, che è una diretta ripercussione di quello umano, è che non responsabilizzando la persona della propria salute, prima ancora che della propria malattia, si è mal attrezzati per far fronte all'invecchiamento della popolazione e alla netta transizione epidemiologica che caratterizza i paesi occidentali, dove si assiste ad una drastica diminuzione delle patologie acute, *in primis* grazie alle condizioni igieniche, ma al vertiginoso aumento delle patologie croniche e degenerative derivanti soprattutto da fattori non propriamente medici come l'ambiente e lo stile di vita. A fronte di un'aspettativa di vita sempre più elevata, l'approccio difensivo che cura la malattia quando si presenta non è più economicamente sostenibile, poiché se il tasso di crescita dovesse rimanere costante entro il 2055 i costi della sanità raggiungerebbero il 100% del PIL e ciò significherebbe che ogni ora, minuto, secondo della produzione umana verrebbero dilapidati in spese mediche (Zucconi e Howel 2003: 34).

[4] Cfr. la carta di Ottawa per la Promozione della salute (1986), il glossario sulla promozione della salute [HPG] dell'OMS (1998), il Regolamento sanitario internazionale (2005), il Rapporto sullo sviluppo umano delle Nazioni Unite (2010) e gli obiettivi di sviluppo del millennio (http://www.un.org/millenniumgoals/).

[5] Cfr. il concetto di *empowerment*, inteso come "a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (HPG 1998: 6).

[6] Cfr. il concetto di *health education*, che comprende "consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conductive to individual and community health" (HPG 1998: 4). L'educazione alla salute va quindi ben aldilà di quella che si definiva un tempo alfabetizzazione sanitaria, la quale rappresenta comunque un primo passo verso un'educazione e quindi una promozione sanitaria (Chiarenza 2008).

[7] Come dimostra la vasta letteratura sulla comunicazione medico-paziente, possono esservi problemi nella comunicazione tra i rappresentanti dell'istituzione e l'utenza anche quando si parla la stessa lingua. Secondo Meeuwesen et al. (2006), questi problemi si aggraverebbero in presenza di un migrante.

La questione di come trattare efficacemente con l'utenza straniera è stata affrontata in diversi modi. A seconda del peso che hanno attribuito alla lingua e alla cultura dell'utente straniero che accede ai servizi, le istituzioni nelle varie nazioni hanno risposto alla necessità di questa azione di mediazione enfatizzandone l'aspetto linguistico o quello culturale. Nei paesi di lingua inglese e in quelli dell'Europa settentrionale, questa azione viene in genere fatta rientrare nell'etichetta "community interpreting" (Hale 2007) o "public service interpreting" (Corsellis 2008), a indicare dei servizi ben consolidati in ospedali, tribunali, uffici d'immigrazione e altre istituzioni pubbliche, in genere assicurati da interpreti certificati[8] che partecipano all'interazione tra i rappresentanti delle istituzioni e l'utenza straniera aiutandoli a oltrepassare la "barriera linguistica"[9] che li separa. In altri paesi, come l'Italia e il Belgio di cui ci occuperemo in questo lavoro di tesi, il bisogno di superare la barriera linguistica si combina con una particolare sensibilità verso il rischio di una mancata condivisione dei presupposti culturali della comunicazione tra operatori sanitari e pazienti migranti (Baraldi et al. in stampa). Come vedremo, questo è uno dei motivi per i quali le istituzioni sanitarie italiane e belghe si sono per lo più rivolte a dei bilingue con esperienza di migrazione e non a degli interpreti formati nelle università, che pure hanno tardivamente reagito alle esigenze delle istituzioni tentando di includere in corsi già esistenti anche "qualcosa" sull'interazione sanitaria mediata.

Proprio l'interazione sanitaria mediata è stata negli ultimi anni l'oggetto di numerosi studi linguistici che ne hanno investigato il ruolo e l'impatto nella comunicazione tra istituzione e utenza straniera, producendo risultati originali e spendibili su più versanti, quello formativo *in primis*.[10] Tuttavia, uno dei rimproveri che vengono mossi a questo tipo di ricerche è che "non tengono in debita considerazione l'importanza dell'analisi del contesto […] in cui la mediazione si inserisce, nonché dello specifico *setting* in cui viene osservata l'interazione mediata, e di come i primi possano influenzare la seconda" (Luatti 2011: 183). Pur concordando con Luatti, ci troviamo nell'impossibilità di approfondire l'una e l'altra cosa nello spazio di una sola tesi. Ci concentreremo, quindi, su una microanalisi linguistica che dettaglieremo meglio nell'ultima sezione di questo capitolo, e la faremo precedere da

[8] La certificazione può essere rilasciata dalle università preposte alla formazione di questi interpreti oppure da enti come l'australiano National Accreditation Authority for Translators and Interpreters (http://www.naati.com.au/).

[9] Sull'impatto delle barriere linguistiche in ambito sanitario, cfr. ad esempio Barry et al. 2001; Downing e Bogoslaw 2003; Heritage e Maynard 2006 a/b; Chen 2006; Quan 2010; Gonzalez et al. 2010; Wulf e Schmiedebah 2010; AA.VV. 2011.

[10] Cfr. ad esempio Gentile et al. 1996; Dimitrova 1997; Wadensjio 1998, 2002, 2006; Meyer 1998; Mason 1999, 2001; Corsellis 1997, 2008; Mesa 2000; Davidson 2000, 2001, 2002; Bolden 2000; Sauvêtre 2000; Bot 2003; Valéro-Garcés 2003; Meyer et al. 2003; Tebble 2003; Traverso 2002, 2003a; Favaron e Merlini 2003, 2005; Angelelli 2004 a/b; Inghilleri 2005; Leanza 2005; Aranguri et al. 2006; Ratcliff e Suardi 2006; Hsieh 2006, 2007, 2008; Hale 2007; Amato 2007 a/b; Apfelbaum 2007; Karliner et al. 2007; Pöchhacker e Shlesinger 2007; Rosemberg et al. 2007; Merlini 2009; Baraldi 2009; Baraldi e Gavioli 2007, 2008, 2010; Gavioli e Zorzi 2008, 2009; Gavioli 2009; Cirillo 2010; Meyer et al. 2010; Baraldi e Gavioli in stampa.

una breve panoramica sul "contesto-cornice" (Luatti 2011: 69)[11] in cui l'interazione sanitaria mediata (reale e simulata) si colloca, e su cui vorremmo soffermarci più approfonditamente altrove.

0.2 La risposta immediata delle istituzioni sanitarie italiane e belghe al bisogno di comunicazione con la persona straniera

La risposta delle istituzioni sanitarie italiane e belghe al bisogno di comunicazione con l'utenza straniera si iscrive in più vaste strategie nazionali e sovranazionali. Aldilà dei singoli principi e obiettivi che l'Unione Europea [UE] si è posta per il quinquennio 2008-2013,[12] la sua strategia in materia di salute è perfettamente in linea con i punti fermi stabiliti dagli organismi internazionali. Si parte, infatti, da una simile volontà di definire la salute come una risorsa che va ben aldilà della sola assenza di malattia, per poi insistere sulla centralità della persona del paziente sia autoctono che straniero,[13] e sull'importanza della promozione di una salute per tutti, la quale inevitabilmente si intreccia con la gestione dei fenomeni migratori che interessano la maggior parte delle nazioni europee e che spesso richiedono una collaborazione transnazionale.[14]

Per quanto la mobilità migratoria abbia sempre caratterizzato la storia italiana, con visibili ripercussioni sulla vita economica, culturale e politica del paese, l'immigrazione straniera in Italia è un fenomeno piuttosto recente. Solo nel 1972 è iniziata, infatti,

[11] L'espressione scelta da Luatti equivale grosso modo a quello che Schegloff (1992: 195) chiama contesto "external" o "distal" distinguendolo dal contesto "intra-interactional" o "discourse" o "proximate", ossia dal tipo di interazione che i partecipanti, con il loro comportamento e i loro turni, mettono in atto e che equivale, nel senso conversazionale che approfondiremo nel primo capitolo, alle sequenze di turni che prededono e che seguono l'evento focale di volta in volta analizzato.

[12] Come si legge nel Libro bianco presentato alla Commissione (AA.VV. 2007), l'azione comunitaria in materia di salute si basa su quattro principi fondamentali e si pone tre obiettivi strategici. Il primo principio è quello di una strategia basata su valori chiari e condivisi. A tal fine il Consiglio ha adottato una dichiarazione sui valori e principi comuni dei sistemi di assistenza sanitaria dell'UE, in cui sono enunciati i valori generali di universalità, accesso a un'assistenza di buona qualità, equità e solidarietà. Il secondo principio stabilisce che la salute sia il bene più prezioso, non solo per i singoli, ma per l'intera società. Essere una nazione in buona salute è la *conditio sine qua non* per la produttività e la prosperità economica. Spendere per la salute non è quindi un costo ma un investimento. Il terzo principio recita infine "la salute in tutte le politiche" (*Health In All Policies - HIAP*), insistendo sul fatto che la salute della popolazione non è una questione puramente sanitaria, ma si intreccia con altre politiche comunitarie che possono promuoverla. Per conformarsi a questi principi, la strategia per il periodo 2008-2013 definisce tre obiettivi che corrispondono ad altrettanti settori di intervento: (1) promuovere un buono stato di salute in un'Europa che invecchia; (2) proteggere i cittadini dalle minacce per la salute (similmente al primo questo obiettivo è ancorato nell'obbligo sancito dall'articolo 152 del trattato CE); (3) promuovere sistemi sanitari dinamici e nuove tecnologie che possano rivoluzionare l'assistenza sanitaria e contribuire alla futura sostenibilità del settore.

[13] Per un approfondimento di questa tematica cfr. Bischoff (2003).

[14] Esempio di collaborazione transnazionale è la rete *Health Promoting Hospitals* dell'OMS, in cui rientra il progetto *Migrant-friendly Hospitals* che ha coinvolto dodici organizzazioni sanitarie europee in un percorso comune di ricerca, sviluppo e condivisione di buone prassi e di miglioramento della qualità che è poi sfociato nella creazione di una *Task Force Migrant-friendly & Culturally Competent Health Care* (Chiarenza 2008).

l'inversione di tendenza che segna il passaggio dalla condizione di paese di emigrazione a quella di paese di immigrazione e quindi il cambio di segno del saldo migratorio.[15]

Il fatto che i migranti, a partire dagli anni Ottanta, privilegino l'Italia come meta del loro spostamento non è da attribuirsi esclusivamente alla posizione geografica. Vi concorrono anche la mancanza di una politica di controllo e di pianificazione dei flussi che non era stata prima di allora necessaria, e la domanda di lavoro per occupazioni umili che gli autoctoni cominciano a rifiutarsi di fare. Lo stretto legame esistente tra migrazioni ed economia è peraltro dimostrato dalla ripartizione dei migranti sul territorio nazionale. Come riporta il Piano per l'integrazione, "la popolazione immigrata si concentra dove ha più possibilità di trovare lavoro, prevalentemente nel Nord e nel Centro Italia – 85% delle presenze – e nei grandi centri urbani" (AA.VV. 2010b: 7).

L'evoluzione legislativa in materia di immigrazione ha portato a un incremento dell'efficacia delle misure di controllo per contrastare l'immigrazione clandestina. Ciò non toglie che negli ultimi vent'anni il numero degli stranieri migranti in Italia sia aumentato "di quasi 20 volte, arrivando alla soglia di 5 milioni, ma insieme al numero di immigrati sono aumentate anche le chiusure" (AA.VV. 2009a: 2).[16] Complice anche la crisi economico-occupazionale iniziata nel 2009, la popolazione italiana ha cominciato a porsi negativamente nei confronti della presenza immigrata, dimenticando che molti migranti avevano "fatto comodo" fino a pochi anni prima e rafforzando, spesso in maniera ingiustificata, la diffidenza e i pregiudizi.[17]

All'alto numero di migranti[18] e alle crescenti resistenze degli autoctoni, l'allora Governo italiano ha risposto, nel maggio del 2009, con un Libro bianco sul futuro del modello sociale (AA.VV. 2009b) che segue la strada già tracciata dal Libro bianco della Commissione Europea sulla salute (AA.VV. 2007, cfr. Nota 12) e poi, l'anno successivo, con il succitato Piano per l'integrazione, dove il modello "Identità e Incontro" è stato presentato come l'alternativa italiana all'assimilazionismo francese e al multiculturalismo britannico (cfr. Sauvêtre 2002; Giarelli 2008). Questo modello di integrazione si basa sulla presa di

---

[15] Cfr. Vitiello, M. (2010) "Le politiche migratorie italiane da paese di emigrazione a paese di immigrazione", *Migrazioni. Temi e questioni tra Italia e Francia*, 25 novembre 2010, facoltà di Economia "Marco Biagi", Modena, Italia.

[16] La scelta del 2010 come anno di riferimento dipende dal fatto che, come vedremo nel secondo capitolo, le interazioni sanitarie mediate reali sono state registrate in quell'anno.

[17] Vedi la Sintesi del dossier statistico 2010 - XX Rapporto sull'immigrazione di Caritas/Migrantes (AA.VV. 2009a), disponibile all'indirizzo http://www.dossierimmigrazione.it/schede/pres2010–scheda.pdf

[18] Informazioni aggiornate sui numeri dell'immigrazione in Italia possono essere ottenute tramite il sistema statistico nazionale SISTAN (di cui fa parte, in primo luogo, l'ISTAT: http://demo.istat.it/), dall'Area tematica intitolata "Demografia e presenze straniere" del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) (http://www.cnel.it/cnelstats/descrizioneAreaTematica.asp?topic=004), dal sito di Documentazione sui Fenomeni Migratori (CESTIM) (http://www.cestim.it/) e dal dossier statistico immigrazione realizzato ogni anno dalla Caritas-Migrantes (http://www.dossierimmigrazione.it/); altre informazioni sulla tematica possono poi essere rinvenute nella sezione "Immigrazione" del sito del Ministero dell'Interno (http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/immigrazione/) .

coscienza che le migrazioni dei popoli caratterizzano la storia dell'umanità fin dalla loro origine e che, in ragione degli straordinari progressi in campo tecnologico e della crescente instabilità sociale ed economica, i flussi migratori sono sempre più robusti e difficilmente comprimibili. Solo nell'ultimo decennio, in Italia la popolazione straniera è raddoppiata fino a raggiungere l'8% della popolazione e, nonostante la battuta d'arresto causata dalla crisi economico-finanziaria, questa percentuale sarebbe destinata a crescere. Non solo in ragione di situazioni contingenti, come gli scontri in tutto il Nord Africa, ma soprattutto in virtù di questioni strutturali quali la risaputa bassa natalità degli autoctoni rispetto ai migranti. Non possiamo quindi eludere – sosteneva quel Governo – la sfida epocale che le migrazioni ci pongono di fronte. E affrontare la sfida significa considerare integrazione e sicurezza, accoglienza e legalità come facce della stessa medaglia, "in quanto l'incontro con l'altro non è mai in astratto tra culture, ma sempre tra persone" (AA.VV. 2010: 8).[19]

La salute si è progressivamente delineata, in Italia, come un diritto per tutte queste persone, e ciò indipendentemente dalla loro condizione giuridica. Ciò è stato reso possibile dalla Costituzione del 1948[20] e da una serie di disposizioni d'interesse sanitario relative all'immigrazione[21] che sono iniziate con il Decreto Dini del 1995[22] e che si sono per ora

[19] A proposito di un incontro che avviene sempre e comunque tra persone, cfr. anche Cohen-Emérique 1993; Mazzetti 2003; Aime 2004.

[20] La Costituzione italiana sancisce, all'articolo 32, che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" (cfr. http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html). Già nel 1948, la salute veniva in tal modo posta come un diritto dell'individuo, derivante dall'affermazione di un generale diritto alla vita e all'integrità fisica, e questo diritto trovava specifica applicazione nelle questioni menzionate all'articolo 25, comma 1 e 2, della Dichiarazione dei Diritti Umani dello stesso anno. Per un quadro completo del "diritto alla salute" a livello italiano e internazionale cfr. http://www.alberodellasalute.org/MH/Normativa/NormativaDirittoSalute.htm

[21] Tappe miliari di un percorso che non può dirsi concluso, visto che permangono, nella pratica, importanti disuguaglianze nell'accesso ai servizi tra popolazione italiana e migranti (Severino e Bonati 2010: 50), sono state: il Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"; il Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"; il Decreto del presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizione concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"; la Circolare 24 marzo 2000, n. 5 "Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero""; il Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005"; il Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008"; la Nota Ministero della Salute 17 aprile 2007 "Chiarimenti in materia di assistenza sanitaria ai cittadini extra-comunitari a seguito delle recenti Direttive emanate dal Ministero dell'Interno; la Circolare 3 agosto 2007, n. 5 "Diritto di soggiorno per i cittadini comunitari – direttiva 38/2004 e D. Lgs. 3 febbraio 2007 n. 30; il Comitato Interministeriale per la Programmazione economica, Deliberazione n. 114 del 9 novembre 2007 "Fondo sanitario nazionale 2007 – Parte corrente – Ripartizione tra regioni delle risorse accantonate per il proseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, legge n.662/1996"; la Nota Ministero della Salute 19 febbraio 2008 "Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia"; la Legge 94/2009 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica"; la Circolare 12/2009 "Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Divieto di segnalazione degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno. Sussistenza".

[22] In quell'anno, la Caritas di Roma organizzò un convegno in cui venne denunciata la necessità di una politica sanitaria adeguata alla nuova realtà migratoria e sociale. Questa presa di posizione, di pari passo con una serie di avvenimenti che hanno mobilitato le istanze politiche, portò ad una proposta di legge che è confluita nel cosiddetto Decreto Dini. Conseguenza ne è stata che finalmente si è garantita l'assistenza sanitaria, non solo straorinaria ma anche ordinaria, ai clandestini, anche se la possibilità di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale

concluse con le circolari del Ministero dell'Interno che hanno definitivamente chiarito la controversa legge 94/2009.[23]

Se ci si attiene a quanto sostengono Sauvêtre (2000), Ozolins (2002) e Giarelli (2008), il fatto che in Italia la salute sia tutelata dalla Costituzione e che vi si propenda per un peculiare modello di integrazione sociale sarebbe di non poco conto per una ricerca come la nostra, poiché influenzerebbe il tipo di risposta che le istituzioni italiane hanno dato al bisogno di comunicazione con l'utenza straniera e, di conseguenza, il tipo di professionista che vi è stato impiegato. Il solo fatto che la Costituzione stabilisca che la salute è un diritto per tutti mette infatti le aziende sanitarie nelle condizioni di dovere in qualche modo adoperarsi per assicurare questo diritto anche a chi non parli la lingua delle istituzioni. Come spesso è il caso nei paesi di recente immigrazione, in Italia ciò è stato fatto a livello del tutto locale e nonostante un avvio dei lavori da parte del CNEL nel 2000 (cfr. Nota 38) non vi è stata una presa in carico formale da parte del Ministero della Salute (a proposito di come rispondere al bisogno di comunicazione con l'utenza straniera), né da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (a proposito di come formare il professionista che dovrebbe favorirla). Nelle parole di Ozolins, un gran numero di paesi

> now have at least an *ad hoc* approach to interpreting. Attempts are usually made by individual institutions or services – a social security office perhaps, or individual hospitals or police stations – to find go-betweens to fulfil an interpreter or mediator role. There is usually no concept of training, little thought of accreditation or registration, but response to an immediate need is given by using available bilinguals. As a general rule, those countries of most recent immigration and most recent awareness of their cultural diversity would figure here. (2002: 23)

Il Belgio ha avuto una storia di immigrazione diversa da quella italiana, ma comuni problemi di gestione del "diritto alla salute" per tutti coloro che non parlano le lingue ufficiali (francese, fiammingo e tedesco) e precedenti risposte finalizzate al bisogno di garantire la comunicazione tra istituzioni sanitarie e utenza straniera. In un'ottica di condivisione delle buone prassi, conoscere le risposte (siano esse simili o diverse) che il Belgio ha già dato alla questione dell'accesso alle cure da parte dei migranti può quindi essere d'aiuto per

---

rimaneva prerogativa di coloro che erano in possesso di regolare permesso di soggiorno. I decreti, le circolari e le ordinanze ministeriali che sono venute poi (cfr. la Nota sopra) hanno contribuito ad assicurare il diritto all'assistenza dei minori, delle donne e dei soggetti portatori di malattie infettive e ad ampliare l'assistenza per gli Stranieri Temporaneamente Presenti [STP] irregolari e clandestini.

[23] Emanata dall'allora Governo nel mese di luglio e poi ribattezzata "Pacchetto sicurezza", questa legge ha sollevato un acceso dibattito tra gli operatori sanitari che si sono visti obbligati, ai sensi dell'articolo 1 comma 16, di denunciare le persone in soggiorno irregolare per l'introduzione del reato di clandestinità. Peccato che il testo del 2009 non prevedesse, di fatto, alcuna abrogazione del divieto di segnalazione istituito dal D.Lgs 286/98 articolo 35, comma 5, e che mettesse gli operatori nella difficile condizione di destreggiarsi tra due obblighi antitetici. Aldilà del paradosso, che è stato risolto con la circolare n° 12/09 del Ministero degli Interni, la legge 94 del 2009 ha avuto un effetto peggiorativo per i migranti, soprattutto per gli irregolari, poiché ha alimentato un clima di timore e di diffidenza che ha ridotto ancora di più il libero e spontaneo accesso ai servizi e alle cure, soprattutto per una categoria vulnerabile come la donna in stato di attesa (Severino e Bonati 2010: 56-57).

promuovere raccomandazioni, stilare programmi, fermare alcune delle componenti in movimento di una realtà così difficile da fotografare quale quella italiana.[24]

Rispetto all'Italia, il Belgio è da più tempo un paese d'immigrazione. Malgrado la percezione dei diretti interessati, si tratta prevalentemente di un'immigrazione europea, con una netta prevalenza di polacchi, seguiti da bulgari e rumeni.[25] Dopo l'Europa, è l'Africa il secondo continente di origine dei migranti, con Marocco, Congo e Algeria tra i primi paesi. A seguire ci sono i nuovi migranti dall'Asia, principalmente dall'India, dalla Cina, dal Giappone, dalla Tailandia e dal Pakistan. La maggior parte dei migranti arrivano in Belgio a un'età compresa tra i 18 e i 40 anni e sono spesso accompagnati dai loro figli, il che porta a un numero non trascurabile di bambini sul territorio. Se l'immigrazione delle cosiddette *Trente glorieuses*, cioè quella successiva alla seconda guerra mondiale, era caratterizzata da una netta prevalenza di uomini, la crisi degli anni Settanta e i nuovi regimi migratori che sono stati messi in atto hanno portato a una femminilizzazione crescente della migrazione, con le donne che sono passate in testa alle statistiche a partire dal 1995. Per quanto concerne poi le aree di destinazione dei migranti, se per anni la Vallonia è stata il traino dei movimenti migratori, a discapito delle Fiandre, oggi la tendenza si è largamente invertita. Le Fiandre sono ormai la regione che accoglie il maggior numero di nuovi migranti, seguita dalla regione di Bruxelles e poi dalla Vallonia, dove il numero di ingressi sembra però crescere nuovamente.

Rimandando alla lettura dei dati statistici e demografici disponibili per l'anno 2010[26] per ulteriori approfondimenti, ci limitiamo a ricordare che gli ultimi due decenni sono stati caratterizzati da forti cambiamenti migratori in Belgio. Da metà degli anni Ottanta, e ciò nonostante le politiche migratorie restrittive, il numero di ingressi di stranieri non ha fatto che aumentare. Per quanto il Belgio sia stato per anni paese di immigrazione, il numero di immigrazioni registrate negli anni recenti non ha nessun precedente storico e supera di gran lunga il flusso migratorio organizzato delle *Trente Glorieuses* in cui rientravano gli

[24] Per riprendere la felice immagine che Valentina Albertini (2010: 66) ha mutuato da Marco Aime, si tratta qui di fotografare una realtà in movimento, come una classe di bambini che non stanno mai fermi e che si scambiano continuamente posto. A complicare le cose, c'è il fatto che anche il fotografo è – dice a giusto titolo la Albertini – inquieto e continuamente in movimento, come è dimostrato da testi e disposizioni dove, aldilà della volontà condivisa di fare rete, forti sono le divergenze (cfr. Nota 38).

[25] Come si legge nel *Rapport statistique et démographique 2010* (AA.VV. 2010d), l'italiano è usato, oltre che dai migranti italiani, anche dai rumeni.

[26] Dati ufficiali ed attendibili in materia di immigrazione possono essere ottenuti dalla *Direction Générale Statistique et Information économique* del SPF Economie. Gran parte di questi dati sono direttamente accessibili online attraverso il sito http://statbel.fgov.be/ ma sono difficilmente interpretabili per non addetti ai lavori. Riamandiamo quindi al *Rapport statistique et démografique 2010* (AA.VV. 2010d) intitolato "Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique" per un resoconto alla portata di tutti che è peraltro gratuitamente scaricabile alla pagina http://www.diversite.be/?action=publicatie_detail&id=140&thema=4.

stessi italiani.[27] Tale crescita si lega, in parte, alla presenza di cittadini comunitari e in parte, all'arrivo di cittadini extra-comunitari non solo da paesi che tradizionalmente hanno sempre emigrato verso il Belgio (come il Marocco o la Turchia), ma anche da nuovi paesi (dell'Est europeo e asiatico).

Questi cambiamenti hanno richiesto, negli anni, una revisione della normativa vigente intorno ad alcuni grandi poli di interesse: il diritto di asilo e la protezione internazionale; la regolarizzazione del soggiorno; la nazionalità (le recenti modifiche apportate al diritto alla nazionalità belga hanno contribuito all'accelerazione del processo di ottenimento della cittadinanza belga da parte di stranieri); il ricongiungimento famigliare; la detenzione e l'espulsione; la libera circolazione e le migrazioni di natura economica. I singoli capitoli del *Rapport statistique et démographique 2010* (AA.VV. 2010d), che si soffermano lungamente su ciascuno di questi temi, mostrano il forte intreccio della normativa nazionale con quella europea e internazionale, tradendo una generale e crescente attenzione ai diritti umani, la volontà di conoscere la realtà migratoria basandosi su dati affidabili e la necessità di una politica migratoria proattiva che assicuri il nesso tra questi due piani. Come in Italia, i cambiamenti demografici e normativi sono andati di pari passo con l'elaborazione di proposte che promuovessero l'integrazione e con la redazione di contributi che riflettessero sulla migrazione, l'interculturalità crescente che questa porta e le ripercussioni su particolari strutture della società come quelle assistenziali.

Non diversamente da quella italiana, la salute belga è anzitutto tutelata dalla Costituzione e poi da una serie di norme che s'inseriscono nel quadro degli accordi internazionali ed europei. La Costituzione belga attuale è la sola norma giuridica suprema di cui il Belgio si sia mai dotato e instaura un sistema monarchico costituzionale, parlamentare e federale che ha profonde ripercussioni anche sul modo in cui viene gestita la salute.[28] Più in particolare, il diritto alla sicurezza sociale, alla protezione della salute e all'aiuto sociale, medico e giuridico è garantito da un sistema solidale che, non diversamente da quello

[27] Non possiamo non citare, vista la nostra storia personale, il trattato d'emigrazione che nel 1946 ha segnato l'inizio dell'esodo di italiani verso le miniere di carbone del Belgio meridionale, incrociando così i destini di due paesi e di tante famiglie che, come la nostra, sono cresciute a cavallo tra Italia e Belgio.

[28] A sancirne il diritto è l'articolo 23 , il quale recita che:
Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.
A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.
Ces droits comprennent notamment :
1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective;
2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique;
3° le droit à un logement décent;
4° le droit à la protection d'un environnement sain;
5° le droit à l'épanouissement culturel et social.
(http://www.senate.be/doc/const_fr.html)

italiano, si regge su un principio di solidarietà tra lavoratori e disoccupati, tra popolazione attiva e pensionata, tra persone in buona salute e malati, tra persone con un reddito e quelle che ne sono prive, tra famiglie con e senza figli. A gestire un complesso rapporto di solidarietà che sta diventando, anche in Belgio, sempre più insostenibile, c'è un ente che potrebbe essere paragonato alla nostra INPS e che prende il nome di *Institut National d'assurances maladie-invalidité*. A complicare però le cose nel sistema sanitario belga, c'è una struttura di stato complessa, in cui le competenze vengono ripartite tra autorità federali, comunità e regioni. Rimandando al sito http://www.guidesantefrancobelge.eu per i dettagli sulla ripartizione delle competenze, sulle politiche in materia di salute e sul sistema di previdenza (tutti e tre soggetti a cambiamenti nel lunghissimo periodo in cui il paese è andato avanti senza un governo), ci limitiamo a ricordare che, in genere, il Belgio dimostra una forte attenzione al concetto di salute preventiva, che si esplica in molteplici settori specifici: la promozione della salute, la prevenzione delle malattie trasmissibili, la prevenzione delle malattie non trasmissibili (iniziative di *screening*), la medicina del lavoro, la salute mentale, la salute ambientale, la salute dei giovani (quindi quella nelle scuole).

Oltre a perseguire l'obiettivo della promozione della salute così come è stato definito dagli organismi internazionali, il Belgio si prodiga per favorire la centralità della persona e l'equità del sistema sanitario. Fin dagli inizi degli anni Novanta, il Commissariato Reale per la Politica degli immigrati sottolineava l'importanza di adottare un nuovo approccio in termini di salute pubblica a favore delle popolazioni di migranti (Bortolini 2002: 154). Una delle raccomandazioni riguardava, all'epoca, il miglioramento della comunicazione tra "curanti e curati", invitando gli enti preposti ad avviare dei progetti che valutassero il bisogno e l'impatto di un servizio di mediazione per coloro che non parlavano le lingue ufficiali. I primi progetti sono nati a Bruxelles e nelle Fiandre, ma la Vallonia in cui abbiamo registrato i nostri dati non ha tardato a manifestare una pari attenzione alla persona del migrante, sia esso temporaneo o permanente, che accede alle strutture sanitarie.

0.2.1 L'incontro tra operatori sanitari e pazienti stranieri

Insieme alle leggi, sono cambiate in questi anni le strutture che nell'immaginario collettivo sono primariamente associate alla salute, ossia i presidi ospedalieri in cui avvengono molti degli incontri tra operatori sanitari e utenza straniera.

I rapporti d'attività dei vari presidi valloni insistono, ancor oggi, sul concetto di ospedale "moderno", uno che sappia adattarsi a pazienti con caratteristiche nuove (in termini di comportamento, status, quadro di vita) e andare aldilà della funzione di alloggio e ricovero. Nel sistema di cure attuale, l'ospedale non occupa più il posto centrale, ma è parte

integrante di una rete di attori e come tale deve coordinarsi e organizzarsi con loro. La diminuzione della durata del ricovero è stata tra i motori di un processo ormai inarrestabile che iscrive le cure in un percorso a cui partecipano il paziente con tutte le sue relazioni, gli operatori sanitari e i servizi sociali nelle strutture e sul territorio. Poiché il ricovero diventa, in quest'ottica, solo una delle tappe del percorso di cura, grande attenzione deve essere prestata ai suoi due estremi, ovvero al momento dell'ingresso (accettazione) e dell'uscita (dimissione) del paziente. Entrambi questi anelli richiedono una forte interdisciplinarità, poiché la presa in carico del paziente non può essere frammentata tra il campo medico, quello infermieristico e quello sociale. Dobbiamo prendere coscienza del fatto – si legge nel rapporto di attività dell'ospedale belga in cui abbiamo registrato i dati – che curare il corpo senza tener conto dell'umano può compromettere l'efficacia del trattamento e che questa consapevolezza spinge nella direzione di un forte partenariato *intra* ed *extra muros*.

Il dispositivo della mediazione, che in Belgio è stato mutuato dalle scuole (Bortolini 2002), si inserisce in questo tipo di logiche e di obiettivi e non a caso è spesso affidato ad assistenti sociali bilingue o comunque coordinato dal servizio sociale dell'ospedale. Non diversamente da quanto si verificherà alcuni anni dopo in Italia, la mediazione è iniziata senza un vero e proprio inquadramento legislativo, e con forti differenze tra regione e regione. Le piccole dimensioni, la presenza di un organismo centrale con le sue compagini federali e il numero limitato di regioni hanno però permesso al Belgio di dare prima delle risposte che in Italia stentano ad arrivare (tra le altre: quale sarebbe il profilo del mediatore interculturale? In quale tipo di contratto andrebbe inquadrato?).[29] In tal senso, il confronto con questo paese può essere di stimolo per la definizione di un dispositivo che non può non inserirsi, anche in Italia, in un percorso di cura che oltrepassa i muri dell'ospedale.

Anche gli ospedali italiani si stanno trasformando per far fronte alle modifiche demografiche, all'invecchiamento della popolazione, ai cambiamenti delle tecnologie, e per rispondere ai nuovi bisogni della persona assistita nei suoi vari momenti d'incontro con il servizio sanitario (cfr. Geddes 2011). Della rinnovata attenzione al paziente fanno parte, *inter alia*, le iniziative di EpiCentro, il sito informativo promosso dal Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità,[30] nonché il dispositivo della mediazione, che è stato attivato nel bisogno di garantire anche a coloro che non parlavano l'italiano un pari accesso alle cure. Come è stato il caso per il Belgio, la mediazione è iniziata senza un vero e proprio inquadramento legislativo, poiché

[29] Cfr. quanto da noi presentato al Seminario sulla Mediazione interculturale che è stato organizzato a Prato, il 26 maggio del 2009, dall'Albero della Salute, la struttura di riferimento per la mediazione culturale in sanità della Regione Toscana: http://www.dailynterpreter.com/archives/1562
[30] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/default.asp

l'esigenza è venuta prima della definizione delle leggi e del mercato.[31] Il fatto che anche qui si sia optato per un esperto di "culture" (prevalentemente di origine immigrata e non formato) e non per un esperto di "lingue" (solitamente autoctono e formato in università) è ascrivibile a tre ragioni che qui adduciamo sinteticamente.

In primo luogo, i servizi sanitari sono massimamente preoccupati delle differenze culturali nella possibile non accettazione delle pratiche terapeutiche da parte del migrante e lo sono meno della differenza linguistica tra questi e l'operatore. Ne consegue che alla mediazione non è richiesto solo di assicurare la partecipazione e la mutua comprensione delle parti attraverso la traduzione, ma anche di coordinare l'interazione in modo da promuovere accettazione reciproca. Questa riveste un ruolo primario in ragione della sempre più diffusa sensibilità verso il rischio di una mancata condivisione dei presupposti culturali della comunicazione tra operatori sanitari e pazienti migranti. Si tratta di differenze nei significati di salute e malattia, nei ruoli di paziente e malato, nelle aspettative rivolte all'incontro medico, che possono concretizzarsi in incomprensioni, resistenze verso diagnosi e prescrizioni, richieste di prestazioni sanitarie non necessarie, rifiuto del trattamento sanitario (Baraldi et al. in stampa). Considerato ciò, una persona di cultura diversa con alle spalle una comune esperienza migratoria è sembrata all'inizio la meglio equipaggiata per gestire l'interazione mediata in ambito sanitario e per "convincere" i suoi conterranei a sottoporsi alle cure locali. Così prevedeva del resto la normativa italiana nella legge 40/1998,[32] dove si faceva esplicito ed esclusivo riferimento agli stranieri ai quali in questo modo è stato anche dato lavoro.[33]

Secondo, i flussi migratori provengono da un gran numero di comunità che presentano una vasta gamma di lingue e dialetti che i servizi di interpretazione esistenti non erano pronti a gestire. Data l'urgenza di affrontare l'incomprensione operatore-paziente, delle persone migranti con una sufficiente conoscenza della lingua e delle istituzioni locali sono state ingaggiate come esperti bilingue e biculturali, e formate per rispondere alle esigenze del servizio in cui sarebbero state impiegate. Si è pensato, infatti, che anche un interprete formato nelle principali lingue (per es. africane) parlate dai pazienti avrebbe

[31] Cfr. Rudvin e Tomassini (2008) per un approfondimento sul rapporto tra migrazione, salute e mediazione linguistica in Italia.

[32] "Lo Stato, le regioni, le province, e i comuni, nell'ambito delle proprie competenze, favoriscono […] la realizzazione di convenzioni con associazioni […] per l'impiego all'interno delle proprie strutture di stranieri, titolari di carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore a due anni, in qualità di mediatori interculturali, al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti a diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi" (art. 40 della legge 40/1998, recepito dall'art. 42 del D.Lgs. 286/1998 e consultabile nella sua interezza alla pagina http://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm). È sulla scia di questa legge che è stato istituito a Roma – non senza polemiche documentate dalla stampa – il "Registro pubblico dei mediatori interculturali della città di Roma", un albo cui potevano iscriversi cittadini stranieri in possesso di specifiche competenze ma non gli interpreti italiani. (cfr. nota 3 in Zorzi 2007).

[33] Cfr. Luatti (2011: 107) per un punto sull'annosa questione dell'appartenenza e della provenienza del mediatore e della mediatrice interculturale.

comunque avuto maggiori difficoltà di comprensione rispetto a un *insider* di quella stessa comunità. Resta il fatto che non si possono ingaggiare tanti mediatori quanti sono i dialetti dei già tanti paesi di provenienza, e che questa soluzione ha presto rivelato il suo carattere di urgenza e la sua insostenibilità nel lungo termine. Nel Rapporto sulla Mediazione Interculturale nei Servizi alla Persona della Regione Emilia-Romagna [RMI] si precisa, infatti, che i mediatori "difficilmente riescono a operare riconducendo tutto l'impegno professionale solo a favore di uno specifico ambito etnico-linguistico" (AA.VV. 2010a: 47) e che la maggior parte di loro si occupa almeno di un'altra lingua o di un'altra area culturale (questo sarà del resto il caso delle mediatrici arabo-francofone che ritroveremo nei nostri dati).

Terzo, le difficoltà finanziarie da cui le strutture sanitarie non sono state esenti negli ultimi anni hanno spinto a privilegiare delle soluzioni più economiche. L'amara verità è che un mediatore di origine immigrata con un titolo di studio che spesso non viene riconosciuto può essere pagato molto meno di un interprete autoctono con laurea triennale o magistrale. Come ha ammesso anche una delle mediatrici che abbiamo intervistato in Belgio (» Capitolo 2), un interprete laureato non accetterebbe mai le condizioni lavorative e salariali del mediatore, mentre quest'ultimo, che magari viene da esperienze di lavoro nero (come *baby-sitter* e badante), si accontenta. Come dimostra, poi, la crescente letteratura sull'interpretazione naturale o *ad hoc*,[34] la ricerca di soluzioni economiche si spinge sino all'adozione di dispositivi completamente gratuiti: la traduzione viene richiesta ai famigliari o agli amici del paziente, oppure al personale strutturato dell'istituzione sanitaria che abbia una qualche competenza in un'altra lingua (medici, infermieri, donne delle pulizie e altri membri dello staff), con effetti positivi e negativi che questa stessa letteratura tenta di mettere in luce .

Di pari passo con la normativa che ha garantito, a livello internazionale, europeo e nazionale, l'equità di accesso alle cure per i migranti regolari e clandestini che soggiornino in un paese straniero, è fiorita la letteratura sulla mediazione intesa nel suo senso linguistico-culturale.[35] Se messa a confronto con la letteratura sulla mediazione in senso contrattuale-conciliatorio[36] o con quella sull'interpretazione dialogica nelle sue varie forme

[34] Cfr. per es. Meyer 1998 e in stampa; Cambridge 1999; Pöchhacker e Kadroc 1999; Traverso 2002, 2003a; Meyer et. al 2010; Wulf e Schmiedebah 2010; e il primo convegno internazionale sull'interpretazione non professionale che si è tenuto a Forlì dal 17 al 19 maggio 2012.
[35] Cfr. Belpiede 2002; Lévy e Zarate 2003; Favaro e Fumagalli 2004; Luatti 2006; Cohen-Emérique 2006; Verrept 2008; Casadei e Franceschetti 2009; Gavioli 2009; Albertini e Capitani 2010, Luatti 2011.
[36] Cfr. per es. Ting-Toomey e Kurogi 1998; Casnir 1999; Lévy e Zarate 2003; Winslade e Monk 2008; Baraldi e Iervese 2010; Baraldi e Farini 2010; Baraldi 2010.

e denominazioni,[37] questa produzione si distingue per il suo carattere spesso non accademico e per le recentissime date di pubblicazione. Né l'uno né l'altro aspetto devono però stupire, poiché come si diceva il dispositivo è nato nell'urgenza del bisogno e la riflessione sulla mediazione e l'organizzazione della stessa sono venute solo in un secondo momento, principalmente da parte delle associazioni di mediatori e degli enti o istituzioni che ne avevano fatto uso. Aldilà di alcuni tentativi di standardizzazione a livello nazionale,[38] definizioni e iniziative sono profondamente diverse da regione a regione.[39] Questa diversificazione contribuisce allo scarso riconoscimento della figura del mediatore e alla difficoltà di fare un censimento dell'attività della mediazione sul territorio italiano, perché svariati sono i profili professionali e i nodi che ancora attendono di essere sciolti.

Questi nodi e snodi sono ben documentati nell'ultima pubblicazione di Luatti (2011), cui va il merito di aver fatto il punto sugli equivoci che hanno alimentato per anni la separazione tra il mediatore come esperto di "culture" e l'interprete come esperto di "lingue" (cfr. anche Gavioli 2009, Falbo in stampa), e di aver evidenziato l'originalità dei risultati prodotti dallo studio dell'interazione in eventi mediati, ponendosi così in una posizione di dialogo con i rappresentanti delle istituzioni universitarie italiane ed estere. Questa pubblicazione auspica la fine del mediatore visto come un "bignami" culturale (Luatti 2011: 59) e iscrive il suo lavoro in un dispositivo complesso, che nel suo insieme può contribuire, o meno, alla costruzione della comunicazione e della relazione tra istituzione e utenza straniera. Come diceva Belpiede qualche anno prima in una pubblicazione a cura dello stesso Luatti,

> Costruire uno spazio di mediazione significa anzitutto costruire uno spazio perché la comunicazione possa circolare tra i soggetti diversi. È un dispositivo d'intervento, e non solo una figura professionale. (Belpiede 2006: 251)

---

[37] Cfr. per es. Gentile et al. 1996; Wadensjö 1998; Mason 1999, 2001; Mesa 2000; Roy 2002; Pöchhacker 2004, 2008; Mack e Russo 2005; Hale 2007; Corsellis 2008.

[38] Dall'apparente avvio dei lavori da parte del CNEL nel 2000 (*Politiche per la mediazione culturale. Formazione ed impiego dei mediatori*) si è dovuto aspettare il 2009 perché vi facesse seguito un documento di aggiornamento (*Mediazione e mediatori interculturali: proposte operative*). Alla fine dello stesso anno sono state poi pubblicate le *Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale* promosse da un Gruppo di Lavoro Istituzionale per la promozione della Mediazione Interculturale con il patrocinio dell'Unione Europea e del Ministero dell'Interno, le quali riprendono non solo il documento del CNEL (2009) e il *report* a cura di Casadei e Franceschetti (2009), ma anche il testo prodotto, pochi mesi prima, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, intitolato *Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale* e che si propongono, in tal senso, come sunto di un anno particolarmente ricco. Non dimentichiamo, infatti, che a inizio 2009 sono state avanzate anche due proposte di legge volte all'Istituzione dell'Albo dei mediatori (http://parlamento.openpolis.it/atto/documento/id/23964) e alla disciplina della loro professione (http://parlamento.openpolis.it/atto/documento/id/24805) che non hanno però, per il momento, trovato applicazione. Per approfondimenti e aggiornamenti in materia si consiglia di consultare la rivista a cura di Luatti *Agorà – paesaggi dell'intercultura* (http://www.vanninieditrice.it/agora_home.asp). Alla sezione "Approfondimenti", si trova infatti un dossier aggiornato sulla mediazione interculturale in cui è possibile accedere anche agli ultimi testi di legge in materia.

[39] Come lamenta anche Tomassini (2005) le risposte date a livello istituzionale al binomio migrazione e salute non sono affatto unitarie. Volendo limitarci alla regione in cui abbiamo registrato i nostri dati, l'Emilia-Romagna ha ad esempio definito la qualifica regionale per il mediatore linguistico e culturale con la Delibera della Giunta della regione Emilia Romagna N° 04002212 del 10.11.2004.

Nella necessità di descrivere l'attività di chi più si assume la responsabilità della comunicazione tra quei soggetti diversi che si incontrano, e questo al fine di promuovere il riconoscimento di una figura professionale che stenta invece ad affermarsi, Luatti arriva a dire che

> Il mediatore svolge non solo attività di interpretariato linguistico e culturale, ma anche un'attività socio-culturale di accompagnamento e di facilitazione delle relazioni; non è tuttavia un esperto di "culture" e neppure un esperto di intercultura: è un *"atleta" dell'incontro* e della comunicazione mediata, è un "agente" di riconoscimento dell'altro come persona, della sua storia, dei suoi riferimenti culturali, dei suoi diritti… e attraverso il suo intervento consente di aprire spazi, passaggi e pertugi ad una partecipazione più consapevole. La presenza di un mediatore interculturale è già un segno di riconoscimento da parte del paese di accoglienza e da parte dell'ente/servizio, dei bisogni, delle specificità e delle differenze culturali, linguistiche, religiose, etc. espresse dai singoli, dai nuclei famigliari, dai gruppi di minoranza. (Luatti 2011: 6 [corsivo nostro])

Quella dell' "atleta dell'incontro" è certo una bella immagine per descrivere quel professionista qualificato dalla propria esperienza di lavoro nelle istituzioni sanitarie, dove sempre più si delinea come una figura di "sistema" (Luatti 2011: 178) chiamata a intervenire in tutti i momenti di contatto tra i rappresentanti istituzionali e l'utenza straniera e a espletare funzioni sempre più numerose e diversificate. Vero è, tuttavia, che "questa dispersione e pluralizzazione di contesti di intervento e di mansioni (mediatori dappertutto e onniscienti) porta a disegnare una professione debole, confusa, non priva di ambiguità" (*Ibid*: 8-9) e che la metafora dell'atleta ha forse bisogno di essere meglio precisata se si vuole dare sistemazione a una professione che è stata resa necessaria dai radicali cambiamenti sociali degli ultimi decenni, e dalle specifiche esigenze delle istituzioni sanitarie in cui il mediatore presta servizio, ma che è stata vittima della sua stessa fortuna.

L'esperienza più matura di altri paesi, come ad esempio il Belgio, può in tal senso essere utile per verificare se e dove permane un bisogno di intermediazione e di facilitazione della comunicazione tra operatori sanitari e utenti stranieri. Nelle parole di Luatti,

> Anche in questi Paesi, la mediazione ha dovuto attendere un lungo periodo, prima di passare da uno stato di "non definizione", di relativo disordine rispetto a ruolo, funzioni, compiti, alla nascita formale della professione di mediatore interculturale […]. Si può dunque ragionevolmente pensare che anche in Italia la mediazione interculturale manterrà uno spazio e un ruolo importanti, seppure "in movimento". (Luatti 2011: 37)

Il movimento è scandito, anzitutto, dalle diverse tappe del percorso di cura e assistenza lungo il quale i mediatori prestano servizio.

0.2.1.1 Il percorso di cura e assistenza

Vista la femminilizzazione crescente dei flussi migratori, l'età anagrafica delle migranti (cfr. sopra) e la priorità attribuita alla maternità e all'infanzia,[40] uno dei percorsi di cura e assistenza che assume più rilievo nelle aziente sanitarie locali è il cosiddetto "percorso nascita", dove la donna incinta viene accompagnata dall'inizio sino alle ultime settimane della gravidanza. In quest'ottica si iscrivono, ad esempio, il progetto descritto da Morrone (1995), le pagine dedicate alle donne e ai bambini in Mazzetti (2003)[41] e in Baraldi et al. (2008)[42] o il corso rivolto alle future mamme cinesi che è stato organizzato da una delle AUSL coinvolte nel nostro progetto e pensato come

> un luogo in cui si è sperimentata la possibilità di agire come soggetti - operatori sanitari e donne cinesi - capaci di riflettere a partire dalla propria visione del mondo, dalle proprie convinzioni etiche, dalle proprie conoscenze derivate dalle culture di provenienza, dalle proprie condizioni socioculturali, dalle esperienze fatte nel corso della vita. (Panna e Bevolo 2007: 7)[43]

Quello che colpisce, quando si osserva il "percorso nascita", è come le singole interazioni non possano essere considerate come visite a sé stanti, ma come tappe di un cammino che prosegue anche dopo il parto e che vede la presenza costante del mediatore. Il fatto che questi conosca certi dettagli della vita della paziente non è sempre dovuto alla conoscenza della sua "cultura", come spesso erroneamente si pensa, quanto piuttosto ai ripetuti contatti con la donna gravida e al rapporto di fiducia, solidarietà e fratellanza (queste le descrizioni delle mediatrici da noi intervistate)[44] che con questa si crea nei territori dell'esperienza.[45]

Come vedremo nelle analisi, rari sono i casi in cui le mediatrici coinvolte nel progetto fanno leva su conoscenze propriamente "culturali". Ciò si verifica, ad esempio, quando le mediatrici stimolano la narrazione di pazienti che faticano a rispondere alle domande dell'operatore sanitario. Le mediatrici sono infatti a conoscenza del fatto che in altre culture ci si aspetta che il medico non abbia bisogno di fare domande, perché deve già sapere dove sta il male, e sanno che quello che è in occidente percepito come risultato di un'autorità (il

[40] Cfr. Art. 25, comma 2 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e gli obiettivi 4 e 5 dei *Millenium Development Goals.*

[41] Si leggano, in particolare, gli articoli: "Donne in cammino", "I figli del "sogno"", "Etnopuericultura" e "La crescita psicologica del bambino straniero"

[42] Si leggano, in particolare, i contributi di: Bonciani et al.; Lesi e Fahem; Lombardi; Dotti e Luci; Sukaj et al.

[43] Lo stesso nome del corso e della pubblicazione che è seguita, *Il drago e la fenice*, è stato proposto da una delle donne cinesi che vi hanno preso parte, laddove il drago, raffigurato in giallo, è associato all'imperatore, alla potenza, quindi al figlio maschio, mentre la fenice, multicolore, simboleggia l'imperatrice e quindi la figlia femmina. Un nome, quindi, che tradisce i desideri e le attese delle singole immigrate che partecipavano al progetto e la forte volontà di permettere loro di appropriarsi di uno spazio interamente centrato sulla loro persona.

[44] Sia queste interviste che le nostre osservazioni sul campo non saranno usate, se non in maniera estremamente limitata, nelle nostre analisi linguistiche (» 2.4.3). Ciò non toglie che abbiano una certa utilità per descrivere il contesto in cui le nostre interazioni sanitarie mediate si collocano, il che giustifica il loro utilizzo in questa prima parte introduttiva della ricerca.

[45] Cfr. la distinzione tra "territori dell'esperienza" e "territori della conoscenza" proposta da Heritage (2011), su cui torneremo nel primo capitolo.

controllo dell'interazione e quindi la possibilità di fare domande) potrebbe essere percepito come una debolezza.[46] Riflettendo sulle sequenze domanda-risposta e sul loro legame con le narrazioni, Gülich e Mondada (2001: 231) ricordano come vi siano profonde differenze tra adulto e bambino: laddove l'adulto narra senza problemi dei propri sintomi durante una visita medica, il bambino spesso non fa ricorso alla narrazione per ricostruire verbalmente un evento, quindi la storia viene ricostruita con altri metodi, per esempio ponendo al bambino ripetute domande che lo aiutino a raccontare il suo vissuto. Azzardandoci ad andare ben oltre le intenzioni delle due autrici, potremmo affermare che una tale distinzione potrebbe esserci anche tra autoctono e migrante, laddove il primo, che ha ben presente la struttura di una visita medica occidentale, sa raccontare autonomamente i propri sintomi alla domanda diretta del medico, mentre il secondo potrebbe aver bisogno di essere stimolato, primo perché non si aspetta di dover raccontare cosa non va, e secondo perché non è abituato a farlo.

Una conoscenza di tipo "culturale" viene anche messa in campo quando si pone il problema di decidere se fare determinati esami di diagnostica prenatale (per es. l'amniocentesi) o di fissare determinati appuntamenti successivi (per es. quello per l'ecografia fetale morfologica). Sapendo che le pazienti maghrebine e quelle dell'Africa sub-sahariana in genere affidano la gravidanza alla volontà di Dio, quando il medico propone di fare una diagnosi prenatale, le mediatrici non si limitano a ripetere la proposta del medico e a spiegare in cosa consista (consegnando magari della documentazione scritta). A fronte di una richiesta di consiglio da parte delle pazienti, le mediatrici chiedono loro se accetterebbero comunque il bambino così com'è oppure no. Se le pazienti rispondono di sì, perché è la volontà di Dio, allora le mediatrici dicono loro che non ha alcun senso fare l'amniocentesi, che ha tra l'altro un rischio, seppur minimo, di aborto. Anche nel caso dell'ecografia morfologica, le mediatrici intervistate ammettono di fare qualcosa di più di una traduzione. Poiché sanno, per conoscenza culturale, che in certi paesi un'ecografia vale l'altra e che la si fa quando si vuole, si sentono in dovere di insistere sul fatto che la cosiddetta morfologica è un'ecografia "speciale", che permette di vedere se sono cresciute le unghie del bambino, organi come il cuore, i polmoni, i reni, etc. Così facendo – ci hanno spiegato – fanno leva sul desiderio che ogni madre ha di sapere come sta il proprio bambino e si assicurano che la paziente fissi l'appuntamento per la morfologica.

Molto più numerosi sono però i casi in cui le mediatrici manifestano e rivendicano delle conoscenze che hanno acquisito in fasi precedenti del percorso, quando hanno assunto uno dei molteplici compiti che caratterizzano il loro lavoro nei luoghi della sanità (cfr.

[46] Per dirla con le parole di un intervistato di Cravero "si credono potenti e non sono nemmeno capaci di sapere dove ho il male, e appena entrati vi domandano che cosa avete" (2000: 44).

AA.VV. 2010a). Nei due consultori emiliano-romagnoli in cui abbiamo registrato alcune tappe di due diversi "percorsi nascita", le mediatrici, che sono riconoscibili da camice e cartellino, accolgono e fanno accomodare le pazienti, rispondono al telefono, prendono gli appuntamenti, preparano le cartelle cliniche in maniera tale che tutto sia pronto per l'inizio dell'interazione con il medico. Come abbiamo potuto riscontrare in occasione della nostra visita a uno di questi due consultori, le mediatrici sono delle vere e proprie figure di riferimento per l'utenza straniera. Gli immigrati che arrivano chiedono di loro, e non del medico, se hanno un appuntamento; a loro portano doni e ringraziamenti dopo la nascita dei piccoli; di loro paiono sentire la mancanza in caso di assenza per malattia o per ferie. Nelle parole di una delle mediatrici intervistate, quando l'utenza straniera arriva in consultorio e non vi trova la mediatrice abituale prova lo stesso senso di smarrimento dell'utenza autoctona che si reca dal proprio medico generico e vi trova un sostituto a cui deve raccontare nuovamente il proprio caso, avverte cioè la mancanza di un punto di riferimento che è molto più costante degli operatori sanitari, che invece fanno i turni. Come vedremo nelle analisi, la presenza costante delle mediatrici fa sì che queste spesso conoscano già le pazienti mentre gli operatori le vedono magari per la prima volta, e mostrino delle conoscenze che derivano dai contatti precedenti e non tanto da competenze di natura "culturale" né tantomeno "medica".

0.2.1.1.1 L'interazione sanitaria mediata

Tradizionalmente l'interazione sanitaria mediata è stata definita adottando la prospettiva del paziente non nativo che ha bisogno di una figura terza per accedere ai servizi e per interagire con gli operatori sanitari. Appurata la presenza di una barriera linguistica, ci si è in sostanza focalizzati sulla figura che passivamente subiva questa barriera, insistendo sul suo eguale diritto all'assistenza e quindi sul bisogno di dispositivi che ne garantissero la possibilità e l'efficacia. Un'alternativa più recente è quella di considerare l'interazione mediata dalla prospettiva della struttura sanitaria, considerandola come un bisogno che la classe medica ha per riuscire a erogare attivamente il proprio servizio. Parafrasando la proposta di definizione di Skaaden (2011), potremmo ad esempio affermare che l'interazione mediata da interprete nel contesto sanitario è quel dispositivo che permette a medici e operatori di informare, guidare e ascoltare i pazienti nel caso in cui siano presenti barriere linguistiche. Esiste poi anche una terza prospettiva, che è quella che adotteremo nel presente lavoro, ovvero quella della figura professionale che contribuisce, con il proprio lavoro di "mediazione", alla comunicazione fra operatore e paziente. In questo caso non ci si

focalizza sul bisogno dei singoli partecipanti, ma sul processo che permette loro di stabilire una comprensione e una relazione reciproca.

L'interazione sanitaria mediata non è che una delle tipologie di intervento del mediatore lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti, e forse nemmeno la più diffusa (cfr. Verrept 2011; Luatti 2011). La necessità di riduzione che è propria di ogni studio sistematico e rigoroso ci ha però spinti a tralasciare altri momenti di incontro tra l'istituzione sanitaria e l'utenza straniera[47] e a concentrarci sulle interazioni mediate da una terza persona che è fisicamente presente alla conversazione tra operatore e paziente e che è specificatamente preposta a tale funzione.[48]

Nel momento in cui la singola interazione mediata ha inizio, la mediatrice porta con sé le conoscenze che ha acquisito lungo il percorso di cura e assistenza al paziente (tranne la prima volta), e questo la mette nelle condizioni di coordinare le molteplici interazioni tra i rappresentanti istituzionali e l'utente straniero. Queste possono assumere forme anche molto diverse, a seconda del tipo di operatore con cui lo straniero si trova a dover comunicare (un operatore di sportello, un'ostetrica, un'infermiera, un medico etc.). Se abbiamo però deciso di trattarle come un unico oggetto di studio è perché crediamo vi sia una certa "aria di famiglia" che attraversa tutti gli incontri, dove un "intervistatore" indaga, con l'aiuto di un mediatore, sulle condizioni di un "intervistato", co-costruendo un'interazione tendenzialmente diseguale e asimmetrica (cfr. Grossen e Salazar 2006).

0.3 La reazione tardiva delle istituzioni formative universitarie italiane ai bisogni della sanità

I primi corsi di formazione per mediatori in Italia risalgono agli anni Novanta e sono stati organizzati da cooperative, enti e associazioni che hanno preso coscienza di come la mediazione dovesse essere sostenuta da percorsi qualificanti che costituissero una prova di qualità sia per i mediatori che erogavano il servizio sia per le istituzioni che ne facevano uso. In questa prima fase sperimentale, e quasi esclusivamente privata, i corsi rispondevano all'aumento di richiesta di mediatori qualificati di quegli anni ed erano specificatamente

[47] Un lavoro di approfondimento è stato però avviato su un'altra tipologia di incontro che abbiamo registrato, ossia l'interazione diadica mediatore-paziente (cfr. Pederzoli 2011), al fine di verificare se e come possa esservi un'azione di mediazione anche se non c'è la presenza contemporanea del rappresentante istituzionale, dal momento che "anche nelle interazioni mediate di tipo diadico il mediatore-operatore si relaziona prima e dopo con il servizio, cioè con uno o più professionisti del servizio medesimo" (Luatti 2011: 89).

[48] Questa tesi si discosterà, in tal senso, sia dal filone di ricerche sulla mediazione remota a mezzo telefono o video (cfr. per es. Niska 2002; Mikkelson 2003; Rosemberg 2007), sia dal filone di ricerche sulla mediazione naturale ad opera di famigliari, amici o personale bilingue cui si accennava sopra. Nella misura in cui i pazienti presi in considerazione sono udenti, questa tesi si discosterà anche dal filone di studi sull'interpretazione in lingua dei segni, che pure è stato parzialmente investigato per gli apporti che ha offerto in termini di consapevolezza della partecipazione attiva dell'interprete all'interazione (Metzger 1999) e di difficoltà di trascrizione (Fink 1982; Rosenthal 2009).

tagliati sui bisogni degli ambiti lavorativi in cui sarebbero andati a operare. Solo in un secondo momento è iniziata una collaborazione con il pubblico che è sfociata in "corsi finanziati dalle istituzioni e gestiti in collaborazione con associazioni, cooperative ecc., oppure a formazioni coinvolgenti più partner, anche internazionali, e finanziate da progetti del Fondo Sociale Europeo" (Favaro e Fumagalli 2004: 58). Grazie all'impegno e alle sinergie di agenzie, cooperative e istituzioni, questi corsi formativi sono stati gradualmente riconosciuti in ambito comunale, provinciale e regionale dando origine alla vasta e diversificata proposta che le due autrici riassumono in una mappa dei corsi del privato sociale (*Ibid.*: 59-61).

Due anni dopo, Luatti (2006) tenta di ricondurre la formazione ad alcuni livelli generali (politico-normativo, comunicazione interculturale, mediazione interculturale e didattica, mediazione linguistico-culturale), fornendo indicazioni pratiche su come migliorare il dispositivo di formazione dei mediatori che operano a questi vari livelli. Significativo è il fatto che questa parte del libro di Luatti sia affidata a un professore universitario, Fiorucci, che si fa portavoce di una ricerca svolta dal CREIFOS del Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Facoltà di Scienze della formazione dell'Università degli Studi "Roma Tre" con la partecipazione di CIES, Ministero di Giustizia, Almaterra, Kantara, Progetto Integrazione, UCODEP, PERFORMARE Associazione, ACLI e con il finanziamento del Fondo Sociale Europeo. In sostanza, quando si tratta di formazione, prima ci si muove con corsi sperimentali extra-universitari, ma poi si chiede all'università, ossia all'istituzione formativa per eccellenza, come dovrebbe essere organizzata la formazione e come potrebbe essere migliorato il dispositivo passando dalle critiche alle proposte (Fiorucci 2006: 114-120).

0.3.1 La classe di laurea in "Scienze della mediazione linguistica"

Grandi assenti fino alla riforma dell'A.A. 2001-2002, le università sono tardivamente entrate nel dibattito sulla mediazione istituendo "corsi di laurea con caratteristiche e connotazioni fra loro simili ma molto differenti dalle pregresse esperienze formative nel campo della mediazione e che hanno aperto ulteriori complessità in questo settore" (Favaro e Fumagalli 2004: 58). Rettificando parte di quel che affermano queste due autrici, perché aldilà della comune denominazione "Scienze della mediazione linguistica" i vari corsi di laurea presentano offerte poco confrontabili e generalizzabili che rendono estremamente difficile descrivere il panorama italiano e che fanno della nostra una descrizione inevitabilmente parziale, sottolineiamo come il non tener conto delle esperienze pregresse sia almeno in parte attribuibile al diverso pubblico *target*.

Rispetto a quanto si verifica nella formazione extra-universitaria, che è rivolta principalmente a mediatori immigrati già operanti nel settore sanitario, la formazione universitaria e in particolare i corsi di laurea attivati nella classe di "Mediazione linguistica" (D.M. 509/99 e D.M. 270/04)[49] si rivolgono prevalentemente a studenti italiani con scarse o nulle esperienze di lavoro sul campo.[50] Ne consegue che in questo secondo caso gli obiettivi formativi sono più generali e non prefigurano un ambito professionale specifico, assemblando materiali e metodologie didattiche eterogenei. Questi spesso derivano dalla letteratura e dall'esperienza in interpretazione di conferenza e privilegiano in genere lo sviluppo della competenza linguistica in italiano e in almeno due lingue straniere.[51]

Come concludeva Ballardini alcuni anni fa (2006: 49) è palese che l'università abbia accusato un certo ritardo rispetto alla formazione mirata promossa dalle associazioni di mediatori e dalle istituzioni sanitarie che dovevano farne uso. Sul piano didattico, le metodologie utilizzate, gli approcci pedagogici, nonché le abitudini e strategie di ogni singolo docente sono stati tradizionalmente mutuati dalla o incentrati sulla interpretazione di conferenza, sulla trattativa d'affari (Sandrelli 2005) o su quella legale (Ballardini 2005; Garwood 2005) e come tali non hanno potuto rispondere ai bisogni formativi di figure suscettibili di agire in situazioni comunicative distinte (come quelle sanitarie). Nelle parole di Luatti (2011), l'entrata sul tema della comunicazione mediata in ambito sanitario da parte delle università sarebbe stata

> poco meditata, affrettata, non pienamente elaborata, in corso di definizione. I percorsi formativi di laurea breve sono nettamente centrati sugli aspetti linguistici, della traduzione e dell'interpretazione, mentre poco spazio dedicano agli approfondimenti di tipo socio-antropologico e psicologico, essenziali all'attività di mediazione interculturale con popolazione immigrata. (2011: 105)

È evidente – sosteneva sempre Ballardini (2006: 49) – che si dovrebbe pensare a una didattica adattata a nuovi obiettivi, elaborata con un approccio molteplice, interdisciplinare e interdidattico che colmi l'attuale assenza di "percorsi di alto livello che uniscano i diversi

[49] Ad oggi la situazione non è molto cambiata rispetto ad alcuni anni fa, quando Rudvin (2005) recensiva diversi Corsi di laurea triennale in "Traduzione e interpretazione" o in "Mediazione linguistica e culturale" ad Ancona, Bologna, Cagliari, Chieti, Genova, Lecce, Macerata, Mantova, Messina, Milano, Misano Adriatico, Napoli, Perugia, Pisa, Roma, Siena, Trento, Trieste, Udine, Venezia, Vicenza e Viterbo; e di laurea specialistica e/o magistrale e/o master in "Interpretazione" o "Traduzione" a Bologna, Pisa, Roma, Siena, Torino, Trieste, Venezia e Viterbo. Esistono, poi, Scuole superiori non-universitarie per traduttori e interpreti a Milano, Torino, Verona, Misano e in altre città italiane dove, pur non rilasciando un diploma equipollente a tutti gli effetti ai diplomi di laurea appartenenti alla classe delle lauree in Scienze della mediazione linguistica di cui all'allegato 3 al D.M. 4 agosto 2000, si cerca di rispondere al bisogno di formazione dei mediatori.

[50] Come testimoniano per es. Russo (2004), Rudvin (2005, 2006), Tomassini (2005), Kaunzner (2005), Ballardini (2006) e Zorzi (2007, 2008) questo è il caso, ad esempio, dei corsi di laurea triennale e magistrale erogati dalla Scuola Superiore per Interpreti e Traduttori di Forlì (Università di Bologna).

[51] Tra le quattro criticità della formazione universitaria individuate nelle *Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale* (2009: 11) vi è la mancanza di approfondimento nelle competenze linguistiche delle cosiddette lingue "rare". Le altre tre criticità sarebbero la scarsa spendibilità negli ambiti dove è rilevante il bisogno della mediazione, la scarsa pratica sul terreno e la limitata accessibilità dei migranti ai corsi formativi.

aspetti della formazione linguistica, della formazione al riconoscimento di presupposti culturali e di formazione alle competenze interculturali" (Baraldi 2008: 222).

Se è vero che la responsabilità della non rispondenza dell'attuale proposta formativa universitaria ai reali bisogni della mediazione con popolazione migrante ricade in gran parte sulle istituzioni accademiche, che non hanno saputo interpretare le esigenze del mercato e che hanno dato origine a quello che loro stesse definivano un temibile "two-tier system" composto da mediatori di serie A e di serie B (Russo 2004), è vero anche che queste stesse istituzioni, attraverso le numerose pubblicazioni dei loro rappresentanti, possono oggi agire come *trait-d'union* tra ricerca, insegnamento e professione[52] e contribuire alla professionalizzazione dell'interprete che lavora nella comunità.[53] Un'analisi del processo comunicativo che permette ai partecipanti di stabilire una comprensione e una relazione reciproca ci sembra essere in tal senso un buon punto d'incontro, oltre che di partenza, per una formazione integrata di quella figura che dovrà assumersi la responsabilità della comunicazione tra istituzione sanitaria e utenza straniera.

0.3.1.1 Le lezioni e gli esami di mediazione

Come si accennava sopra, l'insegnamento della mediazione linguistica in Italia è stata fortemente influenzata dalla letteratura sulla didattica dell'interpretazione,[54] soprattutto di conferenza.[55] Tradizionalmente divisa tra contributi di carattere descrittivo (come viene insegnata l'interpretazione) e di carattere prescrittivo (come bisognerebbe insegnare l'interpretazione),[56] questa letteratura è variamente presente nei programmi dei corsi in interpretazione erogati dalle principali università italiane (Benelli e Raccanello 2004), che pur nella loro diversità sembrano accomunati dall'assunto secondo cui si imparerebbe facendo (*learning by doing*). Le lezioni e gli esami di interpretazione di conferenza si strutturano infatti, per la maggior parte, come delle simulazioni di simultanee e consecutive in cui lo studente-interprete mette in pratica quelle strategie che gli torneranno utili in futuro, senza distinzione alcuna tra il mezzo e il fine dell'apprendimento o della valutazione.

Ciò che per anni ha funzionato, e che tuttora funziona, nella formazione degli interpreti di conferenza, è stato trasferito nella formazione dei mediatori. Sempre partendo

[52] Sull'importanza di questa unione si leggano per es. Zorzi 2004, 2007, 2008; Morelli 2005; Merlini 2007; Angelelli 2008; Gavioli 2009; Valero-Garcés 2010.
[53] Sulla professionalizzazione dell'interprete si leggano per es. Downing e Tillery 1992; Mikkelson 1996, Cambridge 2004; Ertl e Pöllabauer 2010
[54] Diamo qui per scontato che gli studi sull'interpretazione siano nati come sottodisciplina degli studi sulla traduzione per poi affermarsi come disciplina autonoma, rimandando a Pöchhacker e Shlesinger (2002), Pöchhacker (2004) e, più in breve, a Mack (2004) per una panoramica sulla nascita e l'evoluzione degli *Interpreting Studies* [IS], in tutte le loro forme, dagli anni Settanta ad oggi.
[55] Secondo Apfelbaum (2008), il concetto stesso di interprete dialogico "professionista" (su cui si basa l'insegnamento) deriverebbe dall'interpretazione di conferenza.
[56] Cfr. per es. Gile 1995; Falbo et al. 1999; Seleskovitch e Lederer 2001, 2002; Mack 2004; Morelli 2005.

dal presupposto che s'impari facendo, la didattica della mediazione linguistica si basa sull'utilizzo, sia in classe che in sede d'esame, di simulazioni di interazioni mediate in cui lo studente impara a fare il mediatore facendolo per due docenti che fingono di non parlare la stessa lingua. Pur affiancate da altre modalità didattiche e valutative,[57] queste simulazioni rappresentano il "noyau dur" delle unità didattiche (Ballardini 2006: 49), "the bulk" dell'insegnamento in co-presenza (Rudvin 2006: 66), nonché "the key method for developing interpreting and discourse management skills which are sensitive to the purpose of the interaction and the constraints of particular communicative contexts" (Pöchhacker 2004: 187).

Per quanto non vi sia nulla di sbagliato nell'appropriarsi di paradigmi pedagogici elaborati in vista di formare gli interpreti di conferenza, non bisogna dimenticare che l'azione di mediazione è nata dentro e per i servizi pubblici e che come tale ha un forte legame con il contesto in cui si svolge (Ozolins 2000; Valero-Garcés 2010). Quindi se la formazione si basa sull'esercizio di alcune abilità (per es. la ricerca veloce dell'equivalente traduttivo o il controllo di due lingue in contemporanea), tale esercizio dovrebbe forse tener conto degli obiettivi specifici del contesto in cui il mediatore si troverà a lavorare.

0.3.1.1.1 La simulazione dell'interazione sanitaria mediata

Una delle esercitazioni che viene usata più frequentemente per "allenare" le capacità dell'interprete dialogico è la simulazione o *role-play* [RP].[58] Nel caso dell'interpretazione dialogica sanitaria, si tratta di esercizi in cui due docenti e uno studente simulano l'incontro tra un operatore che parla una lingua (l'intervistatore) e un paziente che ne parla un'altra (l'intervistato) dove i due comunicano (o meglio fingono di comunicare) per mezzo di un mediatore bilingue.

Nei dati che prenderemo in esame, entrambi i docenti seguono un copione (*script*) dove è scritta la parte del loro personaggio, e dove il completamento di un turno da parte del primo occasiona il turno del secondo. Affinché il RP si sviluppi come previsto, i due interlocutori primari devono seguire il copione prestabilito e lo studente-interprete deve tradurre accuratamente i loro turni.

La peculiarità del gioco di ruolo è che si tratta di un'attività didattica in cui i partecipanti simulano un'altra attività. Pur ammettendo che la simulazione non può non risentire del contesto didattico, sia esso formativo o valutativo, in cui è incorniciata, nelle

[57] Tra cui sembrano primeggiare la traduzione a vista da e verso la lingua straniera, e la discussione dei ruoli dell'interprete sulla base della letteratura di settore (cfr. per es. Mack e Russo 2005; Ballardini 2006; Rudvin 2006; Rudvin e Tomassini 2008; Bancroft e Rubio-Fitzpatrick 2011).
[58] Cfr. per es. Maley e Duff 1978; Milroy 1982; van Ments 1983; Ladousse 1987; Ellis 2003.

nostre analisi considereremo la simulazione dell'interazione sanitaria mediata *come* interazione per poterla poi confrontare con l'interazione sanitaria mediata reale. Osserveremo cioè il modo in cui il finto operatore, la finta paziente e il futuro mediatore co-costruiscono l'interazione, per poter poi ricollocare questa attività nel suo contesto didattico.

0.4 Introduzione a questa tesi

In questo capitolo abbiamo descritto il contesto in cui si colloca la nostra ricerca. L'obiettivo è stato quello di mostrare come a fronte di un perdurante bisogno di comunicazione tra istituzione sanitaria e utenza straniera, il mondo professionale e quello accademico si siano mossi su binari paralleli che hanno impedito una riflessione congiunta. Appoggiandosi all'apporto di esperienze e discipline diverse, questa avrebbe forse potuto contribuire all'affermarsi di una professione che appare invece profondamente divisa tra quelli che sono stati definiti da Russo (2004) mediatori "di serie A" e "di serie B". I primi, professionisti certificati dalle università, malgrado le professate intenzioni di "matching market needs and training" (Rudvin 2006), non sono pronti a rispondere alle esigenze specifiche del mercato sanitario (Pöchhacker 2004; Valero-Garcés 2010); i secondi, professionisti qualificati dall'esperienza di lavoro nelle istituzioni sanitarie, in genere non hanno una solida formazione alle spalle che consenta loro di elaborare più a fondo una riflessione sulla complessità e la responsabilità della propria professione.

Convinti che la formazione sia un fattore chiave nella costituzione di una professione unitaria (cfr. Ozolins 2002; Ertl e Pöllabauer 2010), in questo progetto tenteremo di spiegare "come" la formazione dei futuri mediatori sia lontana dalla professione che si troveranno a svolgere. Mentre è stato, infatti, ampiamente riconosciuto che esiste un divario tra la formazione universitaria e la professione nelle istituzioni, non è stato ancora meglio precisato in cosa questo divario consista. A prescindere da altre qualifiche, il professionista che "traduce" sarà qui chiamato *interprete dialogico*, in linea con uno dei primi volumi che ha affrontato la questione dell'interprete nell'interazione e riflettuto sulla natura del tipo di comunicazione oggetto di questa tesi (Mason 1999). Partendo dall'assunto che non si *è* interpreti, ma si *fa* gli interpreti (*doing being*), ossia dall'idea che il "ruolo" di interprete non è qualcosa che sta lì fuori indipendentemente dalle attività che vengono costruite nell'interazione sanitaria mediata, metteremo a confronto ciò che fanno gli studenti-interpreti in interazioni simulate registrate presso un'istituzione universitaria italiana con quello che fanno gli interpreti in interazioni reali registrate in istituzioni sanitarie italiane e belghe, e cercheremo di mostrare "come" il particolare esempio di formazione che abbiamo

preso in esame sia lontano dalla professione che viene esercitata in diversi presidi ospedalieri, e come le caratteristiche di tale lontananza possano "informare" la didattica dell'interpretazione dialogica. Poiché una delle controversie che ha caratterizzato gli studi su questo tipo di interpretazione è se si deve e in che misura si può fornire una traduzione turno-per-turno di quello che dicono gli interlocutori primari, in questa tesi cercheremo di fare chiarezza su che cosa significa o può significare per la comunicazione tra i partecipanti attenersi o deviare da questo modello idealizzato su cui tanto si insiste. Laddove il "comunicare" viene inteso nella maniera più etimologicamente appropriata, come un "fare altri partecipi di qualcosa", in altre parole metterli nella condizione di comprendere ciò che sta succedendo nell'interazione (cfr. Aston 1988: 46).

Nel primo capitolo introdurremo una teoria di matrice sociologica che ci permetterà di osservare la costruzione della comprensione nell'interazione: l'analisi della conversazione [CA]. Secondo questa prospettiva analitica, la comprensione dei partecipanti dipende dalla collocazione in sequenze di azioni dove l'azione del primo parlante proietta un'azione adeguata da parte del secondo, che (re)agendo manifesta la propria interpretazione di ciò che precede. Oltre a presentare alcune azioni che possono essere rilevanti negli ambiti istituzionali formativi e sanitari di cui ci occuperemo, problematizzeremo la presenza dell'interprete nell'interazione mediata, mostrando come tra le azioni e (re)azioni degli interlocutori primari vi sia sempre e comunque la sua comprensione. Pur dovendo limitare la propria presenza nella conversazione, l'interprete non può infatti astenersi dal dare la propria interpretazione di ciò che dovrà tradurre, e questo apre un dibattito teorico che il primo capitolo cercherà di inquadrare.

Nel secondo capitolo descriveremo la preparazione dei dati per l'analisi. Non potendo esimerci dal processo di selezione che questa fase inevitabilmente comporta, espliciteremo i criteri che hanno guidato le nostre scelte in merito a cosa raccogliere, cosa (e come) trascrivere, e cosa analizzare, dando così modo a chi ci legge di giudicare la validità dei nostri risultati. Ci soffermeremo inoltre sulla metodologia delle analisi, spiegando come l'applicazione del formato idealizzato di traduzione turno-per-turno ai nostri dati corrisponda a una scelta operativa che ci permetterà di verificare se, e come, le interazioni simulate e reali vi si avvicino o se ne allontanino.

Nel terzo capitolo cominceremo con l'analizzare i dati didattici, poiché le simulazioni meglio rappresentano il modello di traduzione che "idealmente" ci si aspetta in un'interazione sanitaria mediata. Osservando le azioni dei parlanti, e in special modo degli interpreti, mostreremo l'orientamento interazionale dei dati didattici alla resa dei turni degli interlocutori primari, che sono trattati al pari di unità isolate di significato da decodificare e riprodurre (dei monologhi).

Nel quarto capitolo tratteremo lo studio delle interazioni mediate reali, dove il formato idealizzato di interpretazione sarà più difficilmente riconoscibile, e dove la resa turno per turno lascerà ampio spazio a organizzazioni diverse della traduzione. Analizzando le sequenze di avvicinamento al formato idealizzato e soprattutto quelle di allontanamento da esso, mostreremo l'orientamento degli interpreti reali alla costruzione della comprensione e della partecipazione degli interlocutori, in un dialogo situato dove la traduzione si interseca con altre attività che contribuiscono a darle senso.

Anche al fine di supplire alla mancanza di studi che mettano direttamente a confronto delle interazioni simulate con la loro controparte reale, nel quinto capitolo tenteremo di collegare alcuni aspetti della formazione e della professione di interprete dialogico, per cercare di capire che cosa esercitino esattamente i giochi di ruolo presi in esame e se e per che cosa questo esercizio, che si diceva essere molto utilizzato nella didattica della mediazione, possa essere utile per preparare gli studenti al mondo "reale". Torneremo quindi a osservare alcune sequenze di interpretazione che possono essere in un certo qual modo paragonate e metteremo in luce (1) il diverso modo in cui l'interprete simulato e quello reale (re)agiscono rispetto ai turni precedenti e (2) quali conoscenze vengono messe in gioco, e da chi, nei due tipi di interazioni. Illustreremo così in cosa consista la complessità del reale (dove vi è un'intersezione di attività) rispetto alla semplificazione che la simulazione ne fa (dove viene esercitata la sola attività traduttiva, peraltro in maniera "idealizzata").

Nel sesto capitolo partiremo dai risultati delle nostre analisi per riflettere su ciò che separa il gioco dalla realtà e "informare" una didattica dell'interpretazione dialogica che si basa sul *learning by doing* del fatto che quello che si sta facendo (e imparando) nella simulazione non è che una minima parte della complessità del reale. Proporremo tre ordini di riflessioni: (1) ci soffermeremo sull'inautenticità dell'attività traduttiva che viene esercitata nel gioco di ruolo, riflettendo su come si potrebbe ridurla; (2) problematizzeremo il tentativo che è stato fatto di ricondurre le "altre attività" che compongono la complessità del reale a una serie di "ruoli", argomentando come l'interpretazione dialogica possa non essere affatto una questione di ruoli, ma di etica della responsabilità; (3) mostreremo come la CA possa rivelarsi un valido strumento non solo di ricerca ma anche di formazione, educando gli interpreti dialogici alla responsabilità della comunicazione nell'interazione mediata.

Il nostro fine ultimo è quello di mostrare come anche una formazione universitaria ritenuta di buona qualità abbia comunque un margine di miglioramento, nonché qualcosa da imparare da quella che, forse a torto, è stata tacciata come interpretazione "di serie B".

> Superando contrapposizioni e diffidenze, forse si porranno le basi per promuovere una formazione e una ricerca "integrata". Con benefici per tutti. (Luatti 2011: 184)

Questa tesi inizia quindi dove finiva il lavoro di Luatti, proponendo l'approccio interazionista basato sull'analisi di dati autentici come via di dialogo tra due istanze che si sono fino a non molto tempo fa reciprocamente ignorate. Sulla scia di quanti già, prima di noi, hanno avanzato questo tipo di proposta (cfr. Zorzi 2007, 2008; Baraldi 2008), crediamo che l'analisi minuziosa di cosa l'interprete faccia nell'interazione con gli altri partecipanti possa rendere conto di cosa davvero significhi essere un "atleta dell'incontro" (Luatti 2011), contribuendo a "informare" l'allenamento dei futuri interpreti dialogici e di quelli che già lavorano, e permettendo così alla didattica di meglio calibrarsi sui bisogni del mercato del lavoro. Ma cosa significa guardare all'interpretazione dialogica *come* interazione? E come lo si può concretamente fare? I prossimi due capitoli si occuperanno di rispondere a queste domande, preparando così il terreno teorico e metodologico su cui si reggeranno le analisi successive.

CAPITOLO 1
L'interpretazione dialogica *nella* e *come* interazione

An explorer can never know
what he is exploring
until it has been explored.
He carries no Baedeker in his pocket,
no guidebook which tell him
which churches he should visit
or at which hotels he should stay.
He has only the ambiguous folklore
of others who have passed that way.

Bateson, G. (1972: XXIV)
Steps to an ecology of mind

1.1 Introduzione

Se nel capitolo precedente abbiamo collocato il nostro duplice oggetto d'indagine nei suoi rispettivi contesti-cornice, in quello presente introdurremo gli strumenti teorici che utilizzeremo per descrivere l'interazione sanitaria mediata reale e simulata, e soprattutto ciò che l'interprete *fa* insieme agli altri partecipanti nella sua attività di interprete dialogico.

Lo studio dell'uso linguistico per scopi comunicativi (quindi anche per *fare* cose) è relativamente recente (cfr. Levinson 1983; Widdowson 1979, 1996). Secondo una prospettiva pragmatica, il "contesto" (anche legato all'evento comunicativo) dell'interazione contribuisce largamente alla costruzione del significato. Un enunciato come "les poissons levez la main" (lett. i pesci alzino la mano)[59] assume infatti significati diversi a seconda del contesto in cui viene pronunciato: nel contesto di una scuola, può significare, ad esempio, che tutti i bambini del segno dei pesci devono alzare la mano; mentre nel contesto di un ristorante, dove il cameriere voglia fare il punto sulle ordinazioni di carne e pesce, può significare che coloro che mangeranno pesce devono alzare la mano.

Dal momento che capire ciò che gli altri stanno dicendo è un aspetto fondamentale del nostro vivere quotidiano, la *conditio sine qua non* per poter comunicare, gli studi sul parlato hanno cercato di spiegare come avvenga la comprensione, trattandola dapprima come un fatto cognitivo, privato, individuale e poi sempre di più come "an indexical, collective, publicly accountable achievement in time" (Mondada 2011: 542). Si è smesso, cioè, di ipotizzare che cosa il parlante potesse voler dire con un certo enunciato sulla base del contesto in cui questo veniva pronunciato (cfr. la scuola o il ristorante di cui sopra), e si è iniziato a concepire la comprensione come qualcosa che è in relazione con ciò che un secondo partecipante *fa* in risposta a quanto ha detto il primo. Secondo questa prospettiva etnometodologica, la comprensione non è più trattata come un processo mentale, "but is related to *the next action* achieved by the co-participant and demonstrating her understanding" (*Ibid.*: 543 [corsivi nostri]).

Questa "nextness" è stata poi meglio specificata dall'analisi della conversazione [CA], che ha contribuito ad allargare il campo d'indagine tradizionale della linguistica e fornito una teoria del contesto che mancava agli studi sul parlato.

> Car si le rôle de la dépendance contextuelle des énoncés a fini par être reconnu par la plupart des théories linguistiques qui s'intéressaient au sens des énoncés, ces dernières manquaient d'une conception du contexte qui soit accessible à l'enquête empirique. (De Fornel e Léon 2000: 145)

[59] Paghiamo il nostro duplice debito nei cofronti di Jacques Cosnier, che è solito usare questo esempio, e di Véronique Traverso, che lo ha riutilizzato nell'ambito della prima lezione che ha tenuto agli studenti del nostro corso di mediazione e traduzione francese al secondo anno della laurea magistrale (in data 16/03/12).

Ciò è stato reso possibile dall'idea di *contesto sequenziale*, secondo cui l'interpretazione di enunciati ellittici come "i pesci alzino la mano" dipenderebbe dalla loro collocazione in sequenze di azioni dove l'azione compiuta da un primo interlocutore rende rilevante una (re)azione adeguata da parte del o dei riceventi, e dove la comprensione viene quindi "naturally displayed by the fact that, and the manner in which, participants 'go on' with the conversation" (Mondada 2011: 543). Come espliciteremo meglio nella prima parte di questo capitolo, all'analista basterà osservare la (re)azione dei riceventi (per es. il fatto che alzino la mano e nel caso specifico anche chi lo fa) per verificare empiricamente la loro interpretazione dell'enunciato precedente (che assume il significato contestuale di un ordine rivolto a un determinato gruppo di persone). La stessa sequenzialità esiste nel caso dell'interazione mediata, dove tra le azioni e (re)azioni degli interlocutori primari c'è però di mezzo la comprensione dell'interprete dialogico: pur dovendo idealmente limitare la propria intrusione nella conversazione, questi non può astenersi dal dare la propria interpretazione di ciò che c'è da tradurre, e questo apre un dibattito che la seconda parte del capitolo cercherà di inquadrare.

1.2 La CA, un metodo di analisi del parlato

Originatasi sulla base epistemologica dell'etnometodologia di Cicourel (1964) e Garfinkel (1967) per rispondere a questioni di carattere sociologico, ossia per vedere come i partecipanti all'interazione arrivino a una comprensione condivisa di ciò che sta succedendo e contribuiscano così a costruire l'ordine sociale[60] (cfr. Atkinson e Heritage 1984; Button e Lee 1987; Boden e Zimmerman 1991; Duranti e Goodwin 1992), la CA è stata progressivamente usata anche per rispondere a degli interrogativi di natura linguistica, e in particolare per descrivere l'uso di forme autentiche osservate in situazione, nella loro co-costruzione e nella loro temporalità. Mentre ai sociologi interessava l'ordine in cui si

[60] Più precisamente, l'interesse primario di Garfinkel e Cicourel e della disciplina da loro inaugurata è lo studio del modo in cui l'ordine e l'organizzazione sociale vengono costruiti dai partecipanti all'interazione. In altre parole, affinché due individui svolgano un'attività sociale coordinata (vedi un'interazione) è fondamentale che negozino o raggiungano un contesto comune, un *frame* condiviso delle attività che sono in svolgimento che permetta ad entrambi, turno dopo turno, di interpretarle e portarle avanti. Secondo gli etnometodologi, l'ordine sociale trasparirebbe dalle azioni coordinate che vengono messe in atto attraverso il progressivo lavoro sociale e cognitivo dei partecipanti. In particolare, "participants display to each other their understanding of the events they are engaged in as part of the process through which these very same events are performed and constituted as social activities" (Goodwin e Duranti 1992: 28). Osservando il modo in cui i partecipanti arrivano a una comprensione condivisa si rintraccia il contesto che di volta in volta viene attivato, per lo più attraverso degli "indici di contestualizzazione" (Gumperz 1982, 1992) che rimandano in maniera più o meno esplicita a quegli elementi del contesto che sono resi rilevanti dai partecipanti. È così che colui che può essere considerato il fondatore e massimo esponente della sociolinguistica interazionale definisce, infatti, quelle forme stereotipate attraverso le quali gli interlocutori segnalano ed interpretano la natura dell'attività in corso, il modo in cui il contenuto semantico deve essere compreso, il modo in cui ogni frase si relaziona con ciò che precede e ciò che segue.

articolano le azioni sociali,[61] in maniera tale da poter mostrare come la conversazione sia un sistema (sociale), i linguisti si sono interessati al modo in cui questo sistema crea un contesto in cui gli enunciati assumono un significato pragmatico.

Come si accennava sopra, ciò è stato reso possibile dal concetto di *contesto sequenziale*, secondo cui la comprensione del senso degli enunciati dipenderebbe dalla loro collocazione in sequenze di azioni (principio della sequenzialità), che generalmente si presentano sotto forma di coppie adiacenti (principio dell'adiacenza) del tipo domanda-risposta o invito-accettazione. L'azione compiuta dal primo interlocutore nel primo turno (per es. la domanda) proietta un'azione appropriata da parte del ricevente nel secondo turno (per es. una risposta) e il lavoro dei partecipanti a una qualsivoglia conversazione consiste nel "providing next moves to ongoing talk which demonstrate what sense they make of that talk" (Duranti e Goodwin 1992: 29). Come sottolineano Atkinson e Heritage,

> It is through the turn-by-turn character of talk that the participants display their understanding for the state of talk for one another, and because these understandings are publicly produced, they are available for analytic treatment. (1984: 11)

All'analista basterà infatti osservare ogni seconda mossa – ciò che Sacks et al. (1974) hanno chiamato "next turn proof procedure" – per sapere come l'interlocutore ha interpretato il turno precedente e per spiegare come i partecipanti arrivino a una co-costruzione dell'interazione e a una co-comprensione di ciò che sta succedendo. Se per esempio l'interlocutore produce un'azione riconoscibile come una risposta o un'accettazione significherà che ha interpretato il turno precedente come una domanda o un invito.

Riassumendo, la CA pone coerentemente e insistentemente un'unica domanda su ogni azione (o ogni componente di ogni azione): "Why that now?" (Heritage e Clayman 2010: 17). Per rispondervi, esamina cosa fa un'azione in relazione a quanto la precede, mettendo cioè in evidenza come il parlante interpreta il turno di chi lo precede (aspetto interpretativo), e cosa proietta nelle azioni future, mettendo in questo caso in evidenza come i parlanti coordinano le loro azioni (aspetto coordinativo).

1.2.1 Le regolarità della conversazione ordinaria

Malgrado la dinamica mutevolezza delle interazioni, vi sono delle regolarità di comportamento che permettono di cogliere dei *pattern*. Così come guardando un pianoforte un bambino riconosce facilmente il *pattern* costituito da tasti bianchi e tasti neri che gli permette di orientarsi sulla tastiera, interagendo gli esseri umani imparano a riconoscere e

[61] Come spiega Heritage (2008), per azione sociale s'intende ogni comportamento espressivo verbale (i turni di parola) o non verbale (ad esempio i gesti o gli sguardi) che un locutore rivolge ad un altro/altri, condizionando in tal modo le azioni successive (l'accettazione o il rifiuto di quello che è stato detto).

ad applicare dei *pattern* comunicativi che similmente contribuiscono al loro orientamento nell'interazione (Duranti 2005). Sacks, che si era laureato con Goffman e Garfinkel e che può essere considerato l'iniziatore della CA,[62] è stato senza dubbio il primo a mettere in evidenza, basandosi sulla registrazione e l'analisi di conversazioni autentiche, che vi è un ordine nelle interazioni, delle regole conversazionali cui i parlanti ricorrono in maniera più o meno consapevole che permettono loro di regolare i loro scambi comunicativi così come regolano l'attraversamento in massa sulle strisce pedonali. Per quanto numerose possano essere le persone che interagiscono o che attraversano una strada, le sovrapposizioni e i silenzi, o gli scontri e le incertezze, sono molto più rari di quanto non si possa inizialmente credere.

Descrivendo il funzionamento della conversazione ordinaria Sacks et al. (1974: 700) hanno notato che i locutori si alternano regolarmente, che in genere parlano uno alla volta, e che la transizione tra un turno e l'altro si fa minimizzando le pause e le sovrapposizioni. Queste tre constatazioni, apparentemente molto banali, hanno sollevato una questione a cui l'analisi della conversazione ha tentato di dare una risposta, ossia: come è possibile che gli interlocutori si alternino con una tale precisione, sistematicità e metodicità senza mettersi d'accordo prima o durante l'interazione? La risposta risiederebbe nell'ordine conversazionale, che è caratterizzato da due elementi fondamentali: le tecniche di costruzione e quelle di allocazione dei turni.

1.2.1.1 Co-costruzione e alternanza dei turni di parola

Un turno di parola è costituito da quello che un parlante dice senza che nessuno intervenga. Ogni turno si compone di unità costitutive (TCU: *turn contructional units*) che i locutori percepiscono come entità complete delle quali possono mostrare la propria comprensione. Quando una persona parla, gli altri l'ascoltano seguendo il suo flusso verbale e rintracciando le unità che si succedono al fine di potersi inserire nel discorso al momento opportuno, vale a dire tra un'unità e l'altra (TRP: *transition relevance place*). In quel punto di completezza, qualsiasi altro partecipante può prendere la parola e ciò avviene secondo tre regole principali (cfr. Hutchby e Wooffitt 1998):

1. Se il locutore seleziona un partecipante, costui è il solo che abbia l'opportunità di prendere la parola una volta che il turno del primo locutore sia stato completato. Se non lo fa, il suo silenzio sarà percepito come "strano";

[62] Cfr. le sue *Lectures on conversation* (1992), che sono state trascritte ed editate postume da Jefferson ed introdotte da Schegloff.

2. Se il locutore non seleziona nessuno, al primo punto di transizione chiunque può prendere la parola auto-selezionandosi;

3. Se il locutore non seleziona nessuno e nessuno si auto-seleziona, il primo locutore può riprendere il turno continuando a parlare.

Come ricorda anche Merlino (in stampa), la realizzazione di un turno non dipende solo dalle decisioni indipendenti del locutore (il che ridurrebbe l'interlocutore a un soggetto passivo il cui ruolo consisterebbe "solo" nel riconoscere lo sviluppo e le componenti del turno), ma da un lavoro collaborativo tra i due:

> [...] it is misconceived to treat turns as units characterized by a division of labour in which the speaker determines the unit and its boundaries, with other parties having as their task the recognition of them. Rather, the turn is a unit whose constitution and boundaries involve such a distribution of tasks as we have noted: that a speaker can talk in such a way as to permit projection of possible completion to be made from his talk, from its start, direction of talk etc.; and that their starting to talk, if properly placed, can determine where he ought to stop talk. That is, the turn as a unit is interactively determined. (Sacks et al. 1974: 726-727)

L'identificazione dei TCU e dei TRP non ha tuttavia portato a una delimitazione formale di queste unità, perché dal punto di vista dell'analisi della conversazione la definizione dei turni resta "*un accomplissement pratique des membres*" (Mondada 2007: 10 [corsivo nell'originale]), il frutto del loro lavoro congiunto.

1.2.1.1.1 Il caso delle sovrapposizioni di turno

Come nota Jefferson, sembra far parte del lavoro del ricevente il fatto di permettere "just a bit of space between the end of a prior utterance and the start of his own" (1984: 18-19), dal momento che la maggior parte dei turni iniziano in una "unmarked next position" dove "one doesn't get a sense of a next utterance being 'pushed up against' or into the prior, nor of its being 'delayed'. It simply occurs next" (*Ibid.*). Se questo piccolo spazio non sussiste, ad esempio perché il secondo locutore inizia a parlare prima che l'altro abbia concluso il proprio turno, ossia in sovrapposizione (*overlap*), non significa però che questi non stia ben facendo il proprio lavoro né mancando di attenzione rispetto a quanto l'altro sta dicendo. Ben al contrario. Come sottolinea Jefferson a proposito del funzionamento generale delle sovrapposizioni:

> While in the past I had noticed that not <u>all</u> overlap was a matter of "people just not listening to each other", but quite to the contrary <u>could</u>, at least now and then, here and there, be a matter of fine-grained attention, I had no idea just how massively overlap is associated with just such attention. (Jefferson 1984: 11[sottolineature nell'originale])

Nelle parole di Mondada (2007: 17), le sovrapposizioni mostrerebbero l'interpretazione *online* da parte dei partecipanti della strutturazione del turno *in fieri* in TCU e il loro

orientamento alla presa del turno. Come dimostra l'autrice facendo leva su analisi multimodali, questo orientamento è visibile ancor prima che il secondo interlocutore pronunci la prima parola, attraverso dei "gestes de pointage" (*Ibid.*: 18) che funzionano secondo la stessa logica delle sovrapposizioni, ma con una differenza di non poco conto, che è "la possibilité de réaliser un pointage de manière silencieuse et donc non intrusive ou non perturbante pour le tour (verbal) en train de se faire" (*Ibid.*: 20).

Non disponendo, come vedremo nel secondo capitolo, di dati video, in questa tesi ci limiteremo a considerare le sovrapposizioni in senso "classico", ossia la produzione contemporanea di due enunciati da parte di due locutori diversi. Ciò non toglie che lo schema di Mondada (2007: 18), che abbiamo sotto riportato e "tradotto", possa tornarci utile per analizzare la transizione tra i turni degli interlocutori primari e quelli dell'interprete.

A: -----TC1-----	**--X—TCU2------**	**------TCU3---X--**	**----TCU4-----X--**		
Posizioni rispetto al turno di A	*Mediana*	*Pre-terminale*	*Terminale*		
B:	**X**	**X**	**X**	**X----------**	**X-------- >**
Posizioni rispetto al turno di B	*Pre-iniziale*	*(più o*	*meno precoce)*	*Iniziale*	*Post-iniziale*

Fig. 1.1 L'orientamento dei partecipanti verso l'organizzazione del turno in TCU

La posizione sequenziale che abbiamo evidenziato in Figura 1.1 è stata ampiamente descritta nella letteratura sulle sovrapposizioni e in particolare da Jefferson (1984), che distingue tra "terminal overlap", dove la sovrapposizione interessa l'ultima sillaba o l'ultimo suono del turno precedente, "recognitional terminal overlap", dove a essere interessata è l'ultima parola (che è riconoscibile, proiettabile e quindi anticipabile) e "pre-completor onset", dove

> the base procedure […] is the projection of the item which will bring a turn to completion, and starting up then and there, rather than waiting for that word to reach imminent completion, as is done with "terminal overlap", or at least partial utterance, as is done with "recognitional terminal overlap". (Jefferson 1984: 26)

"En deça", come precisa Mondada (2007: 20), di questi tre tipi di sovrapposizione in posizione terminale, Jefferson parla di "recognitional onset" per descrivere il punto in cui il co-partecipante può proiettare la fine del turno orientandosi al suo materiale grammaticale e soprattutto al senso generale che sta emergendo e che è riconoscibile a partire da quel punto. "En ces positions – continua Mondada – le prochain locuteur traite la complétion du

tour comme prévisible et effectue une 'incursion' plus ou moins importante dans le tour de l'autre" (*Ibid.*).

Aldilà della posizione in cui B fa "incursione" nel turno di A (mediana, pre-terminale o terminale), lo schema di Mondada che abbiamo riportato in Fig. 1.1 mostra bene lo sviluppo temporale delle loro azioni verbali, che occupano degli spazi precisi sulla linea del tempo. La precisione temporale dei contributi dei diversi partecipanti sarebbe peraltro il segno "du caractère étroitement coordonné de leurs actions" (*Ibid.* : 19), che apparirebbe in modo ancor più evidente se si considerassero non solo la parola ma anche i corpi in interazione, nella misura in cui anche i comportamenti non verbali sono articolati gli uni agli altri in modo estremamente sincronizzato (cfr. Mondada in stampa).

1.2.1.2 Coppie e sequenze di turni

La sequenzialità e l'adiacenza conversazionale sono particolarmente visibili nel caso di coppie di turni (definite per l'appunto coppie adiacenti) in cui la prima parte proietta (rende rilevante) la seconda. Se si pensa alle sequenze di domande e risposte appare evidente come la domanda del primo interlocutore proietti e renda rilevante la risposta del secondo. Ciò non significa, a livello sequenziale, che la risposta sarà prodotta nel turno immediatamente successivo (il che equivarrebbe a quella che i conversazionalisti chiamano "azione preferita"), dal momento che il secondo interlocutore potrebbe non aver capito e chiedere di ripetere oppure volontariamente sviare il discorso (il che equivarrebbe a fare un' "azione dispreferita").[63] Significa però che l'eventuale assenza di una risposta sarà interpretata come significativa, poiché alla prima parte della coppia adiacente non ha fatto seguito la seconda.

Lo stesso meccanismo di adiacenza è alla base della produzione degli *assessments*, ovvero quelle valutazioni positive o negative che un parlante fa rispetto a qualcosa che conosce. Gli studi di Pomerantz (1984), Heritage e Raymond (2005, 2006) e Lindstrom e Mondada (2009), nonché il saggio in pubblicazione di Zorzi (in stampa) hanno infatti dimostrato come l'azione valutativa di un parlante (prima parte della coppia adiacente) proietti l'accordo o il disaccordo del suo interlocutore (seconda parte della coppia), rendendo le sequenze di *assessments*, al pari di quelle di domanda e risposta, delle attività conversazionali che vanno considerate e analizzate nel loro insieme.

[63] Nelle parole di Traverso, che come altri francesisti (cfr. per es. De Fornel e Léon 2000; Gülich e Mondada 2001; Kerbrat-Orecchioni 2005) offre il grande vantaggio, per l'apprendista conversazionalista, di parlare della CA con un certo distacco (linguistico e concettuale) rispetto alle fonti anglofone delle quali riesce quindi a costruire una coerente visione d'insieme, queste due azioni "sont deux réalisations possibles du type de paire initié par la question sur la santé. Les deux ne sont pourtant pas équivalentes car un système de préférence existe. Par 'préférence', on désigne le fait que certaines actions sont plus fréquentes, structurellement plus simples et produites plus rapidement (actions préférées), alors que d'autres sont produites à plus grands frais, souvent après un court silence, accompagnées d'hésitations et de justifications du choix effectué (actions non préférées)" (1999: 34).

I concetti di sequenzialità e adiacenza possono in certi casi valicare i confini della coppia ed essere usati per spiegare unità conversazionali più lunghe. Questo è il caso delle triplette che Heritage e Clayman (2010) riscontrano in molti tipi di conversazione, e che ritroveremo sia nelle interazioni nelle istituzioni sanitarie (ten Have 1991) che in quelle nelle istutuzioni formative (Mehan 1979). Ed è anche il caso delle cosiddette "side sequences" (Jefferson 1972), che ora tenteremo brevemente di descrivere.

1.2.1.2.1 Un caso particolare di side sequence

A ciascuno sarà capitato più e più volte nella vita di raccontare o ascoltare storie, e di chiedere o dare indicazioni stradali. La CA ha mostrato come entrambe queste situazioni possano essere analizzate come attività sequenzialmente organizzate, come delle "coherent conversational unit" o "activity" (Jefferson 1978: 219) che vengono realizzate *nel* e *attraverso il* parlato dei partecipanti, i quali hanno dei modi organizzati e riconoscibili di iniziare, gestire e finire l'attività in questione. Sia lo *story-telling* (Jefferson 1978) che il *direction-giving* (Psathas 1991) sono delle *side sequence* che si inseriscono in un'attività in corso determinandone una più o meno breve interruzione, secondo una tipica struttura sequenziale che Jefferson chiama "(O)-(S)-(R): On-going sequence, side-sequence, return to on-going sequence" (1972: 316).[64]

Come è stato messo in evidenza dalla letteratura, l'interesse di queste *side* o "insertion sequence" (laddove la sequenza di inserimento è in genere più breve e può essere riscontrata all'interno della stessa *side sequence*: cfr. Wilson 1991; Psathas 1991) risiede da una parte nel modo in cui queste si collocano nell'attività principale (ossia nel modo in cui i partecipanti entrano ed escono da tale attività), e dall'altra nel modo in cui i partecipanti concorrono, ad esempio, alla costruzione di un'attività di *direction-giving* che è negoziata tra chi fornisce e chi riceve le indicazioni. Come dimostra Psathas,

> Once the direction-giver begins the activity of giving directions, the recipient becomes actively involved in what becomes a collaboratively produced direction set. (1991: 196)

Oltre a implicare dei modi organizzati per entrare e uscire dal "direction set", le sequenze di indicazioni hanno una certa coerenza interna e sono accomunate da sette caratteristiche che Psathas (1991: 198) così riassume:

1. they are sequentially organized;
2. they are undertaken in response to a request initiated by the recipient (direction-asker) or solicited by the direction-giver;

[64] Jefferson si è molto concentrata su un particolare tipo di *side sequence*, ossia quello che riguarda il racconto non tanto di una storia ma dei propri problemi, e questo sia nel contesto della conversazione ordinaria (1988) che nel contesto di incontri di servizio (Jefferson e Lee 1992). Le sue riflessioni hanno dato l'avvio a una serie di studi sul cosiddetto "trouble-telling" (cfr. per es. Maynard 1997, 2003; Pudlinski 2005).

3. they are designed for a recipient (direction-asker);
4. they consist of a next turn(s) in which the set of directions is begun; and of
5. next turn(s) in which the recipient-asker co-participates as an active recipient with displays of understanding, acceptance, or requests for elaboration, repetition, clarification, etc., which are a coordinate part of the set of directions and not new topics; and of
6. a next turn in which the direction-giver proposes "arrival" at the destination; and of
7. a marked ending of the set with such possible moves to end as
    a. an acknowledgement/acceptance/understanding display by the recipient and a move to a next topic or to a closing, or
    b. a request for confirmation by the direction-giver and a confirmation/acknowledgement/appreciation by the recipient and a move to next topic or to a closing.

Il riconoscimento di queste regolarità nella deviazione da un'attività principale può essere utile nella misura in cui si vogliano mettere a confronto dei "dare indicazioni" che si collocano in diversi tipi o contesti di interazione, e ciò al fine di osservare in che misura queste sequenze si avvicinino alla o si allontanino dalla "gross characterization" di Psathas (1991: 198).

1.2.1.3 La negoziazione dell'autorità epistemica

In genere i partecipanti a una interazione si posizionano al suo interno a seconda dell'ordine epistemico che si attua tra di loro, ossia a seconda di ciò che l'uno conosce dell'altro, ma anche di ciò che è autorizzato a conoscere, a descrivere e a comunicare (Heritage e Raymond 2005, 2006),

Per capire la posizione epistemica che un parlante adotta all'interno di una sequenza si possono rilevare determinate risorse linguistiche e studiare l'organizzazione della sequenza stessa. Se ad esempio un parlante fa un enunciato dichiarativo (cfr. "we're painting like mad in the kitchen" in Heritage e Raymond 2005: 19) stabilisce con questo un gradiente epistemico positivo tra sé e il suo interlocutore: il parlante ha il diritto di affermare le informazioni contenute nell'enunciato in quanto è proprio lui che sta dipingendo la cucina, e il gradiente epistemico non è altro che la differenza che intercorre tra il livello di conoscenza che parlante e interlocutore hanno riguardo al fatto in questione. In questo caso, il gradiente epistemico è positivo, perché è colui che formula l'enunciato dichiarativo ad avere il primato sulla conoscenza di ciò che afferma.

Di converso, gli enunciati interrogativi stabiliscono di norma un gradiente epistemico negativo tra il parlante e l'interlocutore. Porre una domanda (per es. "com'era il film ieri?") equivale ad affermare che a detenere l'autorità epistemica è l'interlocutore che probabilmente, a differenza del parlante, è andato al cinema la sera prima. Attraverso la propria domanda, il parlante manifesta il desiderio di venire a conoscenza di

un'informazione sconosciuta che sa essere in possesso del proprio interlocutore e proprio per questo si parla di gradiente epistemico negativo.

A concorrere all'ordine e al gradiente epistemico, c'è anche il tipo di accesso alle informazioni, che può essere di prima mano e immediato, oppure di seconda mano e mediato (Raymond e Heritage 2006). Per illustrare meglio questo concetto, possiamo tornare all'esempio del cinema e considerare la differenza che intercorre tra una persona che ha visto un film e una persona che ne ha solo sentito parlare, magari perché si è confrontato con i propri amici o ha letto una recensione. La persona che ha visto il film ha un accesso diretto all'informazione, di prima mano, mentre colui che non ha visto il film, ma ne ha soltanto sentito parlare, ha un accesso mediato o di seconda mano. Ne consegue che la prima persona può rivendicare un diritto superiore riguardo al contenuto del film rispetto alla seconda e che la loro posizione all'interno dell'interazione sarà diversa (*Ibid.*). In una pubblicazione ancora più recente, Heritage (2011) approfondisce questo concetto introducendo la distinzione tra "territories of experience" e "territories of knowledge", cioè tra quelle informazioni che sono state acquisite tramite l'esperienza diretta (nel nostro caso potrebbe essere l'esperienza della migrazione) e quelle che sono invece il frutto di un lavoro cognitivo (per es. lo studio, la lettura, la formazione sull'argomento). In termini di ordine epistemico, le informazioni dirette hanno un valore superiore rispetto a quelle mediate dalla conoscenza.[65]

1.2.1.3.1 Rivendicazioni e mitigazioni di conoscenze

L'ordine di conoscenza che si produce all'interno dell'interazione (in virtù, ad esempio, degli elementi succitati) non è fisso e immutabile, ma soggetto a modificazioni da parte dei partecipanti. Costoro hanno infatti la possibilità di rivendicare la loro autorità (*upgrading epistemic authority*) e quella di metterla in discussione o di mitigarla (*downgrading epistemic authority*). Basandosi sullo studio di dati autentici in lingua inglese, Raymond e Heritage (2006) hanno descritto tutta una tipologia di casi di rivendicazioni e mitigazioni e concluso quanto segue.

L'*upgrading* interessa principalmente un enunciato posto in seconda posizione, vale a dire un enunciato prodotto da un parlante in risposta al turno del parlante precedente.

[65] Il fatto stesso che si sia inizialmente privilegiato il profilo del mediatore avente un'esperienza di migrazione si inserisce, crediamo, proprio in questa dicotomia tra esperienza e conoscenza. Si è pensato, cioè, che affondando le proprie conoscenze nei territori dell'esperienza questi sarebbe stato un miglior mediatore. Posizione, questa, su cui ci si è poi dovuti ricredere, perché questa esperienza, senza il dovuto distacco e la dovuta riflessione, non è di per sé garanzia di un buon servizio (cfr. l'RMI 2010: 62). Come sottolinea Cohen-Emérique (1993: 73), avere la stessa esperienza migratoria e conoscere "la cultura" del paziente può essere certo illuminante, ma in molti casi i comportamenti sono ascrivibili alla singola persona. Bisogna quindi superare lo schema semplicistico applicato al contesto multi-etnico secondo cui sarebbe sufficiente conoscere la "cultura" dell'altro o avere la stessa origine etnica per essere mediatori efficaci.

Effettuando un *upgrading*, questo secondo parlante afferma di avere una conoscenza più approfondita riguardo a una certa persona o a un certo argomento rispetto a quella mostrata dall'interlocutore nel primo turno e quindi rivendica la propria autorità epistemica. Secondo gli autori questo può esser fatto in due modi:

(1) il parlante può affermare che la propria idea su un determinato argomento si era già formata indipendentemente dal primo turno dell'interlocutore e che quindi l'interlocutore non ha contribuito in nessun modo a modificarla. In questo modo il parlante rifiuta l'inferiorità epistemica che gli era stata attribuita. Nell'esempio di Heritage e Raymond (2005: 17) che, come quelli successivi, riportiamo in ortografia standard e senza marche prosodiche:

J: It's such a beautiful day out isn't it?
L: Yeh it's just gorgeous

(2) il parlante può utilizzare una interrogativa negativa per "riscattarsi" dalla seconda posizione che occupa andando, in un certo qual modo, a sostituirsi all'enunciato in prima posizione. Nell'esempio di Heritage e Raymond (2005: 21)

Bea: last it's the first time you met Miss Kelly?
(1.0)
Nor: met whom?
Bea: Miss Kelly?
Nor: Yes [you know what]
Bea: [isn't she a cu]te little thing?

Il *downgrading* interessa invece, di norma, un enunciato in prima posizione e viene usato dal parlante per mitigare quello che sta dicendo poiché si rende conto che è il proprio interlocutore ad avere una maggiore conoscenza al riguardo. Anche in questo caso, gli autori individuano due modalità di realizzazione:

(1) il parlante palesa il proprio accesso mediato all'informazione usando i cosiddetti *evidentials* (verbi come sembrare, pensare, sentire e simili) e in tal modo produce un *downgrade* del contenuto del proprio enunciato. Nell'esempio di Heritage e Raymond (2005: 18)

Nor: Sh[e seems such a n]ice little [lady]
Bea: [since you can] [awful]ly nice

(2) il parlante aggiunge una coda al proprio enunciato (*tag question*), invitando implicitamente l'interlocutore a confermarne la validità nel secondo turno e cedendogli così l'autorità epistemica. Nell'esempio di Heritage e Raymond (2005: 20)

Jen: They're [a lovely family now aren't[they ?
Ver: [mm [they are yes

L'esistenza di queste regolarità nelle strutture sintattiche con le quali il parlante annuncia il proprio intervento di negoziazione della conoscenza non vieta però la presenza di eventuali deviazioni. Non a caso, gran parte della più recente analisi della conversazione è stata dedicata alla *deviant case analysis* (Heritage 1984). In altre parole, se i primi ricercatori, da Sacks in poi, hanno contribuito a identificare dei *pattern* comunicativi nella conversazione ordinaria, molti di coloro che li hanno seguiti si sono concentrati sulle deviazioni da questi *pattern*, sia nella conversazione "ordinaria" che in una vasta mole di conversazioni che avvengono nella vita quotidiana, ma che si svolgono in ambiti cosiddetti "istituzionali". Come precisa Heritage (2009), aldilà di una denominazione che tradisce le sue origini, l'analisi della *conversazione* si occupa quindi anche del parlato in altri tipi di interazione che si svolgono in ambienti più specifici, in cui le azioni e gli obiettivi dei partecipanti sono in genere più limitati e influenzati dal contesto istituzionale in cui si svolgono.

1.2.2 Regolarità e deviazioni nelle interazioni istituzionali

Senza volerci in alcun modo addentrare in una distinzione particolarmente complessa e controversa tra quello che è "ordinario" e quello che è "istituzionale", diremo che l'interazione per noi è istituzionale nella misura in cui "it involves an orientation by at least one of the participants to some core goal, task or identity (or set of them) conventionally associated with the institution in question" (Drew e Heritage 1992: 22). Per quanto sia lecito affermare che le interazioni "istituzionali" sono in realtà una commistione di conversazione ordinaria e parlato orientato a un contesto o obiettivo specifico, come provano del resto le registrazioni di interazioni autentiche, crediamo che la definizione di interazione "istituzionale" abbia una qualche valenza operativa. L'aggiunta di tale aggettivo presuppone, infatti, due concetti che possono rivelarsi chiave nell'osservazione e nella comprensione dei nostri dati reali e didattici:

- L'interazione è istituzionale nella misura in cui i partecipanti si orientano alle loro identità professionali o istituzionali (*Ibid.*).

Ciò significa, nel caso dei nostri dati reali, che i parlanti prendono principalmente la parola in qualità di operatori, pazienti e interpreti e che per quanto ciò non escluda l'attivazione di altri contesti, e di altre identità sociali, i cambiamenti saranno percepibili non solo per i partecipanti, ma anche per l'osservatore esterno. Per quanto i confini tra "ordinario" e "istituzionale" siano discutibili e spesso difficili da definire, ci sono infatti demarcazioni nette che ce ne fanno percepire la differenza, come quando operatori e pazienti passano dai convenevoli di inizio incontro alla visita medica vera e propria (Robinson e Heritage 2006). Lo stesso concetto si applica ai dati didattici, dove pur nella simulazione di un'interazione

sanitaria mediata, i partecipanti continueranno a orientarsi alle loro identità nell'istituzione formativa, ossia quella di insegnante/esaminatore e quella di studente/esaminato (cfr. sotto).

- L'interazione è istituzionale nella misura in cui è orientata a uno o più scopi specifici di un determinato contesto (Drew e Heritage 1992).

Il semplice fatto che ciascuno di noi possa farsi una lista delle motivazioni che lo spingono ad andare dal medico è un'indicazione della natura *goal-oriented* dell'interazione in ambito sanitario. Tale interazione presuppone, a voler essere più precisi, le aspettative del contesto nel quale è incorniciata, che nel caso dei nostri dati reali sono in genere di tre tipi: (1) i valori che orientano l'interazione medico-paziente, come la distinzione tra salute e malattia o tra guarigione e trattamento; (2) i ruoli dei partecipanti nell'interazione, ossia quello di medico e di paziente; (3) i risultati dell'interazione medico-paziente, ovvero un trattamento efficace.[66] Per questo, l'analisi dell'interazione non può esimersi da un'analisi del modo in cui le stesse interazioni sono incluse in contesti più ampi (che abbiamo descritto nel capitolo introduttivo), cui più o meno esplicitamente i partecipanti si orientano. Quel che è vero per le interazioni tratte dal contesto sanitario è vero pure per quelle tratte dal contesto formativo, dove lo scopo è di natura didattica e si declina in istruzione e valutazione.

Di seguito passeremo in rassegna alcuni degli studi di CA che hanno diretto la loro attenzione sul contesto istituzionale sanitario e su quello formativo, esplicitando alcuni motivi per i quali questi sono rilevanti per le nostre analisi.

1.2.2.1 CA e istituzioni sanitarie

Poiché l'ambito sanitario è uno di quelli in cui l'analisi della conversazione ha trovato la sua più larga applicazione, è estremamente difficile mappare gli studi che vi sono stati condotti, il che comunque esulerebbe dagli scopi di questa tesi. Premettiamo quindi che la nostra non sarà che una piccola selezione dettata da criteri di utilità ai fini delle nostre analisi. Come tale, non ha alcuna pretesa di esaustività né di rappresentatività del vasto patrimonio di fenomeni che nelle interazioni sanitarie possono essere, e sono in gran parte già state, osservate.

[66] Aspettative, queste, che ritroviamo in molti dei contributi di Baraldi e Gavioli e che sono state ulteriormente approfondite in occasione dell'*Intercultural Communication and Linguistics conference* che si è svolta in Sud Africa nel gennaio del 2008 e del *TF MFCCH meeting on Intercultural Communication* che si è svolto a Reggio Emilia a marzo dello stesso anno.

1.2.2.1.1 L'asimmetria dell'interazione medico-paziente

L'idea secondo cui l'interazione medico-paziente sia asimmetrica è in genere condivisa sia dai partecipanti che dagli osservatori di questo tipo di interazione. Tradizionalmente si assume che il ruolo del medico e quello del paziente siano diversi e che questa differenza corrisponda a quella tra "leader" e "follower" (ten Have 1991), ovvero tra la persona che ha l'autorità medica derivatagli dalla scienza e la persona malata che da questa autorità dipende (Heritage 2005). E si considera l'asimmetria dell'interazione un effetto delle strutture, delle regole e delle risorse dell'istituzione sanitaria in cui si svolge.[67]

Gli studi etnometodologici prima e quelli conversazionali poi hanno contribuito a ribaltare questa visione tradizionale e a mostrare come le asimmetrie siano prodotte (anche, o solo, a seconda delle prospettive) "in and through the details of physicians' and patients' situated interactions" (ten Have 1991: 138) e come siano i partecipanti stessi a "talk an institution into being" (Heritage 1984: 290). A livello sequenziale, se nelle conversazioni ordinarie le regole di allocazione dei turni fanno sì che ogni partecipante abbia lo stesso diritto di parola e lo stesso diritto di far evolvere l'interazione in una direzione piuttosto che in un'altra (Hutchby e Wooffitt 1998), in questo tipo di interazioni istituzionali l'asimmetria dei ruoli si traduce in sistemi alternativi di presa di parola, in cui un locutore (l'operatore sanitario) ha un potere diverso rispetto agli altri (pazienti e altri partecipanti).[68] Assistiamo, in questi casi, a delle "conversazioni diseguali" in cui un "regista" controlla lo sviluppo dell'interazione e ha accesso a diritti conversazionali che sono negati agli altri (Orletti 2000). Ciò è particolarmente evidente in alcune fasi[69] dell'incontro medico-paziente: all'inizio, dove aldilà del fatto che sia il paziente a decidere di andare dal medico, molte iniziative spettano al medico; durante l'anamnesi, in cui il medico controlla, con le proprie domande, lo sviluppo dell'interazione (cfr. sotto); nella comunicazione della diagnosi, in cui forse più che altrove si manifesta l'autorità conversazionale del medico.[70]

---

[67] Sull'asimmetria dei saperi tra medico e paziente si leggano anche Gajo e Traverso 2002; Traverso 2003b; Mondada 2006b.

[68] Come sottolinea François, "les modes d'enchaînement locaux (d'un énoncé sur l'autre) sont le premier lieu où se manifeste la place du locuteur" (2005 : 218).

[69] Heritage ha confermato come le visite mediche di terapia intensiva si svolgano, come già avevano suggerito Byrne e Long (1976), seguendo uno schema ricorrente che si suddivide in sei fasi (cfr. Heritage e Maynard 2006: 14; Heritage e Clayman 2010: 105).

I OPENING
II PROBLEM PRESENTATION
III DATA GATHERING:
- HISTORY TAKING
- PHISICAL EXAMINATION
IV DIAGNOSIS
V TREATMENT
VI CLOSING

[70] Cfr. gli studi di Byrne e Long (1976) e quelli di Heath (1992) e Peräkylä (1998) citati in Heritage (2005).

Un'autorità, questa, che secondo ten Have (1991) si manifesterebbe anche nell'utilizzo che i medici fanno del cosiddetto "terzo turno", ovvero di quel turno di commento o valutazione che Mehan (1979) ha identificato nella tripletta IRE che, come vedremo, caratterizza il contesto didattico e che si attiverebbe anche nel contesto medico. In particolare, ciò che emerge nell'analisi che ten Have (1991), sulla scorta di altri, fa del terzo turno (E), è che i medici in genere evitano di fare dei commenti, di mostrare il proprio allineamento rispetto al contenuto del turno precedente o di dare altra indicazione sulla loro comprensione o interpretazione. In termini puramente conversazionali, i medici si limitano a utilizzare degli *acknowledgement tokens*, ovvero degli elementi come "mm hm" o "ok" che semplicemente comunicano la ricezione dell'informazione (cfr. Jefferson 1985), e non fanno invece uso degli *assessment tokens* (cfr. sopra), ovvero di quegli elementi che paleserebbero la loro reazione a, o interpretazione di, quello che è stato detto nel turno precedente (termini come "good/bad", "right/wrong" etc.).

L'analisi conversazionale non ha quindi negato la presenza di asimmetrie nelle interazioni, fortemente diseguali, che si verificano tra medici e pazienti. Ha però messo in evidenza come le scelte che i partecipanti possono fare per agire più o meno in accordo con i presupposti del contesto istituzionale, ovvero più o meno asimmetricamente o formalmente, possono essere sfruttate dagli stessi partecipanti per creare delle sequenze particolari e per raggiungere determinati effetti interazionali (ten Have 1991). Rifacendoci a quanto abbiamo detto nel capitolo introduttivo a proposito della comunicazione in ambito sanitario, ciò significa che la comunicazione centrata sul paziente non è necessariamente l'effetto di un'istituzione che cambia, ma che i partecipanti all'interazione hanno un certo margine di manovra per creare, loro stessi, una comunicazione centrata sul paziente che contribuisca al cambiamento istituzionale, che *talk* – parafrasando Heritage (1984) – *a new institution into being*. Se è vero infatti che i partecipanti a una interazione sanitaria si posizionano al suo interno a seconda dell'ordine epistemico che si attua tra di loro, e che chi detiene il sapere medico esercita un certo controllo sullo sviluppo dell'incontro, è vero anche che l'ordine di conoscenza non è fisso e immutabile e che i partecipanti possono contribuire a modificarlo rivendicando o mitigando la loro autorità epistemica (« 1.2.1.3.1).

1.2.2.1.2 Le domande nella comunicazione in ambito medico

Oltre ad aver consolidato l'applicazione dell'analisi della conversazione alle interazioni in contesti sanitari, mostrando come la CA non sia prerogativa di una cerchia ristretta di conversazionalisti, ma si traduca in quantificazioni e generalizzazioni che possono

"informare" la stessa classe medica,[71] Heritage ha contribuito a mettere in luce il funzionamento degli incontri medico-paziente, descrivendo le azioni e reazioni che vengono rese rilevanti nelle diverse fasi della visita. Rimandando a Heritage e Maynard (2006) per una panoramica esaustiva, ci soffermeremo brevemente su un'attività che assume particolare rilevanza in una fase che ritroveremo anche nei nostri dati, ossia durante l'anamnesi del paziente.

Come hanno mostrato Boyd e Heritage (2006), Heritage (2010) e Heritage e Clayman (2010), la fase di anamnesi è caratterizzata da quello che questi autori chiamano *questioning*, riferendosi a delle lunghe sequenze di domande e risposte in cui il medico conduce l'interazione controllando l'alternanza dei turni di parola: in una tipica visita occidentale è lui che fa le domande (prima parte della coppia adiacente) mentre il paziente in genere si limita a rispondere (seconda parte, attesa, della coppia), e ciò dà origine a una conversazione fortemente asimmetrica e diseguale (cfr. sopra).

Le domande del medico sono volte a raccogliere informazioni sulla condizione di salute del paziente, il che riveste un'importanza considerevole ai fini di una corretta diagnosi e di un trattamento appropriato. Ne consegue che le prime parti di queste lunghe serie di coppie adiacenti (gli autori parlano di un minimo di venti a un massimo di trenta domande per visita) sono specificatamente "disegnate" per il paziente che dovrà rispondervi. Mostrano, cioè, un'attività di *recipient design*, espressione che gli analisti della conversazione riferiscono a una "multitude of respects in which the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are the co-participants" (Sacks et al. 1974: 727).

Come precisano Heritage e Clayman, il fatto che le domande siano costruite per il ricevente è indice di un

> questioner who is listening to and thinking about the circumstances of the answerer. One conseguence of this, however, is that the physician's reasoning, beliefs and expectations about patients and their illnesses are communicated to patients through the design of their questions (2010: 136)

In altre parole, non solo la domanda del medico proietta la risposta del paziente, ma il modo in cui la prima parte della coppia adiacente viene costruita comunica al paziente delle informazioni su quello che il medico sta facendo con la propria domanda (per es. avviare una serie di domande sull'argomento "salute del padre del paziente") e sul tipo di risposta

[71] Basti pensare agli studi linguistici sulla prescrizione di antibiotici e a come Heritage sia riuscito a concretizzare i risultati di anni di ricerche (2003, 2004, 2006, 2010) in concrete raccomandazioni che potrebbero evitare ai medici di ridurre il numero di prescrizioni erronee. Alcune di queste sono state condivise con gli operatori sanitari di Modena e Reggio Emilia in occasione della lezione organizzata dalla Facoltà di Medicina e dal centro AIM dell'università di Modena il 10 settembre 2010 (http://www.saluter.it/news/ausl-re/prescrizione-inappropriata-di-antibiotici-quanto-conta-la-comunicazione).

che il medico si aspetta (nella fattispecie una risposta che si conformi alla sua agenda, e non una che riguardi la storia clinica della madre del paziente o di un altro famigliare).

Rimandando a Heritage e Clayman (2010) per una tipologia esaustiva delle dimensioni del *questioning*,[72] ci limitiamo qui a ricordare come le domande che contraddistinguono l'anamnesi siano rette da un generale "principio di ottimizzazione".

> This principle embodies the notion that, unless there is some specific reason not to do so, medical questioning should be designed so as to allow patients to confirm favorably framed beliefs and expectations about themselves, their health, and their circumstances. It is for this reason that patients are more rarely asked questions that grammatically prefer negative outcomes (Heritage e Clayman 2010: 144)

Ne consegue che se, come sopra, l'agenda prevede di indagare sulla mortalità del padre del paziente, la forma che il medico tenderà a dare, di *default*, alla propria domanda sarà "is your father alive?". La versione "is your father dead?" sarà molto più rara e comunque limitata ai casi in cui questa circostanza sia altamente probabile (*Ibid.*).

Sempre in un'ottica di ottimizzazione di quelle che gli stessi autori definiscono delle "well visits", vale a dire delle visite in cui le domande sono volte a constatare la buona salute del paziente, i medici mostrano la tendenza ad accorciare progressivamente le domande che appartengono alla stessa agenda e a collegare delle forme che di mano in mano diventano più ellittiche facendole precedere dalla congiunzione "e" (il cosiddetto *and-prefacing*). Nelle parole di Heritage e Clayman, questa pratica mostrerebbe un "routine 'checklist' objective" (2010: 148): il medico non mirerebbe, in altre parole, a fare una diagnosi differenziale, ma solo a inquadrare la condizione del paziente.

In ultima analisi, l'applicazione della CA alla comunicazione medico-paziente ha mostrato che, "whether questioners like it or not, their questions are unavoidably communicative" (Heritage e Clayman 2010: 152). Nella misura in cui aiuta a mettere in luce cosa, come e quando si comunica, l'analisi della conversazione si è rivelata un valido strumento per stimolare a farlo più consapevolmente, "triggering changes in attitudes and clinic practices that are beneficial for patient care" (Heritage 2009).

1.2.2.2 CA e istituzioni formative

Parte degli studi che hanno utilizzato la CA per mettere a fuoco le regolarità e le deviazioni nelle interazioni tra "formatori" e "formati" si sono concentrati su due dinamiche

[72] Oltre che mostrare un *agenda-setting*, le domande dei medici possono infatti "embody presuppositions", "convey epistemic stance" e "incorporate preferences" proiettando delle risposte in cui i pazienti rispettivamente "confirm/disconfirm presuppositions", "display congruent/incongruent epistemic stance" e "align/disalign with preferences" (Heritage e Clayman 2010: 136).

conversazionali, che qui tenteremo brevemente di inquadrare: quelle della correzione e quelle della simulazione. Ciò detto, si impone una precisazione.

Pur non misconoscendo gli apporti dei primi studi sull'analisi della conversazione e le regolarità che hanno contribuito a identificare, il nostro progetto si appoggerà maggiormente su una tradizione di studi più recente che prende il nome di *deviant case analysis* (Heritage 1984). Già presente, *in nuce*, nell'osservazione delle *side sequence* nei primi anni Settanta (cfr. sopra), questo approccio si è sviluppato soprattutto a partire dalla metà degli anni Ottanta, implicando l'analisi di casi in cui vi sia una qualche forma di "departure from a normal pattern of interaction" e prestando particolare attenzione "to the way in which participants orient to such departures through their actions" (Packet 2005: 237).[73]

Nel sotto-paragrafo che segue esemplificheremo in che modo regolarità e deviazioni possono incrociarsi nell'analisi delle interazioni didattiche, mostrando come le riparazioni che le contraddistinguono non siano affatto un caso deviante della riparazione individuata dai primi conversazionalisti, ma un fenomeno diverso, che ha una sua organizzazione specifica e che può eventualmente cooperare con la riparazione conversazionale.

1.2.2.2.1 La riparazione nelle interazioni didattiche

Riparazione (in inglese *repair*) è un termine generale che viene usato nella CA per coprire una vasta gamma di fenomeni, da quelli legati al sistema di allocazione dei turni (per es. il caso in cui l'interlocutore selezionato non prenda il turno e debba poi giustificare il proprio silenzio) ad altre forme di ciò che definiremmo più comunemente come "correzione", nel caso di errori nei contenuti espressi da qualcuno.

> The term repair is used in the first sense because one way of seeing what is going on is in terms of a 'repair of the turn-taking system'. In the second sense, the term repair is used in preference to alternatives such as correction, because as Schegloff, Jefferson and Sacks (1977) point out, not all conversational repair actually involves any factual error on the speaker's part. (Hutchby e Wooffitt 1998: 57)

Pur non mettendo in dubbio la veridicità dell'osservazione di Schegloff et al. (1977), ovvero il fatto che non tutte le riparazioni conversazionali implichino dei veri e propri errori, quindi delle vere e proprie correzioni, crediamo che la volontà di voler far ricadere fenomeni anche molto diversi sotto la comune etichetta generica di *repair*, nonché l'alternanza tra un termine e l'altro all'interno degli stessi saggi (cfr. Jefferson 1987 su "exposed" e "embedded

[73] Lo stesso Packet mette peraltro in evidenza come l'analisi dei casi devianti possa servire a sensibilizzare gli studenti a dei sistemi di *turn-taking* che sono specifici a determinati tipi di interazione (nel suo caso il "broascast interviewing"), prima di addentrarsi in considerazioni più puntuali sulla loro organizzazione sequenziale (2005: 248).

correction"), abbia contribuito non poco a generare confusione. Per praticità e chiarezza operativa, ci approprieremo quindi della distinzione tracciata in anni più recenti da Macbeth (2004), laddove basandosi sullo stesso saggio di Schegloff et al. che anche secondo Hutchby e Wooffitt inaugura la letteratura sul *repair* (cfr. citazione sopra), l'autore discute del concetto di riparazione e correzione in relazione allo stesso ambito per il quale anche noi ne faremo uso: il contesto didattico.

Macbeth parte dalla considerazione che in questo contesto gli scambi sono spesso organizzati secondo un *pattern* ricorrente che Mehan (1979) ha chiamato sequenza IRE, laddove le iniziali stanno per *Initiation*, *Reply* e *Evaluation*: l'insegnante inizia la sequenza generalmente ponendo una domanda, lo studente vi risponde, e poi l'insegnante valuta (potremmo anche dire *assess*, riutilizzando il concetto visto sopra) la risposta dello studente. Questa tripletta può essere alternativamente vista come la concatenazione di due coppie adiacenti (*Initiation-Reply* e *Reply-Evaluation*), le cui prime parti proiettano le seconde. Il fatto che le interazioni in classe siano regolarmente organizzate secondo la tripletta IRE determina due considerazioni forse banali che ciò nondimeno riproponiamo: l'insegnante pone domande per le quali conosce già la risposta (Macbeth 2004: 703); e all'insegnante spetta l'ultima parola o, in termini conversazionali, il terzo turno della sequenza (*Ibid.:* 704). Precisato questo, Macbeth parte dall'assunto che la produzione di risposte corrette da parte dello studente sia uno dei compiti e degli orientamenti dell'interazione in ambito didattico, sia per gli studenti che per gli insegnanti. Ne deduce che vi siano risorse conversazionali per compiere questo compito, incluse delle risorse per riparare le risposte qualora queste non siano corrette. Tali correzioni didattiche (*classroom correction*) assumono per Macbeth un valore diverso rispetto alle riparazioni conversazionali (*conversational repair*) e vanno pertanto trattate come fenomeni distinti.

Per giustificare questa presa di posizione, l'autore anzitutto riassume le posizioni di Schegloff et al. (1977) circa il funzionamento e le regolarità della riparazione nella conversazione ordinaria: il *repair* si riferisce, nella conversazione, alla riparazione di un enunciato, o durante la sua produzione o nei turni successivi; le sequenze di riparazione iniziano con un turno *repairable* o *trouble-source*; di norma i problemi (*troubles*) si verificano nella produzione o nell'ascolto/comprensione del turno, e il riconoscimento del problema e la sua successiva riparazione possono essere intrapresi da qualsiasi parlante. Più precisamente, il *repair* viene anzitutto iniziato, ovvero scoperto o riconosciuto come riparabile, e poi viene per l'appunto riparato, spesso – ma non sempre – attraverso una sostituzione. Entrambe le azioni, ovvero quella di iniziare e di fare la riparazione, possono essere compiute sia dalla persona che ha generato il problema (*self*) che dall'interlocutore

(*other*), il che dà origine a una griglia di quattro possibilità: *self-initiation, other-initiation, self-repair, other-repair*. A livello di regolarità, Schegloff et al. (1977) riscontrano nei loro dati una netta preferenza per la riparazione iniziata e fatta dalla stessa persona che ha prodotto il problema (*self-initiation, self-repair*) all'interno di una sequenza di tre turni.

Ciò contrasterebbe nettamente con quanto si verifica nel contesto didattico, dove a detta di uno studio successivo di McHoul (1990), vi sarebbe una marcata preferenza per la riparazione iniziata dall'interlocutore, e nella fattispecie dall'insegnante, all'interno di una sequenza di tre turni che consta di una risposta dello studente, di una valutazione dell'insegnante con iniziazione della correzione, e di una correzione vera e propria (*Reply-Evaluation-Correction*). L'interazione didattica rappresenterebbe, in altre parole, una deviazione dal *pattern* della conversazione ordinaria rispetto alla quale la simmetria sarebbe invertita.

Problematizzando l'analisi di MacHoul e introducendo delle variabili quali il tempo di risposta di studenti e insegnante (il periodo di dovuta considerazione) e gli orientamenti del contesto didattico (istruzione e correzione), Macbeth arriva a dimostrare che il *conversational repair* di Schegloff et al. (1977) e la *classroom correction* di MacHoul (1990) non sono lo stesso fenomeno in contesti diversi (il che giustificherebbe il loro confronto, alla stregua di MacHoul), ma proprio due organizzazioni diverse che possono eventualmente co-operare nel contesto didattico. Una cosa è il *repair*, che similmente a quanto si verifica nella conversazione ordinaria, e con gli stessi *pattern* sequenziali, anche nel contesto didattico è orientato alla reciproca comprensione dei partecipanti e iniziato-fatto laddove vi siano problemi nella produzione o ricezione di un turno o di parte del suo contenuto. Altra cosa è la *correction*, che si inserisce nella tripletta tipica del contesto didattico (IRE) e che si orienta alla formazione (*instruction*) degli studenti e quindi alla loro produzione di conoscenze e risposte corrette. Laddove vengano messe in campo conoscenze errate, è normale per il contesto didattico che sia l'insegnante a iniziare la correzione (*other-initiation*) lasciando comunque che sia lo studente, nella maggior parte dei casi, a produrre la correzione stessa (*self-correction*).

1.2.2.2.2 Il gioco di ruolo

Come abbiamo detto, questa tesi analizza interazioni simulate in ambito formativo, i cosiddetti *role-play*. Gli studi che hanno utilizzato la CA per osservarne le dinamiche conversazionali mettono a fuoco la relazione tra l'attività didattica della simulazione e

l'attività che viene simulata e il modo in cui i partecipanti entrano ed escono da questi due contesti rilevanti (*frame*).[74]

Più in particolare, Sharrock e Watson (1985) esaminano l'organizzazione di alcune simulazioni in una classe di inglese come lingua straniera in Francia e osservano il modo in cui i partecipanti negoziano la transizione al gioco di ruolo (per es. ponendo una domanda in inglese) e il modo in cui interpretano il loro ruolo (per es. di pescatore ambientalista) svolgendo quelle attività che vi sono comunemente associate (per es. la difesa della zona costiera dall'attacco dell'industria petrolifera), ossia quelle che Sacks (1972) definisce "category bound activities".

Linell e Thunqvist (2003) mostrano dal canto loro come i partecipanti a simulazioni di colloqui di lavoro entrino ed escano dal *frame* del gioco di ruolo negoziando le eventuali ambiguità che possono derivare da un'attività caratterizzata da "frames-within-frames". Nelle parole dei due autori:

> Actors build their utterances to fit a specific activity context, or to fit several such contexts at the same time, and they enact role identities associated with these activities (Linell e Thunqvist 2003: 431)

Questo studio quindi conferma quanto già affermato da Sharrock e Watson (1985) a proposito delle "category bound activities" e mette in evidenza come l'analisi di attività complesse quali i giochi di ruolo non dovrebbe prescindere dall'analisi "of surrounding activity types", che nel suo caso sono altre interazioni facenti parte dello stesso "youth project" e che, nel nostro caso, potrebbero essere altre attività facenti parte della stessa lezione o dello stesso esame di interpretazione dialogica.

Seale et al. partono dai risultati dei summenzionati studi per chiedersi fino a che punto l'esperienza dei partecipanti a un RP sia comparabile a quella dei partecipanti agli eventi reali per cui vengono formati. Le considerazioni di questi autori a proposito della visita simulata nella formazione dei futuri medici sono di due tipi. Da una parte,

> one can ask whether the surface appearance of staying in the role-playing frame denotes "authenticity" if this involves a different inner pshychological experience from that experienced by participants in the "real" situations for which they are being prepared (Seale et al. 2007: 179)

Dall'altra, Seale e colleghi suggeriscono che la facilità di utilizzo della lingua nella simulazione possa essere un fattore chiave per favorire la capacità di sviluppare nuove abilità comunicative, e questo indipendentemente dal fatto che le simulazioni riescano a

[74] Come torneremo a ripetere nell'ultimo capitolo, la nozione di "frame" è stata introdotta da Bateson (1972) e poi ripresa e sviluppata da Goffman (1974) e sta a significare un contesto che è analizzato dalla prospettiva dei partecipanti. In altre parole, quello che un partecipante tratterà come contesto rilevante dipenderà dalle attività svolte in un determinato momento. La complessità del gioco di ruolo è data dal fatto che vi sono almeno due contesti rilevanti: la "framing activity", ossia l'attività didattica della simulazione, e la "framed activity" ossia l'attività che viene simulata (Goffman 1974).

riprodurre dei casi clinici reali. Gli autori si spingono persino a dire che "the contribution of frame switching and out-of-frame metacommentary towards encouraging an orientation to simulations as 'just simulation' or 'not the real thing'" potrebbe essere proprio quello che ci vuole per incoraggiare i partecipanti a (1) assumere comportamenti comunicativi per loro inabituali e (2) metterli in pratica nel contesto "protetto" della simulazione.

Queste considerazioni non sono poi così distanti da ciò che già aveva osservato Francis diversi anni prima, ossia che i partecipanti non cercano veramente di riprodurre una situazione del mondo reale e che sanno benissimo che si tratta solo di un gioco.

> As an educational/professional activity it should be taken seriously but identities within the game should not be given improper precedence over relevant game context identities. (Francis 1989: 61)

Per quanto questo tipo di attività didattica vada preso sul serio – dice Francis – non bisogna dare la precedenza alle identità dell'attività che viene simulata. Ciò potrebbe infatti significare prendere il gioco "troppo sul serio" e generare un effetto umoristico. Nelle parole di de la Croix e Skelton, è normale che "the game of teaching [...] overrides the game of medecine" (2009: 701) e che le identità del *frame* didattico (ossia quelle di insegnante e studente) abbiano il sopravvento rispetto a quelle dell'interazione che viene simulata (per es. quella di medico e paziente).

Ciò non toglie che la simulazione possa essere un valido strumento di valutazione delle competenze orali dei partecipanti. Come conclude Okada (2010) in uno studio recente in cui la CA è applicata a colloqui che mirano a testare le competenze orali di potenziali "employees" in una lingua seconda o straniera (OPI: *oral proficiency interviews*).

> although the role-play in OPIs is different from ordinary conversation in terms of the interactional structures, what candidates do in and for a role-play activity is highly similar to what s/he does in an ordinary conversation: s/he must understand what his/her interlocutors have said and display his/her understanding in their next turn. In this sense, the role-play activity is not unsuitable, but instead valid for evaluating a candidate's conversational competencies. In particular, the activity would work effectively to investigate how well a candidate can construct a social and discursive identity in interaction, which seems to be difficult to elicit in an interviewer-led interviewing sequence. (Okada 2010: 1666)

Tuttavia, come nota puntualmente Stokoe (2011a: 124), Okada in fondo non si chiede se i giochi di ruolo assomiglino di più alla conversazione ordinaria rispetto ai colloqui tradizionali e si concentra soprattutto sul grado di coinvolgimento dei candidati. In qualsiasi RP, i partecipanti necessariamente esibiscono le loro competenze sul funzionamento del parlato in interazione (per es. nella costruzione e transizione di turno, nell'organizzazione delle sequenze, nella riparazione della comunicazione). Ma la questione è se il parlato nel gioco funziona come il parlato nella sua controparte reale. In altre parole: i turni sono

costruiti e presi/dati allo stesso modo? Le sequenze sono organizzate allo stesso modo? La comunicazione viene riparata allo stesso modo?

Proprio queste sono le domande empiriche a cui tenteremo di rispondere nei capitoli di analisi, dove considereremo la simulazione *come* interazione sanitaria mediata, ispirandoci a quella tradizione di studi che ha usato la CA per osservare l'attività dell'interprete in questa forma particolare di parlato istituzionale.

1.3 L'interpretazione dialogica come forma particolare di parlato istituzionale

Appoggiandosi sia a un'interpretazione sociologica che a un'interpretazione linguistica dell'analisi della conversazione, Wadensjö (1998) ha per prima osservato cosa facesse l'interprete nell'interazione con gli altri partecipanti, considerando la sua attività di interpretazione dialogica come una particolare forma di parlato istituzionale. In ciò che segue illustreremo che cosa significhi analizzare l'interpretazione dialogica *nella* e *come* interazione e mostreremo in che modo la CA possa rendere empiricamente accessibile il particolare "contesto" della traduzione.

1.3.1 Dal parlato come *testo* al parlato come *attività*

"Talk as text" e "talk as activity" sono espressioni che Wadensjö (1998) utilizza per riassumere due concezioni diverse del parlato che sono rintracciabili sia nella teoria che nella pratica dell'interpretazione dialogica. Il parlato come *testo* si collegherebbe, secondo l'autrice, a una visione *monologica* della lingua, mentre il parlato come *attività* si collegherebbe a una visione *dialogica*.

L'idea che generalmente si ha del lavoro dell'interprete è fortemente influenzata dal modello del condotto (Reddy 1979). Gli interpreti stessi, e le persone per cui lavorano, tendono cioè a concepire l'interpretazione come una questione di produzione e (ri)produzione di un testo di partenza che viene inteso "as an entity with a stable, definable meaning" (Mason 2006: 359). Per quanto ciò non venga sempre dichiarato esplicitamente – precisa Mason – "the assumption of the essential determinacy of meaning in texts and utterances is implicit in the frequent use of such terms as 'the message', the 'sense', 'equivalent'".[75]

Questa idea del condotto si radica nella teoria matematica della comunicazione come "signal processing" (Shannon e Weaver 1949) e nel suo conseguente modello comunicativo:

[75] Cfr. per es. Gile 1995 a proposito delle aspettative degli interpreti e Kurz 2002 a proposito di quelle dei loro clienti.

un messaggio originato da una fonte (il locutore A) è codificato e trasmesso attraverso un canale per la sua decodifica da un ricevente (il locutore B). Nel caso di un'interazione mediata, il canale è l'interprete stesso, che ripete, in una lingua diversa, quello che è stato precedentemente detto da due interlocutori che non si capiscono affatto, secondo un formato idealizzato di alternanza dei turni in cui l'interprete è un condotto invisibile e neutrale che traduce, senza pause né sovrapposizioni, gli enunciati di A e di B (cfr. Dimitrova 1997).

A: Turno 1 (nella lingua di A)
I: Turno 1' (= traduzione di T1 nella lingua di B)
B: Turno 2 (nella lingua di B)
I: Turno 2' (= traduzione di T2 nella lingua di A)
A: Turno 3 (nella lingua di A)
I: Turno 3' (= traduzione di T3 nella lingua di B)
B: …….

Come sottolinea Wadensjö, questo modello idealizzato AIBIA è *monologico*.

> This means that language use is regarded from the perspective of the speaker. The meaning of words and utterances are seen as resulting from the *speaker's intentions or strategies* alone, while co-present people are seen as recipients of the units of information prepared by the speaker. It is as if, while creating meaning, the individual is thought away from her interactional context and thought into *a social vacuum*. (1998: 8 [corsivi nell'originale])

Dalle riflessioni di Bakhtin, da cui Wadensjö trae fortemente ispirazione, è però ormai un fatto acquisito che la lingua sia un fatto sociale che si costruisce nella e attraverso l'interazione (cfr. Falbo 2009: 113). Come ricorda anche Salazar-Orvig (1999: 161) il significato non si situa né nelle parole in quanto tali, né tantomeno nei singoli enunciati dei parlanti, ma è l'effetto dell'interazione tra gli interlocutori, dal momento che ogni enunciato non esiste nel vuoto, ma in risposta a quanto lo precede. Questa è la formulazione di François:

> […] ce qui va faire sens, ce n'est pas l'énoncé en tant que tel, mais son mouvement par rapport à ce qui précède, dans le cas d'un enchaînement *in situ* à un interlocuteur réel comme dans le cas du rapport à une tradition culturelle et à des lecteurs absents. (2005 : 65 [corsivo nell'originale])

Se nella lettura si dialoga con un altro *in absentia*, nell'interazione situata si dialoga *in praesentia* di un interlocutore reale che viene interpretato nella concatenazione di azioni e reazioni, laddove secondo Bakhtin l'interpretazione è sempre "comprensione responsiva" di quanto ha precedentemente detto l'altro interlocutore (cfr. François 2005: 63).[76]

[76] I linguisti francesi distinguono in genere tra *dialogisme* (e quindi *dialogique*) come modalità costitutiva di ogni parola e *dialogue* (e quindi *dialogal*) come scambio effettivo tra più interlocutori in carne ed ossa (cfr. Salazar-Orvig 1999: 156). Come sottolinea Falbo (2009 : 113), questa distinzione permette di rendere conto di "productions orales complètement monogérées, produites par un seul locuteur (le seul physiquement présent en situation), donc monologales […], mais décidément dialogiques, puisqu'elles sont adressées aux citoyens (destinataires réels mais également virtuels) que sont les téléspectateurs de l'autre côté de l'écran". Nell'impossibilità di mantenere questa distinzione nella lingua di stesura di questa tesi, useremo l'aggettivo "dialogico" per riferirci ad uno scambio tra due o più interlocutori che viene analizzato dal punto di vista del suo

Diversamente da quello monologico, questo modello dialogico implica quindi che il significato sia almeno in parte un "joint product" e che "sense is made in and by a common activity" (Wadensjö 1998: 8). Il fatto che l'attività linguistica non sia "lodged within the idealized speaker", ma nel dialogo tra almeno due enunciati e due interlocutori, è stato dimostrato da Goodwin (2004: 152), il quale è arrivato a dire che si può essere un buon comunicatore anche dicendo pochissimo (per es. solo "sì", "no" ed "e") se queste poche espressioni sono reazioni pertinenti di comprensione di ciò che qualcuno sta dicendo e costruiscono un significato condiviso con l'interlocutore.[77]

Pur ammettendo che gli interpreti "constantly use the 'textual' mode of thinking" (Wadensjö 1998: 42), e che questo sia utile nel processo dell'interpretazione dialogica, l'autrice sostiene che ciò possa talvolta impedire loro di capire la situazione in cui lavorano, ed essere insufficiente, se non fuorviante, per esplorare la comunicazione mediata. Gli stessi interpreti nella propria professione capiscono che non stanno solo traducendo tra due lingue, ma che stanno anche facendo:

> on others' behalf various activities, such as persuading, agreeing, lying, questioning, claiming, explaining, comforting, accusing, denying, coordinating interaction, and so forth. (Wadensjö 1998: 42).

Propone quindi di affiancarvi un'approccio interazionista, esplicitando il suo duplice intento: da una parte, quello di studiare le traduzioni in termini di unità testuali che "appartengono" a una delle due lingue utilizzate mettendo a confronto gli "originali" con le loro "traduzioni"; dall'altra, quello di interrogarsi sulle convenzioni sociali e linguistiche, sui progetti comunicativi, sul fatto che questi siano condivisi o meno, partendo da eventi concreti e situati di cui la traduzione fa parte. Wadensjö (*Ibid.*: 22) chiama il primo approccio "talk as text" e il secondo "talk as activity", e precisa la loro differenza nei seguenti termini, che traduciamo sommariamente:

> *Parlato come testo – produzione e elaborazione di testi*
>
> - Si esplora l'uso della lingua in termini di produzione di diversi tipi di testi da parte del parlante.
> - Si considera che le funzioni delle azioni verbali siano legate a significati inerenti alle rispettive lingue in cui i testi sono prodotti.
> - Si concepiscono gli enunciati come unità di significato che consistono di unità più piccole di significato come parole e morfemi; e si considera ogni unità come ugualmente significativa.
>
> *Parlato come attività – interazione e comprensione situata*

funzionamento e non del suo contenuto, senza per questo disconoscere gli apporti di quegli studi linguistici che concentrandosi anche sui contenuti si propongono si rendere giustizia al dialogismo costitutivo di ogni discorso umano (cfr. per es. Salazar-Orvig 1999; François 2005).

[77] Questo è quanto si verifica, peraltro, con i nuovi nati, che prima ancora di pronunciare le loro prime parole imparano a collocarsi negli spazi vuoti della conversazione e a sfruttare il principio della sequenzialità tra azione e reazione per comunicare ai genitori ciò di cui hanno bisogno (cfr. il libro *Premier gestes, premiers mots, formes précoces de communication* di van der Straten 1991, citato in François 2005: 69; Aston 2012).

- Si esplora l'uso della lingua in termini di un'inter(attività) che si svolge simultaneamente ad altri tipi di attività umane.
- Si considera che le funzioni delle azioni verbali siano legate alla comprensione che i partecipanti hanno di queste azioni nella situazione in cui si trovano. La visione dei partecipanti, dal canto suo, dipende dalle loro aspettative e dai loro progetti comunicativi.
- Si concepiscono gli enunciati come attività che fanno parte di interazioni situate e che assumono un significato per i partecipanti a seconda del tipo di situazione in cui si trovano, del numero di persone presenti, del loro reciproco interesse e coinvolgimento.

Una distinzione, quella tra "text" e "activity", che non ci pare poi così distante da quella tra "text" e "discourse" che aveva già formulato Widdowson (1979). Per questo autore, che pure non è citato tra i riferimenti di Wadensjö (1998), il "text" corrisponde all'oggetto linguistico che viene investigato per le sue proprietà formali, mentre il "discourse" corrisponde a una produzione nel contesto dell'interazione che viene investigata per il modo in cui "sentences are put to communicative use in the performing of social actions" (Widdowson 1979: 93). Volendo spingere oltre questa analogia, potremmo dire che così come nell'ambito dell'insegnamento delle lingue l'indagine sul *text* non esclude quella sul *discourse* (è forse proprio dalla loro unione che emerge il quadro più completo di ciò che l'apprendente dovrà imparare), nell'ambito degli IS l'analisi dell'interpretazione dialogica come *text* non impedisce di osservarla anche come *attività*. Anziché considerarle due visioni diametralmente opposte (fondate, come sono, in diversi quadri teorici) Wadensjö ipotizza infatti che siano approcci interdipendenti e complementari.

Per dimostrarlo, l'autrice riporta il caso emblematico di un'interazione mediata in un tribunale svedese, dove l'interprete traduce il "sì" dell'imputato russo alla domanda (tradotta) del giudice con un "no". Mentre un approccio testuale permette – argomenta Wadensjö – di confrontare l'originale in russo dell'imputato con la traduzione in svedese dell'interprete e di mostrare come quello che può a prima vista sembrare un errore traduttivo sia in realtà una compensazione per la mancanza di equivalenza tra le due lingue (1998: 23), l'approccio interazionista che adotteremo anche nel presente lavoro vede il contributo del giudice, dell'imputato e dell'interprete come anelli in una catena di enunciati, come fili in una rete di comportamenti comunicativi che si intrecciano (*Ibid.*: 43). Per semplificare potremmo dire con Traverso (2003b: 51) che mentre nel primo caso ci si interessa a "l'interaction faite", risalendo alle ragioni delle scelte fatte dagli interlocutori e in particolar modo dall'interprete, nel secondo si osserva l' "interaction en train de se faire", rendendo conto degli sforzi congiunti con cui i partecipanti costruiscono il significato. In questo secondo caso la domanda di ricerca non è se il turno traduttivo è equivalente all'originale (entrando quindi nel merito del contenuto e di una resa più o meno "fedele"), bensì cosa fa l'interprete con quel turno, qual è l'attività che proietta o a cui reagisce.

La differenza tra i due approcci è oltremodo evidente se si considera un enunciato come quello proposto da Traverso (2003b: 46) "il faut prendre un pull?", dove tutti concorderebbero sul fatto che A sta facendo una domanda, ma dove diverse potrebbero essere le implicazioni di questa categorizzazione. Nel caso di un approccio monologico al parlato come testo, parlare di domanda significherebbe considerare che questo enunciato si conforma a diverse condizioni che fanno sì che possa essere considerato una domanda (per es. l'intonazione) e che si legano all'intenzione del locutore. Nel caso di un approccio dialogico al parlato come attività, non è tanto il testo a destare interesse (e la categoria in cui rientra) quanto piuttosto il suo ruolo nel funzionamento dell'interazione. Parlare di domanda, in questo secondo caso, significa considerare che questo enunciato funziona in coppia con una risposta o comunque implica la produzione di un enunciato di risposta che sarà considerato sequenzialmente assente se non prodotto.[78]

In ultima analisi, adottare un approccio interazionista significa problematizzare il fatto che se il significato non può essere trasmesso come un pacchetto da un mittente a un destinatario (come presuppone il modello AIBIA), perché è il prodotto di uno sforzo congiunto, allora

- anche il significato da tradurre non è contenuto in quello che dice A, ma è costruito nell'interazione insieme a I, che dà senso al turno precedente sulla base del contesto;
- la traduzione dell'interprete mostra la sua interpretazione di ciò che è stato negoziato con A (la sua "comprensione responsiva") e cosa sta facendo per farlo capire a B;
- il significato tradotto è a sua volta soggetto a interpretazione da parte del ricevente, il che può dilatare ulteriormente lo spazio tra l'azione di A (per es. una domanda) e la reazione di B (per es. una risposta).

Il problema che si pone in un'interazione con traduzione è quindi quello di entrare nel merito dei turni dell'interprete per osservare cosa fa in questo spazio e se e quanto si dilata.

1.3.2 Lo spazio dell'interprete nell'interazione mediata

Secondo il modello idealizzato di alternanza dei turni l'interprete non avrebbe alcuno spazio nell'interazione e si limiterebbe ad "animare" ciò che dicono A e B (cfr. Goffman 1981).

[78] Come sottolinea Salazar-Orvig,"en posant une question, un locuteur met l'autre dans la position complémentaire de celui qui doit répondre. De fait, le premier locuteur s'attribue une place et projette celle de son interlocuteur qui peut, à son tour, sy ployer ou, au contraire, la refuser" (1999 : 94).

Rileggendo e completando i "participation framework" di Goffman (*Ibid.*)[79] e mettendo a confronto questo "ideal interpreting" con la "actual performance" degli interpreti, Wadensjö (1998) ha mostrato invece come l'interprete dialogico sia un partecipante pienamente ratificato nell'interazione, la cui attività, che con lei diventa il vero *focus* dell'analisi, non è solo traduzione, più o meno "close", di quanto hanno detto gli interlocutori primari in modalità consecutiva,[80] ma anche coordinamento dei loro enunciati. Nelle parole dell'autrice,

> Interpreters' utterances can be seen as realizing in interaction two central functions, namely *translating* and *coordinating* the primary parties' utterances. Interpreters take part in situations where they have a unique opportunity to understand everything said and therefore a unique position from which to exercise a certain control. (Wadensjö 1998 : 105 [corsivo nell'originale])

Il potere dell'interprete dipende dal fatto che questi è di norma l'unico partecipante ad avere accesso a entrambe le lingue, il che lo mette nella posizione di poter controllare l'interazione,[81] ma allo stesso tempo rende il suo lavoro di coordinamento particolarmente delicato (Wadensjö 1998: 105), nella misura in cui i suoi enunciati possono servire, tra le altre cose, a:

- influenzare e regolare lo sviluppo dell'interazione (distribuzione di turni; rapidità);
- influenzare la sostanza dell'interazione;
- ricordare ai partecipanti, in maniera più o meno esplicita, la modalità in cui l'interprete preferisce lavorare;
- generare un discorso condiviso e, in qualche modo, un oggetto comune dell'interazione;
- contribuire a una certa definizione dell'incontro (per es. come visita medica o come incontro mediato da interprete).

---

[79] Mentre Goffman si era maggiormente concentrato sul parlante, elaborando un triplice *formato di partecipazione* che Wadensjö (1998: 88) sostanzialmente riprende

- Parlante come *animator* è responsabile solo della produzione di suoni;
- Parlante come *author* è responsabile della formulazione dell'enunciato;
- Parlante come *principal* è responsabile del significato espresso;

l'autrice svedese recupera anche l'ascoltatore, proponendo un analogo *formato di ricezione* (1998: 91-92):

- Ascoltatore come *reporter* si limita a ripetere quello che ha sentito;
- Ascoltatore come *recapitulator* da cui ci si aspetta che dia voce ad un parlante precedente;
- Ascoltatore come *responder* da cui ci si aspetta un contributo autonomo al discorso.

Insistendo sulla simultaneità di produzione e ricezione e mostrando come entrambe contribuiscano alla mutua comprensione dei partecipanti, Wadensjö determina il definitivo superamento di quella teoria matematica che, con il suo correlato di metafore, aveva per anni dominato gli studi sull'interpretazione. Si vedano poi Merlini e Favaron (2005) per un'ulteriore proposta di revisione e di ampliamento del quadro partecipativo.

[80] Dal momento che la resa avviene in modalità consecutiva rispetto ai turni originali, in questo caso non si determina quel doppio *floor* che contraddistingue, invece, l'interpretazione simultanea o lo *chuchotage*, dove "an interpreter may be able to talk in the L2 without being perceived as interrupting or contributing to the L1 talk which s/he is interpreting" (cfr. Cencini e Aston 2002: 50).

[81] Come nota Baker, "This 'power' is eroded in situations where monitoring is possible and those doing the monitoring are in a more powerful position than the interpreter (socially, professionally, ethically, etc.)" (2006b: 329).

Tutti questi diversi usi rientrano in una funzione di coordinamento che viene esercitata insieme a quella di traduzione. Come precisa la stessa autrice, per non dare adito a facili fraintendimenti e dicotomie, nell'interpretazione dialogica l'aspetto traduttivo e coordinativo sono simultaneamente presenti, e uno non esclude l'altro, semmai lo condiziona. Quindi il punto non è se gli interpreti siano traduttori o mediatori, perché non possono fare a meno di essere entrambi.

> The two aspects of interpreting – translation and coordination – are in practice inseparable, but it is possible and indeed fruitful theoretically to distinguish between them, and use them as analytical concepts. (Wadensjö 1998 : 105)

Raccogliendo il suggerimento dell'autrice, dedicheremo due paragrafi separati all'attività di traduzione e di coordinamento, presentandovi alcune riflessioni su come gli interpreti dialogici facciano i traduttori e i mediatori ("*do" being translators and mediators*).

1.3.2.1 La traduzione come attività situata e co-costruita

Come è stato ampiamente dimostrato dagli studi sull'insegnamento dell'oralità, la produzione verbale dei parlanti è ellittica (cfr. Skehan 1996), ma ciò nonostante i partecipanti a un'interazione riescono a comprendersi poiché fanno leva sul contesto interazionale e sequenziale in cui ogni attività è situata e mostrano agli interlocutori la propria interpretazione nell'alternanza dei turni di parola.

Questo è vero anche nel caso di un'interazione mediata da interprete, dove ogni enunciato da tradurre prende significato nel contesto dell'interazione e della sequenza di turni in cui si colloca (si ripensi alla traduzione "contestualizzata" dell'interprete di Wadensjö, che rende il "sì" dell'imputato alla domanda del giudice con un "no"), e dove ogni secondo turno traduttivo mostra la comprensione del turno precedente e proietta quello successivo.

Rispetto ai secondi turni dei partecipanti a interazioni non mediate, quelli degli interpreti hanno però una peculiarità.

> The interpreter's output constitute a special kind of response. Whereas the data analysed in most CA include participant responses *to* what has just been said in the form of spontaneous dialogue, the interpreter, as a full participant in a three-way exchange, provides an immediate response in the form of a version *of* what has just been said. (Mason 2006: 365 [corsivi nell'originale])

In altre parole, gli interpreti fanno l'essere *traduttori* producendo delle *versioni di* quanto hanno detto gli interlocutori primari e il fatto stesso di doverle produrre ha delle ripercussioni sulle transizioni tra la parola da tradurre e la parola tradotta, ossia tra i turni degli interlocutori primari e quelli dell'interprete. Molto banalmente: l'interprete deve

riuscire a prendere il turno e a fornire la propria versione prima di dimenticarsi ciò che deve tradurre.

Questa necessità dell'interprete è stata ben documentata da Merlino (in stampa), che tiene a precisare come le transizioni di turno siano anzitutto un problema pratico per i partecipanti e solo in seconda battuta un oggetto di studio del linguista. Se anche si parte dal presupposto che ogni turno di parola degli interlocutori primari sarà tradotto dall'interprete, resta infatti da definire in cosa consista questo turno e in quale momento sarà rilevante prendere la parola per iniziare a tradurre dal momento che, come si diceva sopra, TCU e TRP sono il risultato di un lavoro congiunto e non qualcosa di già dato o di deciso da un solo locutore. La segmentazione delle unità traduttive – prosegue Merlino – è fortemente legata all'azione che l'interprete, una volta preso il turno, dovrà fare sulle stesse unità.

> En effet, en étant censé les reproduire, donc agir retrospectivement sur elles, le traducteur s'oriente, même avant sa prise de parole, vers un problème pratique de mémorisation de ces mêmes unités […]. Ainsi, la définition des transitions et des unités de traduction peut impliquer des critères qui ne sont pas toujours partagés par les participants et qui font parfois appel à des mouvements opposés. L'orientation rétrospective du traducteur envers le tour en cours peut en effet contraster […] avec l'orientation prospective du traduit, qui, en s'orientant vers la continuation et la progressivité de son tour, peut ne pas tenir compte de la perspective du traducteur. (Merlino in stampa)

Fermo restando che l'orientamento dei partecipanti a una interazione mediata "ne procède pas *prima facie* d'un intérêt envers les unités en tant que telles" (Mondada 2007: 28 [corsivo nell'originale]), in altre parole i partecipanti si curano anzitutto di realizzare le attività rispetto alle quali le unità sono funzionali e non viceversa, la presenza dell'interprete impone un'attenzione particolare alla *co-costruzione* o *costruzione congiunta* di queste unità traduttive e delle transizioni alla traduzione. A questo punto s'impone però una precisazione terminologica. Come nota Salazar-Orvig, infatti,

> le terme de co-construction ou de construction conjointe peut être trompeur parce qu'il amalgame deux aspects : elle [la rencontre] est conjointe en tant qu'elle s'inscrit dans un dialogue et que les paroles de l'un ne sauraient être interprétées sans faire référence aux paroles de l'autre ; elle n'est pas toujours le fait d'une collaboration ou d'un engagement commun des interlocuteurs (1999 : 230)

Ciò è oltremodo evidente nelle interazioni mediate, dove, pur concorrendo alla costruzione delle unità traduttive, gli interlocutori primari e l'interprete potrebbero avere obiettivi diversi, che sono dati dal fatto che mentre i primi sono orientati, prospettivamente, alla continuazione e al completamento del proprio turno, i secondi sono orientati, retrospettivamente, alla necessità di memorizzare un contenuto che dovranno poi riprodurre.

> Ainsi, les deux paroles se trouvent, à la fois, dans un rapport de construction conjointe, l'une prenant appui sur l'autre, et dans une relation de divergence, l'une n' "accompagnant pas l'autre dans son mouvement". (Salazar-Orvig 1999 : 269)

Stando a Merlino (in stampa), tale divergenza di orientamenti può presentarsi in diversi ambienti sequenziali, come ad esempio in posizione *post-iniziale*, vale a dire dopo che è stata avviata una nuova unità di turno, o in posizione *mediana*, ossia nel mezzo di un turno che non è completo né prevedibilmente in via di essere completato (cfr. Fig. 1.1 sopra). In molti casi, però, i partecipanti sembrano convergere circa la necessità/eventualità di passare alla traduzione, che viene avviata dopo un'unità di turno apparentemente completa, minimizzando le pause lunghe (cfr. quanto si diceva sopra a proposito di quel piccolo spazio che è considerato normale nella transizione tra un turno e l'altro) e le grandi sovrapposizioni. Se anche si determinano delle piccole sovrapposizioni alla fine del turno dell'interlocutore primario (ossia in posizione *terminale*), queste non vengono trattate da Merlino come indici di divergenza, ma come semplice orientamento dell'interprete alla presa del turno nel momento in cui quello dell'interlocutore primario si avvicina alla posizione di completezza e a un punto di rilevanza su cui i due sostanzialmente concordano. Non diversamente da quanto avviene nella conversazione ordinaria, questo tipo di sovrapposizione è trattato quindi come eccezione a conferma di un ordine interazionale.

La ricchezza dell'interazione mediata rispetto alla conversazione ordinaria o ad altri oggetti di analisi conversazionale non sta quindi tanto nel fatto che l'interprete si orienti a prendere il turno per iniziare a tradurre, ma nella peculiarità del suo turno traduttivo. Secondo Mason, questa "risposta" mostra infatti ciò che non è sempre "readily available in monolingual CA data" (2006: 372), e più precisamente: la ricezione di quanto ha detto un interlocutore primario (per usare i termini usati sopra, la "comprensione responsiva" dell'interprete) e la produzione di una versione per quello successivo (l'orientamento al *recipient design*, ossia cosa l'interprete sta facendo con la lingua in uso). Nelle parole dello stesso autore,

> The true potential contribution of translation/interpreting studies to the analysis of text and discourse lies in the analysis of translator behaviours as externalized evidence of an actual user response and, simultaneously, as audience design. The dialogue interpreter faces both ways: as a responder to what has been said and as a receiver-oriented producer. (Mason 2006: 365)

Osservare le "risposte" traduttive degli interpreti può essere un modo – prosegue l'autore – per tracciare la comunicazione dei significati "*al di là di ciò che viene detto*" (Mason 2006: 366 [corsivo nell'originale, che traduciamo]).[82] Come vedremo nei capitoli di analisi, può

[82] "Or, c'est une vérité intuitive et de sens commun que nous ne manifestons pas toutes nos interprétations dans l'échange. Si tel était le cas, il n'y aurait que des rencontres idéales. En fait les interlocuteurs pris dans le processus de co-élaboration et d'enchainement dialogique, donnent à voir certains aspects de leur appréhension

anche essere un modo per mostrare in che modo gli interpreti favoriscono la comunicazione tra operatori e pazienti *al di là di ciò che viene tradotto*.

1.3.2.2 Il coordinamento dell'interazione mediata

Mentre quando si osserva l'interpretazione come traduzione vi è un "originale" rispetto al quale la versione dell'interprete può essere categorizzata (per es. come espansa, ridotta o riassunta), quando si tratta di categorizzare i tipi di enunciati degli interpreti in relazione alla loro funzione organizzativa e coordinativa nell'interazione non si può far leva su un approccio comparatistico altrettanto immediato (Wadensjö 1998: 108). Quella dell'autrice non è quindi che una proposta, e come tale può essere messa in discussione e parzialmente rivista.

Secondo Wadensjö, l'interprete esercita la fuzione di coordinamento nel momento in cui produce delle traduzioni "contestualizzate" (nell'interazione e nella sequenza di turni) e nel momento in cui gestisce l'allocazione dei turni, il che secondo l'autrice viene fatto implicitamente quando traduce, dal momento che il fatto stesso di fornire una resa in una lingua seleziona l'interlocutore che la parla, oppure esplicitamente attraverso altre azioni che hanno una palese funzione organizzativa. Queste azioni sono per lo più delle "non-rese", ossia dei testi che sono analizzabili come un'iniziativa o una reazione dell'interprete che non corrisponde (come la traduzione) a un precedente enunciato "originale" (1998: 108), e possono essere orientate al *testo* oppure all'*interazione*.

Nel primo caso, queste iniziative di coordinamento esplicito sono volte a risolvere un problema traduttivo, a fare da ponte tra due lingue in uso. In altre parole, è come se l'interprete isolasse le parole e gli enunciati che "appartengono" a una lingua oggettificando le sequenze di un parlato che viene visto come un *testo* (Wadensjö 1998: 108-109). L'autrice ne fornisce tre esempi, che traduciamo:

- richieste di chiarimento;
- richieste di tempo per tradurre, richieste di smettere di parlare;
- commenti sulle traduzioni.

Nel secondo caso, invece, gli interpreti si sforzano di fare da ponte tra i punti di vista dei partecipanti, fornendo o sostenendo le condizioni perché vi sia un'attività comunicativa condivisa tra loro. Questi sforzi indicherebbero, secondo Wadensjö, un approccio orientato all'*interazione*, uno che veda il parlato come un'attività (1998: 110). Anche in questo caso vengono forniti tre esempi:

---

du sens. Il est tout de même nécessaire de considérer que celle-ci est bien plus riche qu'il n'y paraît…" (Salazar-Orvig 1999 : 166)

- richieste di mantenere l'ordine di presa dei turni;
- inviti a cominciare o a continuare a parlare o, di converso, richieste di smettere;
- richieste di informazioni sollecitate ma non ancora fornite.

Come lascia intendere la stessa autrice (1998: 154-151), la distinzione tra coordinamento implicito (tramite "rese") ed esplicito (tramite "non-rese") non è da prendersi in maniera troppo netta, e come notano Baraldi e Gavioli (in stampa) le aree di sovrapposizione, di cui forniscono due esempi, sono interessanti tanto quanto la distinzione in sé. Primo, le rese non coordinano il parlato solo attraverso la selezione della lingua e quindi dell'interlocutore successivo: contengono, infatti, degli adattamenti all'interlocutore (cfr. l'uso di deittici che corrispondano allo spazio che lo circonda o gli adattamenti cross-culturali nella traduzione di affermative e negative quando il "sì" in una lingua significa "no" in quell'altra) che potrebbero non essere poi così diversi da altre attività di coordinamento esplicito (per es. le richieste di chiarimento). Secondo, sia le forme di coordinamento implicito che esplicito hanno una natura traduttiva. Le non-rese con funzioni coordinative non sono infatti un tipo qualsiasi di non-resa, ma sono strettamente legate alla traducibilità di turni e sequenze. Se si considerano forme come le richieste di chiarimento, i commenti sulla traduzione o le richieste di iniziare o continuare a parlare, queste hanno tutte in un certo qual modo a che fare con la possibilità degli interpreti di "rendere" il parlato, e si verificano prima, dopo o durante la loro attività traduttiva. Quindi il cosiddetto coordinamento "esplicito" coordina non solo il parlato, ma anche l'attività traduttiva, e questo con modalità che potrebbero non essere poi molto dissimili dal rendere una variazione di registro o il significato di una ripetizione.

Sono queste considerazioni che hanno spinto i due autori a introdurre una polarità che riprende, ed espande, quella inizialmente proposta da Wadensjö, e che lega il concetto di coordinamento a quello di comprensione. Facendo leva sulla teoria del sistemi sociali di Luhman (1984), Baraldi e Gavioli sostengono che la distinzione tra coordinamento implicito ed esplicito può essere vista come una distinzione tra "basic coordination" e "reflexive coordination", laddove entrambi possono essere potenzialmente raggiunti per mezzo di rese e non-rese. Nel caso di un coordinamento di base non vi sono problemi di comprensione e/o accettazione degli enunciati e dei significati, mentre nel caso di un coordinamento riflessivo è in gioco un aumento, una messa in discussione o una rivendicazione della comprensione e/o accettazione di enunciati e significati, sempre comunque al fine di promuovere la traduzione (quindi un "ritorno" delle informazioni) per gli interlocutori primari.

> While interpreting studies have traditionally been concerned with the role and function of basic coordination activity, research into reflexive coordination activity was introduced into dialogue interpreting studies at the end of the 1990s and has occasioned considerable debate as to whether and how it can be or should be performed (Baraldi e Gavioli in stampa)

Nella prossima sezione tenteremo per l'appunto di inquadrare questo dibattito, presentando alcune delle forme di coordinamento riflessivo che sono state osservate nelle interazioni sanitarie mediate.

A conclusione di quella presente, possiamo dire che mettendo in evidenza il ruolo del contesto e le dinamiche interattive dell'interpretazione faccia a faccia, Wadensjö ha contribuito a superare la visione monologica che fino agli anni Novanta aveva dominato gli studi sull'interpretazione (cfr. Pöchhacker e Shlesinger 2002). Dalla pubblicazione del suo *Interpreting as Interaction* nel 1998, non si è più potuto ignorare che l'attività dell'interprete dialogico va ben aldilà della traduzione degli enunciati degli interlocutori primari, e che l'interprete partecipa a un "pas de trois" (Wadensjö 1998) che concorre a costruire e a negoziare nel contesto dinamico dell'interazione (Straniero Sergio 1999; Baker 2006a/b; Mason 2006).

La pubblicazione di Wadensjö ha fornito non solo un approccio concettuale coerente all'interpretazione dialogica, ma anche un'ampia base metodologica per l'analisi dell'interazione mediata, lanciando così un nuovo paradigma per lo studio dell'interpretazione dialogica *come* interazione che è stato consacrato da un numero speciale della rivista *The Translator* (Mason 1999) e da un volume curato dallo stesso Mason (2001).[83] Pur traendo più ispirazione da studi sociologici e sociolinguistici che non da studi sulla traduzione, questo paradigma non rinnega la sua disciplina madre, con cui condivide almeno due linee di ricerca: l'approccio funzionalista all'interazione e alla mediazione (quello cioè che si interroga sui suoi scopi), e l'interesse nella definizione di norme e principi etici che si appoggino sul dato reale e che possano orientare l'operato dei partecipanti all'interazione (Pöchahcker 2004: 79). Laddove il vantaggio di partire dall'analisi dell'interazione mediata reale, considerandola un tipo di traduzione e descrivendo che cosa vi succede prima di prescrivere quel che è giusto o sbagliato che l'interprete faccia, è quello di poter integrare una serie di approcci linguistici e sociolinguistici che aiutino a uscire da quel circolo chiuso denunciato da Angelelli (2004b) e a promuovere una reale unità nella diversità di orientamenti (Pöchahacker 2004: 80).

[83] A onor del vero, l'esigenza di approfondire la natura di un tipo di interpretazione che richiedeva capacità e sensibilità diverse da quelle messe in campo nell'interpretazione di conferenza era però già stata avvertita negli IS. Prima della tesi di dottorato di Wadensjö, conclusasi nel 1992 e pubblicata nel 1998, alcuni primi timidi segnali di cambiamento erano infatti presenti nella tesi di Roy (risalente al 1989 e confluita nel volume del 2000), dove l'autrice concludeva che "an interpreter's role is more than to 'just translate' or 'just interpret'" (Roy 2000: 66). Vanno poi ricordati il volume di Gentile et al. (1996) e la pubblicazione (Carr et al. 1997) degli atti del primo convegno internazionale sull'interpretazione in campo giuridico, sanitario e sociale intitolato *The Critical Link: Interpreters in the community*, tenutosi in Canada nel 1995 (cfr. Pöchhacker 2004: 41-42 per un breve resoconto di quel convegno e delle sue immediate conseguenze).

1.4 La CA applicata all'interazione sanitaria mediata da interprete

La distinzione teorica che fa Wadensjö (1998) tra interpretazione come traduzione e interpretazione come coordinamento, e poi tra coordinamento implicito ed esplicito, è stata il primo tentativo di mostrare come anche le non-rese, ossia quei contributi degli interpreti che non hanno una controparte "originale" nel turno immediatamente precedente, svolgano un ruolo importante nella costruzione dell'interazione mediata in diversi ambiti, tra cui quello sanitario di cui ci occupiamo qui.

Dalla pubblicazione del suo lavoro sull'interpretazione *nella* e *come* interazione, si è sviluppato un interesse crescente per l'interpretazione dialogica e per quanto in un certo qual modo esula da un comportamento "idealmente" prescritto, ossia quello che vorrebbe che l'interprete si limitasse a tradurre, subito, i turni degli interlocutori primari. In questa ondata di interesse si collocano gli studi di diversi autori che qui introdurremo brevemente, esplicitando in che modo abbiano contribuito a problematizzare ulteriormente lo spazio dell'interprete nell'interazione, a precisare il concetto di coordinamento e a mostrare cosa possa significare fare i mediatori (*"do" being mediators*).

1.4.1 Un modello che faccia spazio all'interprete

Due anni dopo la pubblicazione di Wadensjö, Bolden (2000) ha sottolineato l'importanza che la comprensione degli interpreti riveste nei contesti sanitari, dimostrando come le loro azioni siano primariamente strutturate dalla comprensione dell'attività in corso e solo secondariamente dal compito di tradurre. Problematizzando il fatto che tra le azioni e reazioni di A e di B vi è sempre di mezzo la comprensione dell'interprete, l'autrice opera una distinzione tra:

- "directly interpreted interaction", cioè la successione di enunciato di A, traduzione in lingua di B da parte dell'interprete e risposta di B. Tale tipo di interazione prenderebbe secondo l'autrice la forma di una singola conversazione tra i due interlocutori primari;
- "mediated interaction", che si verifica nel caso in cui l'interprete attivi delle sequenze di negoziazione con gli interlocutori primari nella loro lingua prima di procedere alla traduzione nell'altra lingua. In questo secondo caso, anziché comunicare direttamente l'uno con l'altro, A e B interagiscono principalmente con l'interprete.[84]

[84] Cfr. anche Hale 2007 a proposito di questa distinzione.

A detta dell'autrice, la scelta di una forma mediata piuttosto che un'interpretazione diretta dipenderebbe dal coinvolgimento dell'interprete nella fase di anamnesi e dal suo orientamento agli obiettivi di questa attività: ottenere e riferire al medico delle informazioni rilevanti sui sintomi del paziente e farlo nella maniera più efficace possibile per permettere una diagnosi tempestiva. Bolden colloca quindi la mediazione all'interno del più vasto contesto dell'interpretazione, suggerendo che l'interprete si assume la responsabilità di scegliere quale forma sia più opportuna in una data sequenza o fase della visita medica in funzione degli scopi dell'interazione in cui presta servizio (cfr. Hsieh 2009).

Oltre a sostanziare con altri esempi la "actual performance" degli interpreti dialogici che lavorano in ambito sanitario (Davidson 2000, 2001), Davidson ha proposto un modello di alternanza dei turni che rende conto sia dell'una che dell'altra forma di interpretazione, prevedendo uno spazio in cui l'interprete possa negoziare la propria comprensione ed esercitare la propria funzione di coordinamento dell'interazione mediata. Per elaborare questo nuovo modello "collaborativo" (Davidson 2002), l'autore parte dal limite di quello idealizzato riconducendolo alla natura dei turni dell'interprete e alla sua comprensione di quanto gli interlocutori primari hanno detto.

Ricordiamo che l'interazione procede per coppie di turni di parola prodotti da due interlocutori diversi, in cui il primo turno proietta e rende rilevanti una gamma molto ristretta di alternative: una domanda proietta una risposta, un invito presuppone un'accettazione o un rifiuto, e simili. Come si è già detto, ciò non significa che la seconda parte di questa coppia adiacente sarà prodotta nel turno immediatamente successivo, poiché a un invito ("vieni al cinema sta sera?") potrebbe anche seguire una richiesta di chiarimento ("alla prima o alla seconda visione?" / "Alla seconda"), ma l'invito rende comunque rilevante la risposta al termine della sequenza di chiarimento. Ora, il modello AIBIA che descrive come parlanti e interprete "idealmente" si alternano nel discorso non entra nel merito della natura dei turni dell'interprete e non problematizza il fatto che la comprensione sia un fatto interazionale e che tra la prima parte di una coppia prodotta dal locutore A e la seconda parte della coppia prodotta dal locutore B ci possa essere una negoziazione della comprensione dell'interprete e quindi non necessariamente, o non subito, una resa. Tale modello idealizzato assume, in sostanza, che l'interprete capisca tutto ciò che viene detto dal primo e dal secondo parlante pur non essendo coinvolto nella conversazione. Nelle parole di Zorzi, che ben riassume le riflessioni di Davidson, tale modello

> non tiene conto della possibilità di fraintendimenti (o di catene di fraintendimenti) dovuti al fatto che la costruzione di un terreno comune fra il Parlante 1 e il Parlante 2 passa necessariamente attraverso ciò che l'interprete ha capito, e non è verificabile attraverso l'accesso diretto all'interlocutore primario. (2004: 79)

Per costruire un modello che riesca a rendere conto dell'interpretazione come *attività* co-costruita e non come *testo* da tradurre, Davidson si basa su due principi che gli studi interazionisti hanno contribuito a formulare e che ancora una volta Zorzi (2004: 79) felicemente riassume:

- I partecipanti non sono riceventi passivi di enunciati significativi, ma agenti attivamente coinvolti nella costruzione di questi significati;
- L'interazione mediata non costruisce un'unica conversazione con un unico terreno comune, ma piuttosto due sistemi conversazionali fra l'interprete e ciascuno dei due partecipanti.

Queste considerazioni, di pari passo con l'analisi delle trascrizioni di interazioni autentiche, hanno permesso a Davidson di proporre un modello più complesso di interazione mediata. Lo schema di Davidson (2002: 1284) mette in luce due fatti estremamente rilevanti:

1. l'interprete non sempre traduce subito il turno dei parlanti primari: ci sono delle sequenze, che Davidson chiama "optional sequences", in cui l'interprete costruisce insieme ai singoli parlanti un terreno comune.[85] In altri termini, se A produce un enunciato nella sua lingua e l'interprete non è sicuro di aver ben capito, l'interprete può attivare uno scambio in cui, nella lingua di A, chiede chiarimenti, riformula, ripete, in sostanza negozia il significato che andrà poi a trasmettere a B. Chiamando queste sequenze "opzionali", Davidson palesa il fatto che ci sono anche casi in cui la comprensione dell'interprete è immediata e in cui all'enunciato di A segue immediatamente la traduzione nella lingua di B;
2. esistono turni "di confine" (che Davidson chiama "liminal turns") in cui l'interprete, spesso operando una commutazione di codice, compie due azioni diverse: segnala la chiusura della sequenza con il locutore A (definendo così la fine dell'unità traduttiva di cui si parlava sopra) e inizia la sequenza con il locutore B (iniziando a parlare nella sua lingua).

Entrambi questi "fatti" sono riconducibili alla funzione di coordinamento dell'interprete che, avendo l'opportunità di capire tutto quello che viene detto, è in una posizione unica che gli permette di controllare lo sviluppo dell'interazione. È pur sempre vero, però, che la sua "regia" avviene in un'interazione con gli altri, i quali possono convergere, o meno, con i suoi orientamenti. Come nota Gavioli:

> Participants signal their orientations in interaction and these signals may accept or decline other participants' orientations. This creates an *interplay* between different actions which leads to complex negotiation in talk. (in stampa [corsivo nostro])

[85] Cfr. Traverso (1995) e Malheiros-Poulet (1995) a proposito della difficoltà della costruzione di un terreno comune in conversazioni a tre partecipanti.

Applicando un concetto che già Jefferson (2002) aveva proposto per descrivere l'intersezione tra azioni rilevanti in una data conversazione,[86] Gavioli qui allude all'*interplay* tra diversi tipi di attività nell'interazione sanitaria mediata. Come illustreremo meglio nella prossima sotto-sezione, la complessità dell'interpretazione dialogica potrebbe stare proprio nell'*interplay* tra azioni che l'interprete può essere chiamato a costruire insieme agli altri: è nell'intersezione tra diverse azioni rilevanti che questi sembra esercitare maggiormente la propria funzione coordinativa influenzando lo sviluppo dell'interazione successiva.

1.4.2 Il coordinamento dell'interprete nell'intersezione tra azioni rilevanti

Gli studi che hanno considerato la presenza dell'interprete nell'interazione sanitaria mediata si sono riallacciati a quelli sull'interazione sanitaria per collocare le loro osservazioni nelle diverse fasi dell'incontro medico-paziente tenendo conto delle azioni che vengono rese rilevanti in ciascuna di esse.

Come si diceva sopra, la fase di anamnesi è contraddistinta dalla presenza di numerose coppie adiacenti di domande del medico (l'intervistato) che rendono rilevanti le risposte del paziente (l'intervistato). Allora la questione che si pone nell'interazione mediata è a che punto si colloca lo spazio per la traduzione e come fa l'interprete a coordinare la negoziazione dei significati in modo tale da rendere rilevante uno spazio per la propria attività quando questa s'interseca con il *questioning* del medico. A seguire, alcune delle risposte che possono essere tratte da una serie di studi che hanno analizzato, in diversi modi, interazioni mediate in ambito sanitario.[87]

1.4.2.1 L'uso delle risposte minime

Partendo dal presupposto che pur non essendo i principali destinatari di quanto dicono gli interlocutori primari gli interpreti sono nella maggior parte dei casi i primi riceventi del loro parlato, gli interpreti svolgono un'importante attività di ascoltatori. Come in altri tipi di interazione, tale attività può essere mostrata attraverso l'uso delle risposte minime.[88]

[86] Nel suo caso i livelli di *interplay* sono tre: contesto medico/non medico, contesto americano/britannico, contesto contingente della sequenza, ossia la sua relazione rispetto al turno precedente/successivo.
[87] Si tratta soprattutto di una serie di studi molto recenti raccolti in un volume a cura di Baraldi e Gavioli (in stampa), in particolare i capitoli di: Gavioli sulle risposte minime degli interpreti; Baraldi sulle loro espansioni; Zorzi sui loro *assessments*. Vi si aggiunge il contributo di Davidson (2000) sull'interprete come filtro informativo e co-intervistatore.
[88] Secondo Gardner (2001) queste includerebbero dei *continuers* (mm hm), degli *acknowledgements* (ah), dei *news markers* (davvero?), dei *change-of-activity tokens* (ok), degli *assessments* (fantastico!), delle brevi domande di chiarimento (chi?) e delle forme di completamento collaborativo ("A: è andato molto oltre quello che si – B: poteva immaginare").

Nell'interazione mediata, le risposte minime possono essere indicative dell'intersezione tra diverse azioni rilevanti e contribuire a raggiungere la traduzione in due modi.

Da una parte, servono a segnare il passaggio dall'attività di ascolto all'attività di traduzione. Analizzando il funzionamento di risposte minime come "ok" e "sì", che paiono ricorrere sistematicamente in posizioni di transizione alla traduzione (cfr. i turni di confine identificati da Davidson 2002), si osserva come pronunciando per es. un "ok" l'interprete (a) manifesti la propria comprensione di quanto ha espresso un interlocutore primario e (b) proietti l'inizio della traduzione per quell'altro, definendo così l' "unità traduttiva" e coordinando l'interazione. Ciò non esclude ovviamente (visto che come si diceva questa unità è co-costruita) che l'interlocutore possa non concordare sulla transizione alla traduzione e orientarsi a proseguire il proprio turno. Si paleserebbe così una divergenza di orientamenti tra interprete e interlocutore primario che porterebbe alla negoziazione della transizione alla traduzione e quindi della stessa unità traduttiva.

Dall'altra, le risposte minime funzionano come degli inviti a continuare l'attività in corso ai fini del raggiungimento di uno scopo interazionale, per es. quello di far sì che il contributo di un partecipante sia traducibile. Riflettendo sul carattere internazionale di segnali come "ok", Gavioli ipotizza che certe risposte minime possano servire non solo per promuovere la narrazione del primo interlocutore e costruire così la "traducibilità" di quanto lui sta dicendo e l'interprete sta ascoltando, ma anche come "a sort of 'traffic light' for the other participants, as signals to 'hold on' or 'please go', thereby fulfilling a key function in coordinating turn-taking and providing actual spaces for contributions by the various primary participants" (in stampa).

Secondo Baraldi (2003, 2010) le risposte minime potrebbero peraltro potenziare il carattere dialogico dell'interazione mediata, mettendo in campo un ascolto attivo di quanto esprimono gli interlocutori primari e una retroazione (in inglese *feedback*) rispetto alle loro azioni,[89] e favorire così quell'equità, quell'empatia e quell'apprezzamento reciproco che sarebbero i presupposti non solo del dialogo, ma anche di quella che lo stesso autore definisce "dialogic mediation", alludendo a una forma di mediazione che promuove la partecipazione attiva, che mostra una certa sensibilità agli interessi e/o ai bisogni degli interlocutori e che considera la presenza di punti di vista diversi come un arricchimento.

[89] Tra le altre azioni dialogiche recensite da Baraldi (2003, 2010) ricordiamo: la riformulazione; le asserzioni di conferma; l'apprezzamento delle azioni, esperienze e posizioni delle parti; la narrazione in prima persona di fatti personali; la creazione di informazione inclusiva; e la verifica della comprensione.

1.4.2.2 L'espansione delle domande dell'operatore

Tra le azioni che favorirebbero una mediazione dialogica ben riuscita e che mostrerebbero la funzione di coordinamento riflessivo dell'interprete, vi sono le domande promozionali che "espandono" quanto viene detto dagli operatori incoraggiando la narrazione dei pazienti. In sostanza, le domande degli operatori non vengono sempre tradotte immediatamente dopo il loro turno, ma ri-progettate all'interno di una sequenza diadica in cui l'interprete interagisce direttamente con il paziente e prepara ciò che verrà poi reso al medico, una volta conclusa la conversazione interprete-paziente.[90]

Queste espansioni ricadono in quella forma di interpretazione mediata che sarebbe preferibile evitare in nome di un'interpretazione diretta che è in genere considerata meno intrusiva, dal momento che dà subito (dopo la traduzione) la possibilità al secondo interlocutore di reagire a quanto ha detto il primo (cfr. Hale 2007). Ma come sottolinea Baraldi (in stampa), se ci si limita a tacciare le espansioni come "da evitare" si rischia di tralasciare una distinzione fondamentale in ogni attività di interpretazione: quella tra monologo e dialogo. Sulla base di questa distinzione, le espansioni potrebbero sì far parte del monologo degli interpreti, ma anche promuovere un'azione dialogica. Più precisamente, le espansioni permetterebbero lo sviluppo di interazioni in cui non solo si dà voce agli interlocutori primari, ma si autorizza la loro prospettiva.

Ciò potrebbe essere particolarmente importante nelle interazioni mediate in ambito sanitario, dove i pazienti migranti talvolta hanno difficoltà a raccontarsi e a fornire le risposte che vengono rese rilevanti dalle domande del medico (cfr. quanto si diceva in 0.2.1.1). Le domande promozionali possono infatti favorire la loro narrazione e partecipazione attiva, creando delle interazioni diadiche monolingue in cui i pazienti si sentano liberi di espandere la narrazione relativa alla loro condizione fisica e sociale, senza freni di natura linguistica o gerarchica.

1.4.2.3 Il filtraggio delle informazioni

Entrando nel merito dei turni traduttivi e problematizzando ciò che succede tra le azioni e reazioni di medici e pazienti, è emerso come oltre che a espandere le domande del medico, gli interpreti tendano a ridurre le risposte del paziente. Nelle parole di Davidson, "while the interpreters do in fact convey much of what is said, they also interpret selectively, and appear to do so in a patterned (non-random) fashion" (2000: 400), ossia lasciando filtrare solo parte di quel che dice il paziente per il rappresentante istituzionale.

[90] Sulle configurazioni diadiche nell'interazione mediata medico-paziente cfr. Ticca 2010.

Più precisamente, l'autore analizza diverse interazioni sanitarie mediate e osserva come gli interpreti agiscano da "informational gatekeepers who keep the interview 'on track' and the physician on schedule" (2000: 400) argomentando che questo possa essere legato ai tempi serrati che caratterizzano le istituzioni sanitarie moderne. In altre parole, il fattore tempo condizionarebbe il lavoro dell'interprete costringendolo a conciliare due imperativi diversi: da una parte, quello di agire come uno "strumento" di comunicazione che dica tutto ciò e solo ciò che è stato detto; dall'altra, quello di non dilungare l'intervista e di far sì che i pazienti non divaghino. Secondo l'autore, il compromesso che ciascun interprete trova tra questi due imperativi non andrebbe giudicato nel vuoto, ma nel contesto della comunicazione e delle sue ragioni d'essere. Non bisogna infatti dimenticare che

> Interpreters interpret *for a reason*, because there is some communicative or social goal that needs to be met; they do not simply wander upon two speakers shouting at each other in different languages and offer their services. From this point of view, the measure of the interpreter's success may not be an abstract count of how "accurate" they are, but rather the degree to which she allows, through her actions, the speakers first to negotiate and then to achieve their goals for the speech event in question. (Davidson 2000: 380 [corsivo nell'originale])

Se si osservano i contributi degli interpreti tenendo conto della ragione per la quale stanno interpretando, allora possono esservi casi in cui questi mostrano di fare "a good job at a bad task" (*Ibid.*: 401). La vera questione è un'altra, prosegue l'autore, ossia che stanno facendo un lavoro che è diverso da quello che ci si aspetta che facciano. Ne consegue che (a) non sono formati né ufficialmente autorizzati a fare ciò che stanno in realtà facendo ogni giorno e che (b) non ricevono nessuna forma di supporto o di riconoscimento per il tipo di lavoro che fanno.

Tra le cose che gli interpreti fanno, con il tacito assenso dei rappresentanti istituzionali, anche se questo non corrisponde a quel che di norma ci si aspetta che facciano, vi è la co-conduzione dell'intervista.

1.4.2.4 La co-conduzione dell'intervista

Nelle sequenze di co-intervista, l'interprete "is essentially running the interview, not interpreting sequences of utterances" (Davidson 2000: 388), il che a quanto pare è lungi dall'essere un fenomeno isolato. In ambito sanitario si attesta, infatti, una tendenza alla delega che è stata individuata e discussa anche da Baraldi (2009), Hsieh (2007 e 2010) e Luppi (2010), e che sembra essere in linea con le aspettative dell'operatore sanitario e con gli scopi dell'interazione. Il medico delega, implicitamente o esplicitamente, determinati compiti (per es. la raccolta di informazioni anamnestiche o la spiegazione di raccomandazioni mediche) all'interprete, il quale è percepito come parte di una squadra,

come collaboratore della struttura sanitaria, come *co-interviewer* (Davidson 2000), *co-diagnostician* (Davidson 2000, Hsieh 2007) o *co-therapist* (Bot e Verrept 2010) che co-costruisce la componente medica mettendo in campo le proprie conoscenze non solo all'interno della singola visita o del reparto in cui si svolge, ma lungo l'intero percorso di cura del paziente attraverso i vari servizi.

La presenza di questo tipo di pratica nelle interazioni sanitarie mediate ha sollevato la questione di come definire questo e altri "ruoli" che l'interprete assumerebbe nell'interazione sanitaria mediata (cfr. per es. Leanza 2005; Merlini 2009). Rimandando al sesto capitolo per una più ampia trattazione di questo argomento, anticipiamo solo che le analisi di dati autentici registrati e trascritti hanno dimostrato come l'interprete aggiunga e tolga volontariamente delle informazioni, esprima opinioni personali, dimostri il proprio coinvolgimento emotivo, e come il semplice riconoscimento del suo statuto di partecipazione come partecipante pienamente ratificato non basti a spiegare la sua identità professionale e i "ruoli" che potrebbe essere chiamato a svolgere in determinati momenti dell'interazione.

Secondo Zorzi (in stampa), informazioni più puntuali sui "ruoli" dell'interprete si possono ottenere mostrando "which of a speaker's identities is salient to a particular moment in interaction, or to a particular interactional 'move', and to show precisely how it is thus procedurally relevant" (Drew 2007: XVII). Analizzando la "mossa" degli *assessment* in ottanta interazioni sanitarie mediate italiano-inglese, Zorzi conclude che l'identità di co-intervistatore non è che provvisoriamente co-costruita in relazione a determinate attività, che non sono riconducibili ad altri "ruoli" e che non fanno di quello dell'interprete "un altro lavoro". La co-intervista è, al pari delle altre attività che si intersecano nell'interazione sanitaria mediata, un'attività potenzialmente rilevante che l'interprete può essere chiamato a costruire insieme agli altri partecipanti per perseguire gli scopi dell'interazione in corso.

Riassumendo quanto abbiamo visto in questa sotto-sezione, può esservi intersezione tra diverse azioni:

- quando la rilevanza di fornire subito una traduzione si interseca con il bisogno di negoziare la traducibilità di quel che dovrà poi essere tradotto a medico e paziente;
- quando la rilevanza della traduzione si interseca con il bisogno di promuovere la narrazione e l'attesa risposta del paziente;
- quando l'imperativo di tradurre tutto si interseca con l'esigenza di non allungare i tempi della visita;
- quando l'attività traduttiva si interseca con altre attività che vengono implicitamente o esplicitamente delegate dai rappresentanti istituzionali.

È in corrispondenza di queste intersezioni che l'interprete pare esercitare maggiormente la propria funzione coordinativa contribuendo, per es. con le proprie risposte minime o con le proprie domande promozionali, a orientare i turni immediatamente successivi e quindi lo sviluppo dell'interazione.

1.4.3 Incroci di conoscenze

Nelle interazioni sanitarie mediate, a intersecarsi non sono solo le attività che vengono rese rilevanti dai partecipanti, ma anche i loro saperi, specialmente quelli dell'operatore sanitario e dell'interprete.

Come si diceva sopra (« 1.2.2.1.1), l'interazione sanitaria è una conversazione asimmetrica tra la persona che ha l'autorità che le deriva dalla conoscenza della medicina e la persona malata che conosce invece la propria esperienza di malattia, i propri sintomi e i propri timori. Quando l'interazione medico-paziente è mediata da un interprete, l'asimmetria di conoscenze non esiste però solo a livello della malattia o del problema medico, ma anche a livello linguistico. Chi ha la conoscenza della medicina è, come facilmente prevedibile, sempre l'operatore sanitario, il quale esercita un certo controllo sullo sviluppo dell'incontro con il paziente; altrettanto prevedibilmente, l'interprete detiene il sapere linguistico e questo lo mette, come abbiamo già messo in evidenza, nella posizione unica di poter coordinare lo sviluppo dell'interazione assegnando degli spazi di partecipazione ai due o più interlocutori primari. Se è vero, quindi, che i partecipanti a un'interazione si posizionano al suo interno a seconda dell'ordine epistemico che si attua tra di loro (Heritage e Raymond 2005, 2006), è vero anche che nel caso dell'interazione sanitaria mediata questo posizionamento avviene su diversi piani che possono contribuire alla maggiore o minore partecipazione degli interlocutori, soprattutto di un paziente che deve poter esprimere la conoscenza della propria condizione di salute fisica e mentale.

Le strutture sintattiche con le quali il parlante annuncia il proprio intervento di negoziazione della conoscenza che sono state individuate da Heritage e Raymond (2005, 2006) sono piuttosto rigide e legate alla lingua inglese (si pensi soprattutto all'uso della *tag question*). È quindi legittimo domandarsi se non vi siano altre strategie che i parlanti italofoni e francofoni possono utilizzare per rivendicare o mitigare la propria autorità epistemica nell'interazione sanitaria mediata. Anche alla luce dei risultati ottenuti da Luppi (2010), l'organizzazione della sequenza e il sistema di allocazione dei turni mostrano una negoziazione dell'autorità epistemica sul piano della conoscenza della malattia (come scienza o come esperienza) e sul piano di come esprimerla (nelle due lingue e con quali parole). Tale autorità epistemica si esprime attraverso "rivendicazioni" (*upgrading*) con cui i

partecipanti esibiscono la propria conoscenza relativa a un certo argomento o "mitigazioni" (*downgrading*) attraverso cui un parlante esprime la propria inferiorità conoscitiva (un caso classico citato da Heritage e Raymond 2005 è quello della domanda attraverso cui il parlante mostra di "non sapere" ciò che va a chiedere). Le rivendicazioni e le mitigazioni di conoscenza sono a loro volta trattate nella conversazione. Un parlante può quindi accettare o declinare la manifestazione di conoscenza del proprio interlocutore: rispondendo alla domanda, l'interlocutore rivendicherà ad esempio la conoscenza della risposta; rispondendo che non lo sa o con un'altra domanda mitigherà invece la propria autorità conoscitiva.

L'analisi delle sequenze e dei turni permette inoltre di verificare l'ambito di negoziazione dell'autorità, scendendo nel dettaglio dell'argomento che i parlanti pensano di essere autorizzati a conoscere, descrivere e comunicare. In tal senso il concetto di autorità epistemica potrebbe essere un modo per capire chi sia l'interprete nell'interazione, che cosa faccia quando non traduce direttamente, a cosa corrisponda la sua attività di "mediazione". Come suggeriscono gli stessi Raymond e Heritage

> the management of rights to knowledge and, relatedly, rights to describe or evaluate state of affairs can be a resource for invoking identity in interaction. Thus, rather than beginning with a specific identity and asking how it might be relevant for interaction, we will describe various practices of speaking through which participants can make relative access to knowledge and information relevant, and then demonstrate how these practices can be used to evoke the relevance of a specific identity. (2006: 680)

Raccogliendo il suggerimento dei due autori, in questa tesi descriveremo alcune pratiche conversazionali che mostrano come, nel comunicare le proprie conoscenze, gli interpreti si posizionino rispetto agli altri partecipanti palesando ciò che sono autorizzati a conoscere, a descrivere e a comunicare e contribuendo così alla costruzione della loro identità istituzionale e professionale.

1.4.3.1 La (parziale) permeabilità della "barriera linguistica"

Ciò che abbiamo osservato sopra si basa sul presupposto che gli interlocutori per i quali "si interpreta", il medico e il paziente, non siano in grado di capirsi e siano separati da una "barriera linguistica" totalmente impermeabile. Ma in una situazione comunicativa in cui (a) i pazienti siano migranti in un paese straniero in cui però, in fondo, vivono; (b) i medici siano abituati a trattare con pazienti stranieri; (c) i gesti e gli sguardi siano visibili a tutti e (d) l'interprete abbia già spiegato e quindi reso palese il problema, una certa permeabilità comunicativa e linguistica non si può escludere.

Come mostrano due articoli attualmente in corso di stampa (Meyer; Anderson), il fatto che la barriera sia almeno parzialmente permeabile influenza lo sviluppo

dell'interazione sanitaria mediata. La comunicazione mediata da interprete coesiste, infatti, con la comunicazione diretta tra i partecipanti, e ciò aumenta sensibilmente la gamma di possibili formati di interazione: il paziente potrebbe ricevere una domanda tradotta nella propria lingua e rispondervi nella lingua del medico, e viceversa; il medico potrebbe non aspettare la traduzione dell'interprete e reagire direttamente alla risposta del paziente; l'interprete potrebbe limitarsi ad aggiungere una versione ridotta di quello che è già stato comunicato nella lingua dell'istituzione e così via.

La costellazione linguistica che sottintende questi formati ha comunque bisogno del coordinamento dell'interprete dal momento che il medico solitamente non parla la lingua del paziente e che le competenze linguistiche degli interlocutori primari non sono comunque sufficienti a perseguire gli scopi dell'interazione. Ma la funzione coordinativa si fa molto più complessa, poiché (a) l'interprete non è sicuro del livello di comprensione dei partecipanti e (b) quando si capiscono il suo ruolo normativo di traduttore turno per turno potrebbe non essere adeguato.

Per gestire l'incertezza della ricezione dei partecipanti, l'interprete ha bisogno di sviluppare una certa sensibilità a quei comportamenti che possono indicare la loro comprensione di quanto ha detto l'altro. Tra questi vi sono, ad esempio, le commutazioni di codice (*code-switching*) con cui medici e pazienti segnalano la loro competenza attiva nelle rispettive lingue e si orientano a comunicare direttamente. Come mostrano le analisi di Anderson (in stampa), queste commutazioni potrebbero avere delle funzioni comunicative importanti, come per es. quella di velocizzare il processo di raccolta delle informazioni sul paziente o di "umanizzare" la fase dell'esame fisico, e questo anche in situazioni in cui la responsabilità del "trasferimento" delle informazioni ricade per definizione sull'interprete. Il che non significa che la presenza dell'interprete non abbia ragion d'essere laddove vi sia una certa "vicinanza" tra le lingue degli interlocutori primari e un certo grado di comprensione tra gli stessi. Significa, semmai, che non diversamente da altri indici di parziale comprensione, anche il *code-switching* solleva dei problemi di coordinamento per l'interprete, che deve monitorare e modellare questi comportamenti al fine di convogliarli verso il raggiungimento di precisi scopi istituzionali.

In situazioni in cui la costellazione linguistica sia almeno parzialmente trasparente, l'interprete non è il solo ad avere accesso a entrambe le lingue: anche medici e pazienti negoziano i significati usando le loro diverse risorse linguistiche e contribuendo al coordinamento dell'interazione. La permeabilità delle barriere linguistiche promuove quindi una particolare collaborazione tra i partecipanti e risolleva la questione del "ruolo" che l'interprete dovrebbe assumere in queste circostanze. Perché se i partecipanti si capiscono anche senza il suo aiuto, l'attività di traduzione potrebbe non essere rilevante e

l'interprete potrebbe trovarsi a negoziare altre attività. E qui Anderson (in stampa) sottolinea il bisogno di assumere una visione diversa e più sfumata del "ruolo" dell'interprete, che potrebbe essere chiamato ad attivarsi e disattivarsi in precisi momenti dell'interazione. Come emerge dai risultati delle sue analisi, l'attività dell'interprete dialogico in ambito sanitario potrebbe consistere nel monitorare il comportamento dei partecipanti lasciandoli interagire direttamente (*stand-by mode*) e intervenendo solo laddove vi siano problemi di comprensione.

1.5 Conclusione

In questo capitolo abbiamo visto come prima di essere una teoria, la CA sia una metodologia di lavoro che si applica a dati autentici raccolti in contesti ordinari o istituzionali. Benché la dimensione applicativa possa considerarsi insita in questo tipo di analisi, ten Have opera una distinzione tra ciò che chiama analisi della conversazione "pura" e analisi della conversazione "applicata". Si esprime così:

> In 'pure CA', the focus is on the local practices of turn-taking, sequential organization, etc., in and for themselves, while in 'applied CA' attention shifts to the tensions between those local practices and any 'larger structures' in which these are embedded, such as institutional rules, instructions, accounting, obligations, etc. (1999: 189)

Secondo ten Have, quindi, la distinzione non va ricercata in una differenza metodologica, ma piuttosto in quei fenomeni su cui si concentra l'attenzione dell'analista e nella rilevanza che l'analisi assume per le sue ricadute in ambiti istituzionali e professionali (cfr. Richards 2005: 3).

L'analisi conversazionale "applicata" ha poi varie sfumature di significato che si collocano tra due estremi: quelli che lo stesso Richards (2005) chiama "discovery" e "prescription". Nel primo caso s'intende che l'applicazione dell'analisi conversazionale al parlato di un'istituzione (per es. formativa o sanitaria) può aiutare a scoprirne il funzionamento. Nel secondo s'intende invece che il conversazionalista, sulla base delle proprie analisi, può suggerire dei miglioramenti nel servizio erogato da tale istituzione.

Questa ricerca è un esempio di analisi conversazionale "applicata" in entrambi i sensi: prima applicheremo la CA alle interazioni sanitarie mediate (simulate e reali) per esplorare i modi in cui il ruolo di interprete è costruito in particolari circostanze e contesti dagli stessi partecipanti coinvolti (» Capitoli 3, 4 e 5); e poi ci chiederemo come applicare i nostri risultati al contesto socio-pedagogico che oltre a fornire parte dei dati in analisi è passibile delle loro importanti ricadute, passando così dalla "scoperta" alla "prescrizione" (» Capitolo 6).

CAPITOLO 2
La preparazione dei dati per l'analisi

I have dealt with only a limited range of people, places and topics,
because I am trying to suggest a method and an approach,
not to fit all facts into pigeon-holes,
and because even several lifetimes
would not have been sufficient to remedy my ignorance,
or to cope with all the information that is available.
What to do with too much information
is the great riddle of our time.
My solution is to look at the facts
through two lenses simultaneously,
both through a microscope,
choosing details that illuminate life
in those aspects that touch people most closely,
and through a telescope,
surveying large problems from a great distance.

Zeldin, T. (1994: 18)
An intimate history of humanity

2.1 Introduzione

Come abbiamo visto nel primo capitolo, la presenza dell'interprete dialogico è necessaria a garantire la comunicazione tra istituzioni sanitarie e utenza straniera. Diversamente dagli anni passati, dove questa necessità veniva gestita nell'emergenza di un flusso migratorio in continuo aumento, sembra oggi auspicabile iscrivere il servizio di mediazione nella durata di un fenomeno che si sta assestando, riflettendo sui confini professionali di un intermediario che va adeguatamente formato.

Tra le diverse strade percorribili per rispondere a questo obiettivo, si è qui scelto di privilegiare l'osservazione dei dati e di descrivere, usando l'apparato teorico presentato nel capitolo precedente, come l'interpretazione viene insegnata nell'ambito di un corso universitario (interazioni simulate) e come viene effettivamente svolta in alcune istituzioni sanitarie (interazioni reali). Siamo infatti convinti che "from close looking at the world you can find things that we couldn't, by imagination, assert were there" (Sacks 1992: 420) e che il fatto che ci siano possa "informare" la formazione dei futuri interpreti dialogici e di quelli che già lavorano.

Il presente capitolo si propone di documentare la preparazione dei dati per questa osservazione rendendo giustizia alla lunga fase di trascrizione, e di presentare la metodologia dell'analisi che verrà svolta nei capitoli successivi. Senza troppo soffermarci su dettagli pratici che esulano dalla ricerca più propriamente detta, cercheremo però di mostrare come questa dipenda da soggetti e tempistiche che ne determinano il corso e che, spesso, esulano dal controllo del ricercatore. A dimostrazione di come, pur con le migliori intenzioni iniziali, si debba comunque scendere a patti con ciò che si è riusciti a raccogliere, ridimensionando magari alcuni obiettivi e ponendosene altri che sono emersi in corso d'opera.

2.2 La costruzione del "corpus"

I dati di questa tesi si dividono in due tipologie: dati didattici raccolti presso un corso di laurea che forma gli studenti all'interpretazione dialogica e dati reali raccolti presso istituzioni sanitarie in Italia e in Belgio. Prima di descriverli nei paragrafi che seguono, facciamo due premesse.

La prima riguarda l'uso della parola "corpus", che qui sta per una raccolta che può essere analizzata con strumenti elettronici anche se non ha le dimensioni dei *corpora* che vengono comunemente usati nella *corpus linguistics*. Le grandi dimensioni lì sono dovute alla relativa facilità con cui anche un singolo ricercatore può mettere insieme i testi (scritti) che andranno a comporre la raccolta. Questo non è il caso quando si ha a che fare con

l'oralità, che come vedremo richiede un lungo processo di trascrizione per essere trasformata in un formato analizzabile e che così limita la quantità di dati che un singolo ricercatore può personalmente trascrivere. Alcuni dei grandi *corpora* di dati orali[91] non sono che un insieme di tanti piccoli *corpora* come il nostro, ognuno dei quali deve quindi essere costruito in maniera tale da soddisfare le esigenze locali di un singolo progetto e da permettere di essere poi riutilizzato per le finalità globali della grande raccolta di cui andrà a far parte.

La seconda premessa riguarda lo strumento attraverso il quale questi dati sono stati raccolti, ossia un registratore *audio*. Viste le resistenze delle istituzioni sanitarie ad autorizzare la registrazione delle interazioni, non ce la siamo infatti sentita di avanzare la richiesta di videoregistrarli. Pur non disconoscendo tutti gli apporti delle analisi multimodali di corpi – e non solo di voci – in interazione (cfr. per es. Goodwin 2004; Mondada in stampa) e pur concordando sul fatto che disporre di un video sarebbe stato indiscutibilmente meglio[92] (anche se avrebbe aperto questioni ulteriori su come trasformare anche questo in un formato analizzabile: cfr. Magno Caldognetto et al. 2003; Rohlfing et al. 2006; il nuovo sito del Groupe ICOR[93] sui *corpora* di video situati) abbiamo ragione di credere che le informazioni contenute nel video avrebbero certo aggiunto dettagli importanti sull'alternanza dei turni tra interlocutori primari e interprete, ma non avrebbero contraddetto quanto è comunque emerso attraverso l'audio. Come ricorda Gavioli,

> if a gesture is made in a way that affects interaction (e.g. take the turn, interrupt a long turn or the like), interactions would show its effect. Studies of kinesic aspects of communication (e.g. Barske 2009) have shown that there is generally an integration between 'sound' and 'video' activities and that while looking at video data provides important information about the management of interaction […] only infrequently video analysis completely contradicts audio analyses. (in stampa)

Per fare un esempio specifico, se anche è probabile che gli interpreti anticipino con movimenti del corpo la presa del turno traduttivo, è vero anche che l'audio è già in grado di dirci se questo turno viene effettivamente avviato o se invece è l'interlocutore primario che mantiene il *floor* orientandosi a proseguire ciò che aveva proiettato e determinando una negoziazione dell'unità e dell'attività traduttiva (« 1.3.2.1).

2.2.1 I dati didattici

I dati didattici sono stati registrati in Italia nel 2009 nell'ambito di un corso di laurea triennale in Scienze della Mediazione linguistica. L'attività didattica base di questa banca

[91] Cfr. la banca dati CLAPI del Groupe ICOR, che è accessibile all'indirizzo corpus.univ-lyon2.fr
[92] Soprattutto quando si ha a che fare con dei "polylogues" (cfr. Grosjean e Traverso 2005).
[93] Consultabile all'indirizzo icar.univ-lyon2.fr/projets/corvis

dati di circa undici ore è il *role-play*, ossia la simulazione di interazioni sanitarie mediate dove degli studenti al terzo (e ultimo) anno di corso fanno gli interpreti per un finto medico italofono e una finta paziente francofona. Come si diceva in 0.3.1.1.1, la simulazione si svolge sulla base di un copione in cui i turni del primo interlocutore primario occasionano quelli del secondo. Perché la simulazione funzioni è quindi necessario che gli studenti-interpreti traducano fedelmente il contenuto dei loro turni.[94]

2.2.1.1 Raccolta

La raccolta dei dati è stata preceduta da una "entrée sur le terrain" (cfr. Traverso 2003b). Dopo aver ricevuto l'approvazione dei due docenti coinvolti, il progetto è stato infatti presentato agli studenti che sarebbero stati registrati ed è stato chiesto loro di autorizzarci al riutilizzo dei dati per fini di ricerca (cfr. Appendice 1).[95]

Prima di entrare nel merito delle interazioni che sono state registrate, ci preme chiarire che diversamente da quanto è successo per i dati reali (cfr. 2.2.2.1 sotto), nel caso dei dati didattici eravamo fisicamente presenti alle registrazioni. Per quanto non siamo mai intervenuti verbalmente durante o a latere delle simulazioni, è difficile sostenere che la nostra presenza non abbia avuto qualche ripercussione sulle interazioni e sui partecipanti. Vi è infatti un caso in cui l'esaminatore che fa la paziente ha modificato il copione del gioco di ruolo per ammiccare alla nostra presenza, sottolineando il fatto di essere francese di Francia – e non del Belgio come nel nostro caso. Tuttavia, abbiamo ragione di credere che il paradosso dell'osservatore (Labov 1997) fosse ridotto al minimo in virtù del fatto che tutti i partecipanti ci conoscevano.[96] Chi da diverso tempo, come i due docenti e gli studenti che avevano frequentato gli incontri di tutorato francese che ci erano stati affidati nell'anno delle registrazioni e nell'anno precedente. Chi da alcuni mesi, dal momento che le registrazioni degli esami sono state precedute da una progressiva entrata sul terreno in cui gli studenti hanno avuto modo di abituarsi alla nostra presenza in classe. A detta degli stessi studenti, peraltro, il fatto che fossimo con loro durante gli esami sarebbe stato un motivo di tranquillità piuttosto che di ansia.

---

[94] Nello stesso anno abbiamo raccolto anche più di trentacinque ore di dati didattici italiano-inglese dove l'attività didattica principale è ancora una volta la simulazione di interazioni mediate ma in diversi ambiti: medico (circa undici ore) e giuridico (circa undici ore) al terzo anno di corso e commerciale al secondo anno (circa quattordici ore). L'idea iniziale era quella di analizzare sia le interazioni italiano-francese che quelle italiano-inglese, ma visti i tempi della trascrizione abbiamo poi dovuto ridimensionare questo obiettivo e rimandare il completamento delle trascrizioni per questa seconda coppia di lingue a data da destinarsi.

[95] Cfr. Mondada (2005) a proposito di consenso informato e il sito del Groupe ICOR per avere un'idea delle varie fasi in cui si articola una ricerca basata sull'analisi di dati autentici: http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/

[96] Cfr. anche Traverso (2003b) a proposito del paradosso dell'osservatore e di come minimizzarlo.

2.2.1.1.1 La registrazione delle interazioni simulate durante le lezioni

Tra marzo e maggio del 2009 sono state registrate cinque lezioni da 90 minuti ciascuna dove le attività principali erano le stesse che sarebbero poi state testate all'esame: la traduzione a vista da e verso il francese,[97] e il RP di una finta visita medica.

Circa la metà di questi minuti di registrazione corrispondono a delle simulazioni di interazioni sanitarie mediate dove viene coinvolto il maggior numero di studenti possibile e dove la valutazione è integrata e non consecutiva al gioco di ruolo (cfr. Linell e Thunqvist 2003: 414). In altre parole, la stessa visita medico-paziente viene suddivisa in più pezzi (da tre a dieci) in cui diversi studenti si avvicendano interpretando per pochi minuti ciascuno (mentre gli altri osservano) e in cui la valutazione dei docenti viene fornita sotto forma di commento al singolo pezzo e di correzioni interne a ognuno di essi.

2.2.1.1.2 La registrazione delle interazioni simulate durante gli esami

Tra maggio e giugno del 2009 sono state registrate trentuno prove d'esame a cui gli (stessi) studenti si erano preparati nei tre mesi precedenti. Le prove hanno una durata che va dagli 11 ai 20 minuti. Tale variabilità non dipende tanto dalla durata dell'interazione sanitaria simulata, che è pressoché costante, quanto piuttosto dalla durata dei convenevoli iniziali, generalmente volti a mettere lo studente a proprio agio e a verificare eventuali propedeuticità all'esame, e dalla durata dell'altra parte della prova d'esame, che consisteva in una doppia traduzione a vista (traduzione orale in francese di un estratto di testo scritto italiano e traduzione orale in italiano di un estratto di testo scritto francese).

La transizione tra la seconda traduzione a vista e la simulazione ha una struttura sequenziale riconoscibile in cui l'esaminatore italofono (E1) prima dà allo studente-interprete (SI) delle istruzioni sullo svolgimento di quest'ultima prova (a cui lo studente si limita a rispondere con dei segnali di *feedback*) e poi avvia un turno in cui contestualizza l'inizio del *role-play* rendendo rilevante la propria identità nel gioco (cfr. Francis 1989; Okada 2010). Nell'esempio sotto questo turno è il 10, dove il finto medico (OPE) di solito inizia la simulazione salutando la paziente e indagando sulle sue competenze in italiano.

Es. 2.1 Diadica pre *role-play* [da 1ISS][98]

[97] Per un approfondimento sulla traduzione a vista, in inglese *sight translation*, come metodologia formativa (e valutativa) nell'ambito dell'interpretazione dialogica cfr. per es. Bancroft e Rubio-Fitzpatrick (2011: 118-125).
[98] Cfr. Cicourel (1992) a proposito della scelta di non segnalare i nomi degli interlocutori ma i loro ruoli. Nel caso di questo esempio e dei due successivi, sono state indicate sia le identità del gioco di ruolo, ossia quella di esaminatore (E1) e di studente-interprete (SI), sia le identità nella simulazione, ossia quella di operatore (OPE) e di interprete (INT), e ciò al fine di mostrare la transizione all'interazione simulata. Negli esempi che commenteremo nei capitoli di analisi, dove considereremo solo l'interazione simulata trattandola *come*

```
01  A  E1:       la signora
02  I  SI:       mm hm
03  A  E1:       ha male al pancino
04  I  SI:       mm hm hm
05  A  E1:       ok
06               <1>
07  A  E1:       e <pausa> ha bisogno di un interprete
07               <3>
08  A  E1:       perché io non parlo il francese
09  I  SI:       {ride}
10  A  OPE:      signora buongiorno <1> lei non capisce l'italiano vero
                 {domanda}
```

In maniera analoga, il finto medico contestualizza la fine del RP, e della prova d'esame, tornando a rendere rilevante la propria identità di esaminatore, in genere con un "va bene" a cui lo studente-interprete si allinea attraverso segnali di *feedback*.

Es. 2.2 Diadica post *role-play* 1 [da 10ISS]

```
01  A  OPE:      ha capito quello che deve fare no {domanda}
02  I  INT:      vous avez compris [ce que vous devez faire ]
03  A  OPE:                        [arrivederci]
04  I  INT:      {ride} au revoir
05  A  E1:       <pausa> {inala} va bene
06  I  SI:       ok
07               <2>
08  A  E1:       a tra poco
09  I  SI:       ok
```

Eventuali ambiguità di *frame* (cfr. Seale et. al 2007) vengono rese rilevanti dallo studente che non essendo sicuro del valore di quel "va bene" verifica se la simulazione, e la prova d'esame, sono effettivamente concluse (cfr. "a posto" con intonazione interrogativa al turno 04 del prossimo esempio, cui non segue una vera e propria risposta, ma un contributo che conferma la rilevanza del *frame* didattico).

Es. 2.3 Diadica post *role-play* 2 [da 9ISS]

```
01  A  OPE:      va bene in qualche modo faremo va bene
02  I  INT:      on trouvera une solution
03               <3>
04  I  SI:       a posto {domanda}
05  A  E1:       il libretto
06  I  SI:       sì
07  A  E1:       e poi ti richiamiamo
```

Escludendo le sequenze pre e post *role-play* che le incorniciano, le simulazioni di interazioni sanitarie mediate durano più o meno 7 minuti ciascuna, per un totale di circa 217 minuti da cui abbiamo selezionato i dati da sottoporre ad analisi.

interazione sanitaria mediata, ogni turno sarà attribuito alle identità simulate. Questo ci faciliterà il confronto con i turni delle stesse identità nella realtà.

2.2.1.1 Selezione

La selezione dei dati didattici da considerare per l'analisi è stata fatta "au bureau" (Traverso 2003b: 18-19) ed è andata di pari passo con la selezione di quelli reali, anche se per chiarezza espositiva abbiamo preferito trattarli in due paragrafi separati. In entrambi i casi, si è deciso di considerare dodici interazioni che fossero in un certo qual modo rappresentative di quanto avevamo raccolto per la coppia di lingue italiano-francese.

Poiché le interazioni simulate erano state raccolte sia nel contesto delle lezioni in preparazione all'esame che nel contesto dell'esame stesso (cfr. sopra), una prima fase di selezione ha riguardato il set da analizzare. Visto l'obiettivo della tesi, che è quello di contribuire alla formazione degli interpreti dialogici, c'era forse da aspettarsi che optassimo per i RP formativi. In realtà, quattro considerazioni ci hanno spinti nella direzione opposta.

Primo, la somiglianza dei due tipi di simulazioni rispetto alle caratteristiche che ci interessavano: presentano infatti la stessa coppia di lingue e gli stessi argomenti medici; si svolgono secondo un copione prestabilito in cui i turni di un interlocutore primario occasionano quelli dell'altro; coinvolgono gli stessi studenti e gli stessi docenti/esaminatori; presentano avvicinamenti e allontanamenti rispetto al modello idealizzato di alternanza dei turni nell'interpretazione dialogica (AIBIA).

Secondo, la maggiore complessità dell'interazione in classe, dove altri studenti sono fisicamente e verbalmente presenti come pubblico durante i RP.

Terzo, il fatto che i docenti avessero l'abitudine di spezzare la simulazione in diverse parti e di integrarla con i loro commenti valutativi, coinvolgendo così un maggior numero di SI e dando loro un *feedback* immediato, ma togliendo allo stesso tempo veridicità alla simulazione.

Quarto, la volontà di mettere a confronto quanto fanno gli interpreti reali con quanto fanno gli interpreti simulati allo stadio più avanzato della loro istruzione, laddove si presume che abbiano imparato (facendo) e laddove si apprestano a passare dalla formazione alla professione (forse).

Una volta deciso di considerare i trentuno RP d'esame, la seconda fase di selezione ha riguardato la scelta dei dodici da trascrivere ai fini dell'analisi (cfr. Fig. 2.1). Una prima selezione è stata fatta sulla base del livello linguistico: sono stati considerati solo gli studenti che studiavano francese come prima lingua.[99] Di queste ventidue interazioni ne sono state

[99] Per ciascuna delle quattro lingue testate all'accesso al corso di laurea dal quale sono tratte le interazioni, ossia inglese, francese, tedesco e spagnolo, esistono corsi di prima e di seconda lingua: il corso di francese prima lingua (1a) raggruppa quegli studenti che hanno superato il test d'idoneità in francese e che hanno pertanto un livello linguistico già piuttosto alto; il corso di francese seconda lingua (2a) raggruppa invece quegli studenti che sono entrati superando il test in una lingua diversa (inglese, tedesco o spagnolo) e che decidono di seguire come libera opzione un *cursus* di studi completo anche per il francese. Le loro conoscenze di questa seconda lingua possono variare, da nulle a molto buone, il che si traduce in classi molti più eterogenee di quanto non lo siano

casualmente selezionate otto, ma in maniera tale da coprire i vari argomenti presenti nei dati: disturbi all'addome, cianosi, emicrania, palpitazioni, dispnea, svenimento, gambe gonfie, tosse. Dal momento che escludendo gli studenti con il francese come seconda lingua avevamo anche escluso due argomenti ulteriori (pressione alta e un diverso caso di disturbo all'addome), due simulazioni di seconda lingua sono state introdotte per coprire questi ultimi, portando a un totale di dieci interazioni. Infine, per arrivare alle dodici interazioni che ci eravamo imposte per il confronto con i dati reali, abbiamo incluso nella selezione l'unica interazione con uno studente maschio, la 11ISS, e poi scelto a caso un'ultima interazione tra quelle rimanenti.

Interazioni sanitarie mediate simulate

N°	*Nome file audio*	*Sesso*	*Livello*	*Altra lingua di studio*	*Durata prova*	*Argomento*
1ISS	090527_010	F	1a Lingua	Russo	13.54 minuti	Addome A
2ISS	090527_003	F	1a Lingua	Inglese	14.37 minuti	Cianosi
3ISS	090527_004	F	1a Lingua	Inglese	16.54 minuti	Cefalea
4ISS	090610_000	F	1a Lingua	Spagnolo	14.29 minuti	Gambe gonfie
5ISS	090610_003	F	1a Lingua	Inglese	14.38 minuti	Tosse
6ISS	090527_005	F	1a Lingua	Spagnolo	20.45 minuti	Palpitazioni
7ISS	090527_008	F	1a Lingua	Russo	17.11 minuti	Dispnea
8ISS	090527_012	F	1a Lingua	Inglese	12.41 minuti	Svenimento
9ISS	090529_003	F	2a Lingua	Inglese	17.14 minuti	Addome B
10ISS	090529_007	F	2a Lingua	Inglese	13.59 minuti	Ipertensione
11ISS	090610_004	M	1a Lingua	Inglese	11.02 minuti	Cefalea
12ISS	090529_006	F	2a Lingua	Inglese	14.46 minuti	Tosse

Fig. 2.1 Il sub-corpus didattico

Così facendo, il rischio di soggettività non è stato totalmente annullato, ma la selezione è stata guidata da criteri di comparabilità tra i due set di dati, di rappresentatività dei partecipanti (femmine/maschi), di livello (medio-alto) di competenza linguistica, e di copertura dei vari argomenti trattati.

2.2.1.2.1 Partecipanti e luoghi delle interazioni didattiche selezionate

Volendo fare il punto sui partecipanti alle dodici interazioni simulate selezionate, questi sono riconducibili a due tipologie: esaminatori e studenti interpreti.

Gli esaminatori sono due persone di lingua madre diversa: un uomo, sulla cinquantina, di lingua madre italiana, ma con ottime conoscenze della lingua francese e una donna, di lingua madre francese, ma con ottime conoscenze della lingua italiana. Durante gli esami di profitto, costoro interpretano rispettivamente il ruolo di un medico italofono (OPE) e di una paziente francofona (PAZ) che si servono di un interprete per comunicare.

quelle di prima lingua. Per quanto concerne il russo, che è l'altra lingua per la quale l'università in questione attiva un *cursus* di studi completo, gli studenti sono tutti di seconda lingua.

Il ruolo di interpreti bilingue (INT) è invece assunto da dodici studenti che si succedono nelle prove. La loro età è compresa tra i venti e i trent'anni, sono tutti di lingua madre italiana e hanno all'attivo, oltre al francese, anche una seconda lingua straniera (che varia tra inglese, spagnolo e russo).

Per quanto riguarda invece i luoghi delle interazioni, gli esami di profitto si svolgono nelle aule della facoltà, che sono dislocate in due edifici attigui. L'aula prescelta per la valutazione nelle giornate in cui sono state registrate le dodici interazioni in esame presentava una cattedra con due sedie da un lato e una dall'altro e un grandissimo tavolo che occupava pressoché tutta l'aula e che permetteva agli studenti, in tempo di lezioni, di sedersi come in una "tavola rotonda". Durante gli esami, l'unica persona a occupare tale tavolo, all'estremità più lontana dalla cattedra, dal lato delle finestre, era il ricercatore.

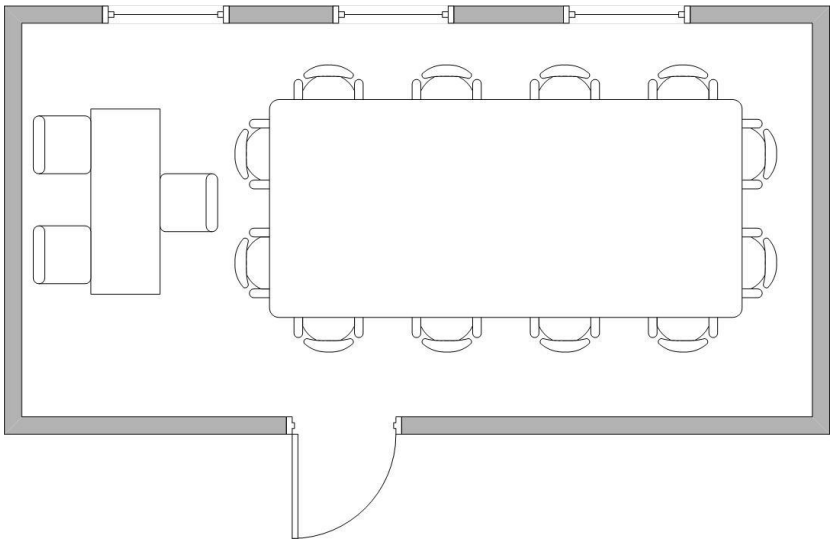

Fig. 2.2 L'aula d'esame

Immaginando di guardare l'esame dalla prospettiva del ricercatore, quindi dal fondo della classe, possiamo dire che a sinistra della cattedra sedeva l'esaminatore italofono, a destra l'esaminatore francofono e dall'altra parte del tavolo lo studente esaminato. Lo studente poteva disporre, o meno, di un blocco per gli appunti e di una penna, mentre gli esaminatori disponevano di parecchi fogli di natura diversa: verbali d'esame, copioni dei giochi di ruolo, blocchi per gli appunti, tabelle di frequenza alle lezioni etc. L'esaminatore francofono disponeva, inoltre, di un computer portatile per procedere alla verbalizzazione delle prove. Il registratore è stato collocato, di volta in volta, sulla cattedra, possibilmente a pari distanza dai tre interlocutori, ma il ricercatore ha sempre fatto ritorno alla sua postazione a distanza durante la prova. Non vi erano altre persone presenti, poiché gli altri studenti esaminati aspettavano fuori dalla porta di essere chiamati per sostenere la prova o per ottenere la valutazione e procedere alla verbalizzazione.

2.2.2 I dati reali

Anche il *sub-corpus* reale selezionato per il presente studio fa parte di una più vasta banca dati di interazioni per lo più registrate nel 2010 presso aziende sanitarie in Italia e in Belgio.[100] Vista la grande difficoltà, e in due casi anche l'impossibilità,[101] di ottenere le autorizzazioni a registrare dati autentici in contesti così sensibili (cfr. Mondada 2005), il principio è infatti stato quello di registrare quanto più potevamo, e per diverse coppie di lingue, e di restringere poi il *focus* sulla coppia italiano-francese mettendo tutto il resto[102] a disposizione del Centro AIM.[103]

2.2.2.1 Raccolta

L'entrata sul terreno reale è stata caratterizzata dalla volontà di trovare un compromesso tra ciò che serviva a noi per il fine immediato della tesi (ossia del materiale autentico per la coppia di lingue italiano-francese)[104] e ciò che serviva alle istituzioni sanitarie per migliorare la comunicazione con i gruppi linguistici più consistenti e problematici (per es. i cinesi o gli arabi). Sapevamo infatti che quello che non avremmo potuto analizzare personalmente avrebbe potuto essere condiviso con la rete di ricercatori del Centro AIM.

Anche per quanto riguarda i dati reali, le registrazioni sono state precedute da una trattativa (in questo caso molto lunga) volta a ottenere l'autorizzazione per l'utilizzo dei dati. L'accordo è stato siglato per mezzo di una convenzione in cui ci siamo impegnati a utilizzare i dati solo ed esclusivamente per scopi di ricerca scientifica e a tutelare la *privacy* delle persone coinvolte anonimizzando i dati sensibili in fase di trascrizione (cfr. sotto). Riportiamo la convenzione in Appendice 2, nella sua versione italiana e francese.

---

[100] A fare eccezione sono le ultime due interazioni, poiché sono state registrate in precedenza, nell'ambito di un'altra tesi (Monetti 2004) e poi messe a nostra disposizione per ricerche ulteriori.
[101] Ci riferiamo al fallimento delle trattative con la Svizzera e con una AUSL della regione Emilia Romagna.
[102] Si parla di: trentadue interazioni italiano-arabo per un totale di 689 minuti di interazione; quindici interazioni italiano-inglese (di cui nove con osservazione partecipativa) per un totale di 181 minuti di interazione; dieci interazioni italiano-cinese per un totale di 137 minuti di interazione; sette interazioni in italiano per un totale di 78 minuti di interazione; e un'interazione italiano-russo per un totale di 8 minuti di interazione.
[103] È il Centro interuniversitario di Analisi dell'Interazione e della Mediazione di cui siamo diventati membro (http://www.aim.unimore.it).
[104] La scelta di queste due lingue è stata motivata non solo dalla nostra conoscenza di entrambe (che ci avrebbe permesso di trascrivere ed analizzare i dati senza l'ausilio di un'altra persona), ma anche dalle conclusioni del RMI (AA.VV. 2010a: 45) a proposito delle lingue più utilizzate per il lavoro di mediazione nella regione in cui abbiamo registrato i nostri dati, ovvero italiano, inglese e francese.

2.2.2.1.1 La registrazione delle interazioni mediate

Le registrazioni delle interazioni mediate sono iniziate a febbraio del 2010 (quando abbiamo ottenuto la prima autorizzazione a registrare in una AUSL della Regione Emilia-Romagna che aveva già in essere una convenzione con l'Università di Modena e Reggio Emilia) e si sono concluse a ottobre dello stesso anno (quando abbiamo finito di registrare i dati in un'altra AUSL della stessa regione).

Diversamente da quanto si è verificato nel contesto didattico, dove come si diceva abbiamo assistito alle registrazioni, in questo secondo caso si è deciso di lasciare un piccolo registratore digitale a ciascuna delle interpreti coinvolte nella raccolta. Abbiamo così evitato che la presenza di una persona sconosciuta influenzasse i risultati delle analisi. Per quanto riguarda le registrazioni fatte in Belgio, il fatto di affidare il registratore alle interpreti ha permesso di ridurre i nostri soggiorni in quel paese a sole tre brevi trasferte: la prima a fine 2009 per avviare le trattative; la seconda a marzo del 2010 per far firmare le autorizzazioni e lasciare i registratori; e la terza a giugno dello stesso anno per recuperare le registrazioni e intervistare le due interpreti coinvolte.

2.2.2.1.2 La registrazione delle narrazioni degli interpreti

Pur sapendo che non ne avremmo fatto un'analisi dettagliata, abbiamo deciso di realizzare delle interviste[105] semi-strutturate (cfr. Appendice 3) con alcune delle interpreti coinvolte dalle registrazioni delle interazioni mediate. In particolare, abbiamo raccolto cinque interviste alle interpreti che prestano servizio per la coppia di lingue da noi analizzata (cfr. la Figura 2.3 sotto, dove l'ID delle interpreti è composto dalle lettere INT seguite dall'iniziale del paese in cui lavorano - B per il Belgio e I per l'Italia - e da un numero identificativo - da 1 a 3)[106] e un'intervista a un'interprete che opera per la coppia italiano-inglese in una delle AUSL della regione Emilia Romagna in cui abbiamo registrato i dati.

Vi si aggiungono le registrazioni dell'incontro con i mediatori di una cittadina belga che è poi stata esclusa dallo studio poiché a maggioranza fiamminga, quelle dell'incontro con il responsabile ministeriale che ha contribuito ad avviare lo studio in quel paese, e quelle dell'incontro con la responsabile e con una delle mediatrici del Centre Bruxellois d'Action Interculturelle [CBAI], un centro preposto alla promozione attiva di relazioni

[105] Si invita a tener conto dei pro e dei contro del ricorso a interviste (Baraldi 2008: 212) e a confrontare quanto emergerà dalle narrazioni che integreremo alle analisi con i risultati del progetto finanziato dal comune di Bologna, denominato Osservatorio delle immigrazioni, i cui principali risultati sono rintracciabili in Rudvin e Tomassini (2008), e con i risultati del questionario di Ratcliff e Suardi (2006).

[106] Abbiamo identificato, contattato ed intervistato anche l'interprete che era stata coinvolta nella tesi di Monetti (2004).

interculturali e attività di integrazione a Bruxelles, in particolare, e nella società belga in generale.[107]

Rimandiamo alla sezione metodologica (» 2.4) per una spiegazione di come queste narrazioni verranno integrate nei capitoli di analisi.

2.2.2.2 Selezione

Ogni ricerca sull'oralità che abbia una componente qualitativa non può esimersi dal coinvolgimento del ricercatore nei dati stessi. Di norma è il ricercatore che ascolta le interazioni per la prima volta, che familiarizza con gli interlocutori, che categorizza ciò che ascolta per iscritto o anche solo nella sua testa. Inevitabile è, in questo processo, una certa dose di soggettività. E forte è il rischio che il ricercatore corre di scegliere i dati che più corrispondono ai suoi obiettivi, piegandoli alla sua volontà di vedervi certi elementi piuttosto che altri. Ora, sarebbe falso affermare che non siamo stati noi i primi ad ascoltare le interazioni, a familiarizzare con le voci di interpreti che abbiamo anche incontrato e intervistato, a categorizzare in quelle che potremmo definire "schede d'ascolto" le interazioni che mano a mano consideravamo. Ma sarebbe altrettanto falso sostenere che le interazioni sono state scelte per asservire ai nostri scopi, perché abbiamo volutamente adottato alcuni accorgimenti prima ancora che questi scopi fossero stati definiti con chiarezza.

In particolare, per quanto riguarda i dati reali, abbiamo preventivamente deciso che avremmo analizzato un totale di dodici interazioni,[108] e che le avremmo equamente suddivise tra l'Italia e il Belgio. Abbiamo poi affidato al caso la scelta delle singole interazioni, cercando però di rappresentare al meglio i due stati di registrazione. Nel caso del Belgio, dove avevamo raccolto delle interazioni mediate da due interpreti in una sola struttura sanitaria collocata nella parte meridionale del paese (a maggioranza francofona), abbiamo selezionato tre interazioni per interprete (cfr. Fig 2.3: 1BCH-3BCH mediate dall'INT-B1 e 4BCH-6BCH mediate dall'INT-B2). Nel caso dell'Italia, dove avevamo raccolto delle interazioni mediate da tre diverse interpreti in tre diverse province della regione Emilia-Romagna, abbiamo selezionato due interazioni per provincia (cfr. Fig. 2.3: 7IRE-8IRE mediate dall'INT-I1, 9IFC-10IFC mediate dall'INT-I2 e 11IRN-12IRN mediate dall'INT-I3).

[107] A mezzo del sito internet (http://www.cbai.be) e di una rivista mensile (l'*Agenda Interculturel*), questo centro approfondisce e divulga temi riguardanti l'immigrazione e l'interculturalità e si occupa di formare agenti di sviluppo e mediatori interculturali.

[108] Va a John Heritage il merito di averci suggerito di analizzare uno stesso numero di interazioni piuttosto che una stessa quantità di minuti e di averci indicato il 12 come un numero accettabile di interazioni (2010, comunicazione personale).

Interazioni sanitarie mediate reali						
N°	*Nome file audio*	*Sesso*	*ID Interprete*	*Altra/e lingua/e di lavoro*	*Durata interazione*	*Argomento*
1BCH	100531_000	F	INT-B1	-	32.15 minuti	Infezione genitale
2BCH	100512_000	F	INT-B1	-	14.44 minuti	Problema ortopedico
3BCH	100330_000	F	INT-B1	-	17.34 minuti	Problema di alloggio
4BCH	100315_000	F	INT-B2	-	7.47 minuti	Tessera sanitaria
5BCH	100322_000	F	INT-B2	-	3.35 minuti	Raccolta dati paziente
6BCH	100420_000	F	INT-B2	-	4.17 minuti	Analisi del sangue
7IREa **7IREb**	A0020313 + A0090330	F	INT-I1	Arabo	15.00 minuti 6.11 minuti	Problema occhio A Problema occhio B
8IRE	A0030322	F	INT-I1	Arabo	42.30 minuti	Percorso nascita
9IFC	D0091019	F	INT-I2	Arabo	3.32 minuti	Ecografia
10IFCa **10IFCb**	D0111021 + D0121021	F	INT-I2	Arabo	26.58 minuti 5.33 minuti	Percorso nascita
11IRN	02 Francese	F	INT-I3	Tedesco, Russo	8.30 minuti	Scompenso cardiaco
12IRN	05 Francese	F	INT-I3	Tedesco, Russo	3.03 minuti	Pericardite

Fig. 2.3 Il sub-corpus reale

Una volta selezionate le dodici interazioni reali da analizzare e mettere a confronto con altrettante interazioni didattiche, ci siamo posti il problema di come trasformare questi dati orali in un formato analizzabile. Nella prossima sezione ci preoccuperemo di esplicitare le considerazioni teoriche e pratiche che hanno guidato questo ulteriore processo di selezione, così da permettere a chi ci legge di giudicare la coerenza e la validità dei nostri risultati. Facciamo però prima il punto sui partecipanti e sui luoghi delle interazioni selezionate.

2.2.2.2.1 Partecipanti e luoghi delle interazioni reali selezionate

I partecipanti alle dodici interazioni selezionate sono riconducibili a tre tipologie e come tali saranno etichettati nelle trascrizioni: vi sono gli operatori sanitari che erogano il servizio (OPE), i pazienti e i loro accompagnatori che ne usufruiscono (PAZ e ACC) e gli interpreti che li aiutano a comunicare (INT).

I rappresentanti dell'istituzione sono medici, ostetriche, infermiere, assistenti sociali e altri operatori, talvolta non meglio identificati, che parlano la lingua maggioritaria del paese di registrazione (il francese per i dati belgi e l'italiano per i dati italiani). A variare è la loro competenza attiva o passiva nella lingua del paziente con cui si relazionano, il che ha come vedremo delle ripercussioni sull'interazione mediata e sull'attività dell'interprete.

Pazienti e accompagnatori sono per la maggior parte locutori non madrelingua che usano l'italiano o il francese come lingue veicolari. Fanno eccezione solo l'interazione 1BCH, dove il paziente che si rivolge ai servizi belgi è di lingua madre italiana (cfr. Es. 4.17), e le interazioni 11IRN e 12IRN, dove il paziente che si reca con la moglie in un ospedale italiano è di lingua madre francese (cfr. Es. 4.22).

La stessa commistione di parlanti nativi e non nativi si ritrova tra le cinque interpreti coinvolte nello studio, che hanno un'età compresa tra i 20 e i 50 anni. Le due che

lavorano nel contesto belga (INT-B1 e INT-B2) hanno entrambe origini e cittadinanza italiana, ma essendo nate e cresciute in Belgio sono di lingua madre francese. Se consideriamo invece quelle che lavorano in Italia, solo una è di madrelingua italiana (INT-I3), mentre le altre due (INT-I1 e INT-I2) sono di lingua madre araba e provengono da due stati (rispettivamente dalla Tunisia e dal Marocco) in cui il francese è la seconda lingua ufficiale.

A livello di formazione e di inquadramento professionale, le interpreti belghe hanno caratteristiche comparabili mentre quelle italiane presentano delle differenze. Più in particolare, le due INT belghe hanno entrambe una formazione di assistenti sociali e sono direttamente assunte dalla struttura sanitaria nella quale prestano servizio, dove vengono definite mediatrici. Tra le INT italiane abbiamo invece da una parte due mediatrici (INT-I1 e INT-I2) che non hanno una formazione specifica, ma che lavorano da anni per le cooperative esterne su cui si appoggiano due aziende sanitarie locali, e che come tali possono essere considerate delle professioniste qualificate. Dall'altra un'interprete certificata (INT-I3) che è direttamente assunta dall'azienda sanitaria per la quale presta servizio sia nelle lingue studiate nella scuola per interpreti in cui si è formata (tedesco e russo), che in altre lingue apprese alle scuole superiori e poi coltivate autonomamente (inglese e francese).

Per quanto riguarda invece i luoghi, tutte e sei le interazioni belghe, che coinvolgono l'INT-B1 e l'INT-B2, si svolgono presso l'ospedale civile di una cittadina situata nella regione meridionale del paese, a maggioranza francofona. Il servizio di mediazione fornisce quattro tipologie di intervento: mediazione programmata, mediazione urgente, mediazione telefonica e traduzione scritta. Essendo inquadrato all'interno del servizio sociale, questo servizio beneficia di interlocutori privilegiati per l'integrazione della mediazione tra le unità assistenziali, ma ha lo svantaggio di dover così gestire anche un carico di lavoro che esula da questioni propriamente mediche e che in genere si ricollega al recupero e alla copertura dei costi delle prestazioni sanitarie già erogate o da erogare. Mentre le interazioni più propriamente sanitarie si svolgono in PS (per es. la 1BCH e la 5BCH) o in diversi reparti dell'ospedale (per es. quello di dermatologia nell'interazione 1BCH e quello di ortopedia nell'interazione 2BCH), le interazioni riguardanti la condizione socio-sanitaria del paziente si svolgono negli uffici del servizio sociale, in una palazzina adiacente l'ospedale (è il caso della 3BCH, 4BCH e 6BCH).

Le sei interazioni italiane si svolgono invece in tre diverse AUSL della regione Emilia-Romagna. Nei primi due casi, che coinvolgono le INT-I1 e INT-I2, il servizio di mediazione si appoggia su cooperative esterne che offrono diverse tipologie di intervento: la presenza fissa in luoghi e giorni prestabiliti, gli interventi programmati settimanalmente, gli interventi urgenti, gli interventi telefonici e le traduzioni scritte. In linea con le

raccomandazioni internazionali, le due AUSL prestano grande attenzione a una fase particolarmente delicata nella vita delle famiglie immigrate: la gravidanza e la preparazione al parto. Non è quindi un caso se tre delle quattro interazioni selezionate si svolgono in due consultori dove le mediatrici accompagnano le pazienti lungo tutto il "percorso nascita", diventando dei veri e propri punti di riferimento per l'utenza straniera. Il terzo contesto di registrazione è invece un caso a sé stante, poiché è l'ospedale di una cittadina a forte vocazione turistica dove l'operatore amministrativo-interprete svolge la maggior parte del suo lavoro in PS, che è il punto di smistamento e di partenza di percorsi assistenziali che l'interprete segue dall'inizio alla fine. La sua attività inizia in genere dal *triage*, ossia quando si raccolgono i dati anagrafici e anamnestici del paziente. L'interprete segue poi il paziente durante tutto il suo *iter* ospedaliero, dalla visita preliminare in PS (di cui l'interazione 11IRN è un esempio) alle eventuali visite specialistiche successive (esemplificate dall'interazione 12IRN, che si svolge nel reparto di cardiologia) fino alla dimissione o al ricovero, e agisce da intermediario in qualsiasi contatto tra il paziente e gli operatori della struttura.

2.3 La trascrizione delle interazioni

Quando Caio Tito pronunciò la celebre frase "Verba volant, scripta manent" intendeva che le parole dette viaggiano e si diffondono con il passa parola, così che il messaggio non smette mai di circolare, mentre le parole scritte sono fisse e sterili, e si impolverano senza diffondere il loro contenuto.[109] Dopo l'invenzione della stampa, tuttavia, questa espressione ha assunto il significato opposto, ovvero che le parole dette sono facilmente dimenticate mentre quelle scritte sono documenti incontrovertibili. Per dirla con O'Connell e Kowal "the spoken flies away while the written abides" (1999: 103).

Ad oggi, i giornalisti che lavorano per grandi e piccole testate, i professionisti che eseguono procedimenti clinici, nonché i ricercatori nelle scienze umane e sociali, generalmente assumono che se si vuole richiamare o studiare il discorso, lo si deve in qualche modo "catturare". Più o meno a partire da Omero, trascrivere è sembrato il miglior modo per trasformare un'oralità per sua natura evanescente in un formato riutilizzabile.

Questa trasformazione lega chi trascrive in una sorta di "doppio vincolo" (cfr. Bateson 1972) tra esigenze che si negano a vicenda: quella di trascrivere tutto ciò che si sente e quella di far sì che la propria trascrizione sia leggibile. Una risposta che soddisfi la

[109] Cfr. ciò che scrive Galazzi: "Le dicton « verba volant scripta manent » qui est aujourd'hui compris comme une sorte de louange à la permanence, à la fixité immuable et donc rassurante de l'écrit par rapport à un oral fugitif, infiniment changeant et par conséquent peu fiable, signifiait jadis exactement le contraire. Il avait été forgé à la louange de la parole qui a des ailes et peu voler par contraste avec le mot écrit, silencieux et inerte sur la page, mort (cf. A. Manguel, *Une histoire de la lecture*, Actes Sud, 1998, 64). Mais paradoxalement, « scripta volant »: on peut déchirer une lettre avant de l'avoir envoyée; on ne peut jamais retirer un mot qu'on regrette bien avant d'avoir terminé sa phrase" (2001: 3-4).

prima esigenza porta facilmente a una risposta insoddisfacente alla seconda, e i compromessi del trascrittore influenzano necessariamente le conclusioni che trarrà dai propri dati (Bucholz 2000; Green et al. 1997).

Essendo il risultato di scelte interpretative (cosa trascrivere) e rappresentative (come farlo), la trascrizione non è solo una questione pratica ma anche una questione teorica. Eccezion fatta per alcune pubblicazioni (per es. quelle di Ochs 1979; Edwards e Lampert 1993; Leech et al. 1995; O'Connell e Kowal 1999), le implicazioni teoriche della trascrizione hanno destato però in genere poco interesse e si è spesso partiti dal presupposto che la trascrizione fosse un processo trasparente.

> In empirical publications, researchers reporting data collection and analysis procedures seldom make mention of transcription processes beyond a simple statement that audio- or videotaped data were transcribed. [...] It is as if these researchers, through their neglect in addressing theoretical or methodological transcription issues, simply assume that transcriptions are transparent, directly reflecting in text the "hard reality" of the actual interaction as captured on audio- or videotape. [...] This is a surprising assumption given that this research methodology has arisen, in large part, through the discovery that language itself is not transparent and hence constitutes a rich source of examinable data. (Lapadat e Lindsay 1999: 65)

I progressi tecnologici che hanno permesso di allineare l'audio e/o il video alla trascrizione hanno tuttavia mostrato fino a che punto questo processo di traduzione dalla forma orale alla forma scritta sia mediato dalla sempre più vasta *community* di trascrittori. Così come nella traduzione "la presenza del testo a fronte mette ancor più a nudo, davanti agli occhi di tutti, l'oltraggio fatto al testo, le perdite del passaggio" (Nasi 2010: 16), la presenza di un allineamento tra audio e trascrizione mostra le trasformazioni, e le perdite, perpetrate durante il processo di trascrizione. Quindi non diversamente dai traduttori, anche i trascrittori devono riconoscere che non potranno fare una copia esatta dell'originale (cfr. Mack 2006), che (tra)scriveranno "quasi la stessa cosa" (cfr. il titolo dell'opera di Eco 2003), dal momento che "no transcription is a complete record of a spoken event" (Cencini e Aston 2002: 47). E devono, crediamo, abituarsi a documentare le considerazioni teoriche e pratiche che hanno guidato le loro scelte, esplicitando quello che si è volontariamente "lost in trascription" (Rosenthal 2009: 595) e cosa si sia invece sistematicamente preservato. Le due sezioni che seguono rispondono proprio a questa convinzione, e mettono così chi ci legge nelle condizioni di valutare la scelta di compromesso che abbiamo fatto in questa tesi (» 2.3.3).

2.3.1 Considerazioni teoriche

In ciò che segue riassumeremo alcune considerazioni teoriche che abbiamo discusso in maggiore dettaglio altrove (Niemants in stampa b), distinguendo tra quelle che andrebbero fatte a prescindere dal tipo di dato orale che si deve trascrivere (» 2.3.1.1) e quelle che sono di pertinenza di quegli studi che, come il nostro, hanno a che fare con la trascrizione di interpretazioni dialogiche (» 2.3.1.2).

2.3.1.1 Trascrizione di dati orali

Ci limitiamo qui a esplicitare le quattro domande teoriche che si siamo posti nel momento in cui abbiamo iniziato a trascrivere i nostri dati orali.

2.3.1.1.1 Cosa trascrivere?

La preparazione dei dati per le analisi si basa anzitutto su un processo interpretativo in cui si selezionano gli elementi da trascrivere.

> A transcript that is too detailed is difficult to follow and assess. A more useful transcript is a more selective one. Selectivity, then, is to be encouraged. But selectivity should not be random and implicit. Rather, the transcriber should be conscious of the filtering process. (Ochs 1979: 44)

La selezione implica necessariamente l'esclusione: come un bravo cartografo, il trascrittore deve determinare "what to miss out rather than what to include" (Cook 1995: 45). I criteri di esclusione tendono a riflettere gli obiettivi e l'ideologia della ricerca che viene portata avanti. Ad esempio, se l'obiettivo dello studio è quello di analizzare l'utilizzo deittico dei pronomi negli incontri mediati, ci potrebbe essere la tentazione di ignorare i *pattern* intonativi, e viceversa.

Questa selezione viene operata ad almeno sei livelli. Il primo è quello dei partecipanti: chi parla può essere identificato oppure no, ci possono essere incertezze di attribuzione del parlato tra due o più partecipanti o ci possono essere casi in cui chi trascrive preferisce non attribuire a nessuno un determinato fenomeno. Il secondo livello di selezione è quello della struttura conversazionale e dei turni di parola: si può decidere se segnalare o meno i casi in cui i turni sono prodotti subito uno dopo l'altro (*latching*), o i casi in cui più turni sono prodotti da diversi partecipanti allo stesso tempo (*overlap*). Il terzo livello è quello (para)linguistico: qui si seleziona "cosa" viene enunciato (per es. le parole pronunciate da diversi partecipanti oppure delle risate, dei colpi di tosse, delle inalazioni/esalazioni e simili). In quarto luogo vi sono i tratti prosodici, dove la selezione avviene a livello del "come" viene enunciato e documenta variazioni di velocità

(accelerata/rallentata), di volume (più alto/basso), di tonalità (più acuta/grave), di durata (allungata/troncata) e di intonazione (ascendente/discendente/ascendente-discendente/discendente-ascendente/piatta etc.). Il quinto livello è quello dei silenzi, la cui misurazione è oggi facilitata dai *software* a disposizione, ma la cui attribuzione rimane un fenomeno problematico, poiché "there are cases where the 'ownership' of a spate of silence is in question" (Psathas e Anderson 1990: 89). Attribuire di *default* il silenzio al parlante successivo, come fanno molti trascrittori, potrebbe essere in contrasto con uno dei principi della CA, ovvero quello secondo cui i silenzi, così come gli enunciati, sono gestiti e negoziati collaborativamente dai partecipanti nell'interazione (Orletti e Testa 1991: 261). Il sesto e ultimo livello è quello multimodale, che include fenomeni come i gesti, gli sguardi e i movimenti del corpo, che vengono però automaticamente esclusi nella misura in cui non si dispone di registrazioni video.

Il dilemma della selezione è spesso stato descritto opponendo oggettività e soggettività (Green et al. 1997), o l'ampiezza vs. la profondità (Thompson 2005). Come vedremo meglio nella parte dedicata alle considerazioni pratiche, noi preferiamo descriverlo in termini di un'altra dicotomia, ossia interpretazione locale e condivisione globale. Con interpretazione locale intendiamo che ogni trascrizione mira a raggiungere gli obiettivi specifici di un ricercatore che lavora all'interno di un determinato quadro teorico (« Capitolo 1). Allo stesso tempo, e questo è ciò che intendiamo per condivisione globale, il prodotto della trascrizione mira a essere utile per altri ricercatori che lavorano con altre "analytical lenses" (Leanza 2005: 179).

2.3.1.1.2 Come trascrivere?

Il secondo tipo di scelte che ogni trascrittore deve fare riguarda la rappresentazione di ciò che è stato selezionato. Ci sono molti modi di scrivere ciò che si sente, rendendo visibile e leggibile ciò che è, per definizione, solo udibile (Falbo 2005: 25). La prima decisione da prendere è se usare una trascrizione fonetica o ortografica (cfr. Thompson 2005 sui tipi di combinazione), il che dipende in larga misura dagli obiettivi della ricerca. Poi bisogna decidere cosa dovrà costituire l'unità di base e che tipo di informazione contestuale si dovrà includere. Le unità potrebbero essere dei turni di parola o degli scambi di turni, degli oggetti simili a enunciati o frasi, dei gruppi di toni o paratoni, delle parole o delle sillabe. Ancora, come si vogliono rappresentare e distinguere dal parlato degli elementi non verbali e non vocali, come le risate o gli applausi o le pause (piene e non)? Anche queste decisioni dipendono dagli obiettivi della ricerca e sono legati alla scelta di specifici formati di visualizzazione: turno per turno (Es. 2.4), a colonna (Es. 2.5) o a pentagramma (Es. 2.6).

Es. 2.4 Visualizzazione turno per turno

```
A:Did you just get[back]?
B:                [Yes], or rather 2 hours ago. It was a great film.
A:Really?
```

Es. 2.5 Visualizzazione a colonna

```
Speaker A                       Speaker B
Did you just get [back]?        [Yes] rather 2 hours ago.
                                It was a great film.
Really?
```

Es. 2.6 Visualizzazione a pentagramma

```
A:Did you just get[back]?                                        Really?
B:                [Yes], or rather 2 hours ago. It was a great film.
```

(Edwards e Lampert 1993: 11)

Come vedremo meglio quando discuteremo queste possibili visualizzazioni in relazione all'interpretazione in genere, e al nostro progetto in particolare, ciascuna di queste disposizioni ha le sue forze e le sue debolezze. Come notano Lapadat e Lindsay (1999: 65-66), le scelte fatte dai trascrittori mettono in atto le loro teorie, influenzando le interpretazioni che loro, e altri, possono dare dei dati. In questi esempi ci si potrebbe ad esempio far influenzare dalla visione da sinistra a destra o dall'alto in basso.

L'avvento dei computer, che pure ha notevolmente semplificato il processo di trascrizione, ha anche portato il suo corredo di considerazioni aggiuntive su come rappresentare i dati. È infatti diventato auspicabile, se non di primaria importanza (per es. quando si fa uno studio quantitativo), che la rappresentazione sia facilmente leggibile non solo dall'occhio umano, ma anche della macchina.

> If we want our transcriptions to be machine-friendly, so that a computer can understand the information implicitly contained in a document, we need to make this information explicit for the machine, distinguishing metatextual from textual information and rendering both types non-ambiguous. (Cencini e Aston 2002: 51)

Assumendo che un sistema esaustivo che soddisfi tutte le esigenze potrebbe non essere raggiungibile, dividiamo i tentativi in due gruppi, a seconda del modo in cui i dati sono trattati: su base temporale o su base gerarchica.

I modelli su base temporale "take the temporal relation between elements as the main principle for the organization of transcription data" (Schmidt 2005: 1). Se si guarda la Fig. 2.4, le parole "come stai" sono pronunciate dal medico al punto 1 della linea del tempo, mentre il nome "Ken" e il pronome "I" sono entrambi pronunciati al punto 2, rispettivamente dal medico e dal paziente. Il discorso in sovrapposizione dei due parlanti è pertanto visivamente rappresentato nel modello che è comunemente chiamato a

pentagramma, a partitura[110] o "single timeline, multiple tiers", dove eventi simultanei sono posizionati nella stessa posizione orizzontale, e dove la direzione da sinistra a destra corrisponde alla sequenza temporale (Schmidt 2004: 1).

Time-Line	1	2	3	4	5
Doctor	How are you	Ken			
Patient		I	Have a terrible	headache	
…					

Fig. 2.4 Modello su base temporale

Questo tipo di sistema a base temporale permette a chi trascrive di rappresentare le parole pronunciate da diversi partecipanti all'interazione, di visualizzare le sovrapposizioni, e di aggiungere altre righe per codificare fenomeni verbali e non verbali che sono associati con un particolare momento nel tempo (cfr. Schmidt 2004 per una descrizione dettagliata delle relazioni strutturali esistenti in questo tipo di modello, e per una panoramica sui programmi che si basano su questo tipo di trascrizione a pentagramma).

Nei modelli di tipo gerarchico, invece, "the principal relation between any two elements […] is not defined by their respective positions on a timeline, but by their positions in an ordered hierarchy" (Schmidt 2005: 2). Se si guarda la Fig. 2.5, la visita medica è al vertice della gerarchia e contiene due suddivisioni. Una di queste, chiamata "history taking", è ulteriormente suddivisa in enunciati del medico, come "how are you Ken", ed enunciati del paziente, come "I have a terrible headache". Poiché non c'è legame con una linea del tempo in questa struttura gerarchica, la sovrapposizione tra "Ken" e "I" deve essere segnalata esplicitamente, ad esempio aggiungendo il segno * a significare "inizio della sovrapposizione" e il segno ° a significare "fine della sovrapposizione".

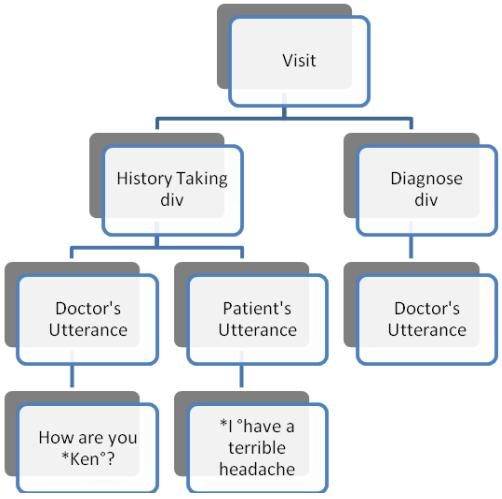

Fig. 2.5 Modello su base gerarchica

[110] Cfr. l'articolo di Magno Caldognetto et. al (2003) a proposito della partitura come sistema di annotazione multilivello di interazioni multimodali, in quel caso basata sul programma ANVIL, che è particolarmente indicato qualora si disponga di dati video.

I metodi di trascrizione basati sulle tecnologie HTML e XML possono essere genericamente definiti come gerarchici, poiché entrambi i linguaggi codificano gerarchicamente i documenti elettronici al fine di facilitarne l'interscambio in rete.[111] Mentre funziona perfettamente per dei testi scritti (per es. questa tesi, dove i capitoli possono contenere delle sezioni, le sezioni delle sotto-sezioni, le sotto-sezioni dei paragrafi, i paragrafi dei sotto-paragrafi e via discorrendo), una tale gerarchia può essere difficile da identificare nei dati orali, dove le suddivisioni dell'interazione potrebbero apparire soggettive (per es. si potrebbe obiettare che la domanda "how are you Ken", dove "Ken" è in sovrapposizione con il pronome "I", non fa parte della suddivisione "history taking" ma di un'altra suddivisione che si potrebbe chiamare "initial greetings"), e dove le persone spesso sembrano parlare, più che in strutture gerarchicamente ordinate, in "stringhe di suoni".

> Just like in computers, they call a list of characters a string. Well people talking in strings and they have a bunch of people in a room, they don't all split out strings at the same time [laughs], but when they do, you get these clumps and knots of strings. The two easily transcribed strings of information suddenly meet somewhere and pile up on each other and you get five or six people adding a layer to this… ends up being a knot of information. (Tilley 2003: 758)

In linea di massima, sia i modelli su base temporale che quelli su base gerarchica cercano di trascrivere tali stringhe e tali nodi, ma lo fanno in due modi diametralmente opposti. I primi si basano su un parametro temporale, dove le entità contenute nelle diverse righe del pentagramma possono essere concepite in riferimento a una linea del tempo comune: gli eventi simultanei sono posizionati sulla stessa posizione orizzontale, e la direzione da sinistra a destra corrisponde alla sequenza temporale. I secondi si basano invece su un parametro gerarchico, dove le entità contenute in diverse suddivisioni fanno riferimento a una gerarchia generale e quindi le une alle altre: in seguito a un'interpretazione degli eventi e delle funzioni linguistiche, le entità della stessa natura sono posizionate nella stessa divisione, e l'ordine di apparizione delle entità a un qualsiasi livello corrisponde alla loro sequenza temporale.

I modelli su base temporale hanno il grande vantaggio di mettere le cose in relazione al tempo, senza che debbano essere necessariamente distinte in base al ruolo che svolgono rispetto ad altri livelli. Come tali, questi modelli possono essere utili per fare delle analisi conversazionali che sostanzialmente si chiedono "Why that *now*" (Heritage e Clayman 2010: 17 [corsivo nostro]). Pur correndo il rischio di sovra-interpretare o di costruire artificialmente la struttura della conversazione, i modelli gerarchici offrono anch'essi un grosso vantaggio: mettendo le cose in relazione le une con le altre, e non semplicemente con la linea del tempo, possono anche questi fornire delle risposte alla domanda principale della

[111] Cfr. le linee guida TEI P5 per una descrizione dettagliata delle relazioni strutturali esistenti in questo tipo di modello: http://www.tei-c.org/Guidelines/

CA, e mettere delle pratiche conversazionali in relazione con un contesto sequenziale più ampio (per es. le sequenze di domanda-risposta nel contesto della sequenza di anamnesi).

In teoria, i punti di forza dei due approcci sono complementari, e combinarli dovrebbe portare a una visione più completa delle interazioni. Ma in pratica, sono stati fatti pochi tentativi di riunire sistemi gerarchici e temporali. Solo nel 2005 è stato concretamente formulato uno scenario in cui "one particular time-based data model is brought into accordance with one particular subset of the TEI guidelines for transcription of speech" (Schmidt 2005: 3). Ma dati i diversi assunti teorici su cui i due sistemi si basano, è ancora difficile fare in pratica quello che appare tanto desiderabile in teoria, e le conversioni tra un sistema e l'altro spesso restano problematiche (cfr. 2.3.2.1 sotto).

2.3.1.1.3 Scrivere o non scrivere?

Perché mai dovremmo fare la fatica di trascrivere dal momento che, aldilà del metodo d'elezione, "toute fidélité à l'oral n'est qu'illusion?" (Galazzi 2002: 142)

Quelli che hanno una visione positivistica del mondo risponderebbero che "talk is an observable behaviour" e che "the researcher's task is to write it down completely and accurately" (Lapadat 2000: 207). Secondo loro, vale la pena fare lo sforzo di trascrivere perché la trascrizione *verbatim* è "a one-to-one match with the spoken words" e le parole pronunciate sono "the sum of the observable event" (*Ibid.*).

Chi parte dal punto di vista dell'interpretivismo sosterrebbe invece che non esiste tale "one-to-one match", poiché né il parlato né la trascrizione sono trasparenti. Risponderebbero anche, tuttavia, che trascrivere è uno sforzo che vale la pena fare, poiché "transcription is not simply a way for a researcher to capture, represent, or 're-present' talk, but a constructive and interpretive act in which the researcher positions him/herself" (Lapadat 2000: 209).

Tra positivismo e interpretivismo collochiamo la ricerca di convenzioni che ha portato al sistema di trascrizione di Jefferson (per una trattazione esaustiva cfr. Atkinson e Heritage 1984; Button e Lee 1987; Psathas e Anderson 1990) e a una serie di sistemi e convenzioni alternative, siano queste le *Discourse Transcription Conventions* di Du Bois et al. (1993), le convenzioni di trascrizione di scambi interazionali sviluppate da Gumperz e Berenz (1993), o le più recenti convenzioni VALIBEL (Bachy et al. 2004), ICOR (Groupe ICOR 2007) e PFC (Durand et al. 2009). In tutti questi casi, la risposta alla domanda iniziale sarebbe che vale la pena fare lo sforzo di trascrivere perché la trascrizione permette ai ricercatori di standardizzare le loro analisi, e quindi di condividere i loro risultati

(concordiamo però con O'Connell e Kowal 1999 quando sostengono che c'è anche un rovescio della medaglia, concetto che introdurremo a breve).

Chi ha a che fare con il discorso in interazione, come Gavioli e Mansfield (1990) e Straniero Sergio (1999), *inter alia*, risponderebbe che il processo di trascrizione promuove una familiarità con i dati e attiva le riflessioni metodologiche e teoriche che sono alla base dell'analisi. Come vedremo sotto, questa convinzione va di pari passo con gli attuali approcci all'interpretazione, che è vista come irrimediabilmente transitoria e condannata a morte, quindi bisognosa di essere trascritta e risuscitata.

> Like all speech, interpreting dies on the air. In order to study it, we need to resurrect the corpse by recording and transcribing it, thereby transforming the corpse into a corpus. (Cencini e Aston 2002: 47)

Pur essendoci senza dubbio altre ragioni alla base dell'approccio scritto (cfr. Gülich e Mondada 2001), quelle qui menzionate già bastano a spiegare la supremazia delle trascrizioni scritte rispetto a metodologie alternative nella tradizione scientifica occidentale. Ciò ha verosimilmente qualcosa a che fare con le diverse relazioni che le informazioni uditive e visive hanno con il tempo, visto che, per dirla con Chafe, "what is heard is, by its very nature, constantly changing, whereas what is seen stays put long enough to be examined, manipulated, and pondered over" (1995: 54).

Esempi pratici di ciò che può essere unicamente notato (e quindi studiato) nelle trascrizioni forniscono ulteriori argomenti a favore dell'approccio scritto. Questo è il caso quando ci si interessa a ciò che potremmo genericamente definire "comunicazione emotiva" o "coinvolgimento" (cfr. per es. Ochs e Schieffelin 1989; Caffi e Janney 1994; Local e Walker 2008; Gavioli e Zorzi 2008; Cirillo 2010). Pensiamo, ad esempio, all'analisi delle *response cries* (per es. Goffman 1978), del *feedback* (per es. Schegloff 1982), delle risate (per es. Jefferson 1979) o del pianto (per es. Hepburn 2004). Non ci è ovviamente possibile entrare nel merito di queste singole ricerche. Possiamo però sceglierne una particolarmente recente per esemplificare in che senso la trascrizione scritta ha svolto un ruolo cruciale. Nel quadro degli studi sul *feedback*, Gavioli (in stampa) ha osservato l'attività dei mediatori come ascoltatori del discorso, concentrandosi su risposte minime che ricorrono in interazioni mediate tra medici italiani e pazienti parlanti l'inglese o l'arabo. Trascrivendo il parlato, l'autrice ha potuto localizzare le occorrenze di *tokens* come "mhm", "yes", "no", "ok", "so" e simili, investigare le loro funzioni e i loro *pattern* sequenziali e metterli a confronto con i *pattern* trovati in altri set di dati. Per quanto la questione non sia direttamente sollevata nel suo articolo, abbiamo motivo di credere, sulla base di ciò che abbiamo visto e sentito in occasione di alcuni seminari targati AIM, che l'autrice abbia fatto poi ritorno al dato orale per verificare la pronuncia di certi segnali e trarre quindi conclusioni informate sulla

differenza tra *feedback* continuativi usati dai mediatori quando si pongono come ascoltatori e *feedback* di transizione usati dai mediatori quando si pongono come traduttori. In altre parole, l'orale svolge sempre e comunque un ruolo, se non nella prima fase di analisi almeno nella seconda, quando le trascrizioni scritte possono agire da trampolino per l'analisi più approfondita di fenomeni ricorrenti.

Malgrado il vantaggio di testi scritti che possono essere facilmente analizzati (per es. citati, suddivisi, copiati e interrogati), vi sono ricercatori che sono andati nella direzione opposta, sostenendo la supremazia dell'orale rispetto allo scritto e mettendo in dubbio l'affidabilità di osservazioni fatte sulla base delle trascrizioni. Tra i limiti che questi ascrivono all'approccio scritto vi sono la difficoltà di standardizzazione e la mole di dati.

Nonostante tutti gli sforzi di standardizzazione che sono stati fatti per facilitare la condivisione di trascrizioni e risultati (cfr. quanto si diceva sopra), vi è chi crede che l'utilizzo di un sistema di notazione specifico per la trascrizione di interazioni orali sia non solo impossibile ma anche anti-scientifico, dal momento che costituisce un impedimento a "the openness of method required for further creative research and runs the risk of premature certification of current fads" (O'Connell e Kowal 1999: 112). Bisogna poi riconoscere che pur aspirando a un sistema "that will look to the eye how it sounds to the ear" (Schenkein 1978: xi), coloro che usano una qualsiasi delle convenzioni sopracitate corrono il rischio di dimenticare che "a key purpose of transcription is to facilitate the researcher's 'seeing'" (Lapadat 2000: 214), e che

> [...] denaturalized transcription, in its faithfulness to oral language, may make speech itself seem alien. This is the paradox of using written texts to represent spoken language. […] That is, the more a text reflects the oralness of speech, the less transparent it becomes for readers unaccustomed to encountering oral features in written discourse. (Bucholtz 2000 : 1461)

Anche per coloro che vi sono avvezzi, la lettura si fa talvolta difficoltosa, perché troppe convenzioni hanno trovato il loro compromesso tra "accuracy, readability, and representation" (Roberts 1997: 170).

Non solo non esiste uno standard che accontenti tutti,[112] ma ci sono anche dei limiti alla quantità di dati che un ricercatore può ragionevolmente trascrivere. Mentre coloro che credono in un approccio scritto controbilanciano questo limite imbarcandosi in progetti collettivi di trascrizione e costruzione di *corpora* (cfr. la banca dati del Groupe ICOR), coloro che credono in un approccio orale optano in genere per delle trascrizioni parziali *ad hoc*:

> [...] a large database has definite advantages, as the analysis of data in conversation studies usually progresses inductively, the researcher normally does not know at the outset of the

[112] Tanto che la comunità scientifica si sta spostando dal concetto di standard al concetto di interoperabilità (cfr. il progetto del Groupe ICOR "Interopérabilité des grandes bases de données de corpus oraux métadonnées et transcriptions" finanziato dalle Fédérations ILF et TUL « Corpus en français et en langues de France (constitution, formatage, valorisation, base de données) »

> research what exactly the phenomena are that he or she is going to focus on. Therefore, it may turn out that she or he wants to analyse events that do not occur very many times in each single recording […] Therefore, he or she may need to have access to a relatively large database. In practice, a large portion of the data can be kept as a resource that is used only when the analysis has progressed so far that the phenomena under study have been specified. At that later stage, short sections from the data in reserve can be transcribed, and, thereby, the full variation of the phenomenon can be observed. (Peräkylä 1997: 206)

Szakos e Glavitsch (2004) suggeriscono di creare una banca dati orali che possono essere "zoomati" per studiare fenomeni specifici che si possono quindi trascrivere. Poiché il processo di trascrizione implica un certo livello di analisi, i due autori sostengono che le registrazioni audio o video, e non le trascrizioni, sono i veri dati e che si dovrebbero dimenticare le trascrizioni scritte per fare ritorno all'orale. Szakos arriva persino a chiedersi se la linguistica non sia stata totalmente fraintesa, e modificata, dalla macchina da scrivere e dai computer, che hanno consentito alla scrittura di imprigionare i suoni della lingua (2009: comunicazione personale).

L'argomentazione di Szakos è confermata dall'osservazione che "speech that is written down is captured and made static and final", mentre la registrazione audio "can be listened to again and each listening evokes the original event" (Lapadat 2000: 204). Ammesso che ciò sia vero, "recording per se does not suffice as a guarantee of the reliability of the observations" (Peräkylä 1997: 216). Anche una registrazione deve pur sempre essere interpretata. E poiché né l'ascolto né la trascrizione sono attività oggettive, l'affidabilità e la validità delle osservazioni sono comunque tra le preoccupazioni di chi fa ricerca basandosi sulle registrazioni di dati autentici.

Una posizione dialettica tra polo scritto e polo orale è quella che ci sembra meglio riflettere queste preoccupazioni. Una volta che si riconosce che non esiste un rapporto uno a uno tra gli eventi che si dipanano durante le interazioni umane e quel che un ricercatore vede/sente e trascrive da una registrazione video o audio, due sono gli scenari possibili. O si seleziona cosa trascrivere e come farlo, ricordando che "this selectivity points to a difficulty in developing any one transcript that can be used by different researchers for different purposes" (Lapadat e Lindsay 1999: 73), oppure si lavora sull'orale, sostenendo che la ricerca di trascrizioni sempre più dettagliate non ha alcun senso. Indipendentemente dall'approccio, sia esso scritto con successivo ascolto dell'orale o orale con parziale trascrizione di estratti scelti, crediamo che la situazione non cambi più di tanto: c'è comunque una commistione di dati scritti e orali che solleva delle questioni problematiche sia per chi trascrive che per chi fa uso delle trascrizioni.

Abbiamo presentato alcuni dei problemi sollevati dall'approccio scritto, come la difficile standardizzazione, la grande quantità di dati e l' "imprigionamento" dell'orale. Ma il ritorno all'orale non è, nemmeno lui, privo di difficoltà. Anzitutto perché vi sono casi in cui le

registrazioni non possono essere messe a disposizione del pubblico. Se si parte dal presupposto che una ricerca deve poter essere replicata, la disponibilità dell'audio fa una grande differenza. Se le registrazioni sono disponibili, e possibilmente allineate con la trascrizione, allora una trascrizione ampia sulla falsariga dei sottotitoli potrebbe essere la soluzione migliore, dal momento che potrebbe poi essere ristretta in funzione delle esigenze particolari di diversi progetti di ricerca. Ma se si lavora in contesti in cui non c'è modo di dare accesso alla registrazione, allora le trascrizioni devono essere sufficientemente dettagliate per rendere conto delle caratteristiche su cui si concentra l'analisi. Il che non significa che bisogna trascrivere tutto, ma che bisogna trascrivere tutto quel che è rilevante per la propria ricerca. In altre parole, una trascrizione può essere accurata senza essere completa e non vi è niente di male in una trascrizione selettiva.

> It is just important that the selection involved in transcribing follows a criterion of relevance, that is that all the aspects of speech we choose to represent in a (selective) transcript are (all) those that are relevant for the study at hand. (Dam 2001: 171)

Anche nei casi in cui l'audio è pubblicamente accessibile, resta il fatto che ci vorrà ancora del tempo "until computers will be able to process speech as fast as they handle written data now" (Szakos e Glavitsch 2004: 2). Nel mentre – suggeriscono i due autori – "we need some way of linking the speed of text searching with the richness of the speaker's voice" (*Ibid.*). Quindi pur promuovendo l'oralità e pur sperando di potere un giorno analizzare i dati orali direttamente, anche Szakos e Glavitsch fanno uso di trascrizioni e confermano così l'inevitabile commistione tra dati orali e scritti che contraddistingue, almeno ad oggi, il risultato del processo di trascrizione.

2.3.1.1.4 Contare o non contare?

L'ultima decisione da vagliare quando si ha a che fare con la trascrizione di qualsivoglia dato orale riguarda la possibilità di analizzare le trascrizioni quantitativamente e non solo qualitativamente.

Nessuno oggi trascrive più con la macchina da scrivere che Sacks usò, per primo, quando iniziò ad analizzare delle conversazioni e diede così avvio alla CA (cfr. le sue *lectures* pubblicate postume nel 1992). È indubitabile, in altre parole, che le trascrizioni vengano fatte con e conservate in un computer. Quando si tratta di progetti di piccola entità, dove una singola persona trascrive i propri dati, fa poca differenza il fatto che la trascrizione sia *machine-readable*: la persona in questione ha infatti una grande familiarità con i dati che ha trascritto e se anche vuole contare determinati fenomeni che ha notato essere frequenti nelle singole trascrizioni può farlo manualmente e/o utilizzando una semplice funzione di ricerca (cfr. il "trova" di *Word* per Windows). Quando però si parla di grandi quantità di dati,

ad esempio perché tanti piccoli progetti vengono riuniti in un unico *corpus* o in una grande banca dati che include più *corpora*, è altamente consigliabile che i dati siano non solo imputabili e salvabili in un computer, ma anche interrogabili dallo stesso. È infatti del tutto inutile avere delle enormi quantità di dati raccolti e trascritti con tempo e fatica da parte di tanti ricercatori, se questi dati non sono poi "exploitables par des moteurs de recherche" (Groupe ICOR 2010: 26).

Rimandando a Leech et al. (1995) e a Thompson (2005) per una descrizione dettagliata dei vari passi che permettono di rendere un *corpus* di dati orali "exploitable" (ossia la registrazione, la trascrizione, il *mark-up*, l'annotazione e l'applicazione), accenniamo brevemente a tre tipi di fenomeni che potrebbero essere quantificati: elementi lessicali, elementi fonetici ed elementi strutturali/temporali della conversazione. Il conteggio di elementi lessicali è il primo a cui si pensa dal momento che è quello di cui più si occupa la linguistica dei *corpora*, che è fortemente orientata all'analisi di testi scritti. Il conteggio di elementi fonetici è invece tipico dei *corpora* di dati orali e presuppone delle trascrizioni che codifichino sistematicamente fenomeni come, ad esempio, la *liaison* tra parole o la caduta della "e" nel francese parlato.[113] Quanto, infine, agli elementi conversazionali, a essere contati potrebbero essere i turni di parola, le pause, o le sovrapposizioni. Questo è possibile, ad esempio, nella banca dati belga VALIBEL (http://www.uclouvain.be/valibel-corpus.html) o nella banca dati francese CLAPI (http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/index.htm). In questo secondo caso, delle maschere di ricerca appositamente concepite permettono di incrociare l'analisi quantitativa di tratti lessicali con quella di tratti conversazionali: si possono ad esempio contare le occorrenze di un segnale discorsivo all'interno dei turni di un parlante, e verificare quante volte questo è preceduto o seguito da una pausa o una sovrapposizione (cfr. lo studio del Groupe ICOR 2007 sulle particelle *ben, voilà, donc* e *alors*).

Questi stessi e altri autori ammettono che tali ricerche quantitative sono certo utili per rafforzare delle analisi qualitative, per mettere alla prova delle vecchie ipotesi, o per formularne di nuove, ma restano pur sempre delle "piste" che devono comunque essere validate dall'uomo (Groupe ICOR 2010: 26). Come per le trascrizioni, richiedono sempre un "intelligent agent" (O'Connell e Kowal 1999: 104) che selezioni cosa è rilevante ai fini della ricerca.

In conclusione, per quanto sia inevitabile farsi sedurre dalle nuove tecnologie, che senza dubbio offrono numerosi vantaggi a chi fa le trascrizioni e a chi le usa, bisogna evitare di cadere nella trappola di considerarle "transparent and unmediated" (Rosenthal 2009:

[113] Cfr. il Projet Phonologie du Français, dove proprio sulla ricognizione e il conteggio di questi due fenomeni si basa una mappatura del francese contemporaneo (http://www.projet-pfc.net/).

611), dimenticando la mediazione operata dal ricercatore che ne fa uso e che dà le proprie risposte alle questioni che ogni ricerca basata sulla trascrizione di dati orali inevitabilmente solleva.

2.3.1.2 Trascrizione di interpretazioni dialogiche

Alle quattro questioni generali discusse nel paragrafo precedente se ne aggiungono altre tre che sono di pertinenza specifica degli studi sull'interpretazione dialogica e che possono essere ricondotte al multilinguismo dei dati, al formato di partecipazione e al tempismo con cui la parola da tradurre e quella tradotta si alternano.

2.3.1.2.1 Multilinguismo

Un primo problema dei dati di interpretazione è il loro multilinguismo. Per quanto banale possa sembrare, ciò implica che il trascrittore deve usare un sistema/programma che permetta di inserire i caratteri (spesso speciali) di più lingue. Potrebbe essere necessario specificare, per ogni segmento, di che lingua si tratta, o segnalare le commutazioni di codice interne a un segmento. I *code switch* all'interno dei turni degli interpreti potrebbero infatti segnalare il passaggio dalla fase di ascolto alla fase di traduzione (cfr. Davidson 2000), mentre quelli all'interno dei turni degli interlocutori primari potrebbero essere un indice della loro competenza nelle rispettive lingue e sollevare delle domande relative al ruolo degli interpreti in interazioni in cui i partecipanti riescano in parte a comunicare anche senza il loro aiuto (cfr. Anderson in stampa; Meyer in stampa).

Data la natura essenzialmente orale dell'interpretazione, si potrebbe inoltre decidere di trascriverne dei tratti prosodici e/o fonetici. La trascrizione con un alfabeto fonetico (per es. l'IPA) permettebbe, ad esempio, di analizzare le pronunce e gli accenti dei partecipanti quando parlano la loro lingua madre o la lingua veicolare che viene usata nell'interpretazione. L'annotazione di caratteristiche come la velocità, il volume, la tonalità, la durata e l'intonazione permetterebbe invece di mettere a confronto la prosodia dei turni "originali" con le loro "rese", contribuendo così a delle discussioni sulla qualità dell'interpretazione.

2.3.1.2.2 Formato di partecipazione

Qualsiasi trascrizione che coinvolga più partecipanti deve necessariamente indicare l'inizio e la fine degli enunciati di ciascuno. Quando si trascrivono dei dati di interpretazione bisogna però anche tener conto del fatto che gli interpreti hanno due statuti di

partecipazione: parlano sia in qualità di "animators" (Goffman 1981) del discorso prodotto da altri in un'altra lingua, che in qualità di partecipanti a pieno titolo (Cencini e Aston 2002: 49). Se l'interprete usa la prima persona per "animare" il discorso di altri e la terza quando parla a nome proprio, potrebbe essere interessante annotare i cambiamenti di pronome per poi verificare se corrispondono a dei cambiamenti di "footing" (Goffman 1981) e quindi a dei passaggi da un formato all'altro di partecipazione.

C'è poi da considerare il fatto che quando gli interpreti "animano" il discorso di altri, i loro enunciati sono in qualche modo riconducibili a uno o più enunciati degli interlocutori primari. Questo solleva il problema di come definire l'inizio e le dimensioni dell'unità traduttiva (cfr. Martin 2009; Merlino in stampa) e di come collegare gli "originali" alle "rese". Si potrebbe inoltre decidere di differenziare i turni traduttivi degli interpreti, ad esempio come rese espanse, ridotte o riassunte, il che richiederebbe uno specifico sistema di annotazione per rendere questi elementi successivamente analizzabili. Ci si potrebbe anche spingere fino alla descrizione del modo in cui gli interpreti forniscono queste "rese", ossia simultaneamente all'originale o in maniera consecutiva. Il che aprirebbe alcune considerazioni sul tempismo con cui la parola da tradurre e quella tradotta si alternano.

2.3.1.2.3 Tempismo

Quando si ha a che fare con delle interpretazioni dialogiche è necessario prestare attenzione non solo a dove gli enunciati iniziano e finiscono, ma anche al modo in cui si avvicendano nell'interazione. Come è normale nelle conversazioni a più partecipanti, questi potrebbero occasionalmente parlare in contemporanea, ad esempio per mostrare il proprio disaccordo o per competere per il turno (anche collaborativamente, come nel caso del completamento del turno in corso da parte di un altro partecipante).

Questo si verifica anche nelle interpretazioni dialogiche dove, diversamente da quanto avviene nell'interpretazione simultanea (cfr. Cencini e Aston 2002: 50), l'interprete parla sullo stesso *floor* dei partecipanti primari. Ma l'incrocio tra la parola da tradurre e la parola tradotta si carica di ulteriore significato, poiché è in questo incrocio che vengono costruite e negoziate le unità traduttive (cfr. Merlino in stampa).

È quindi auspicabile che le trascrizioni documentino cosa succede ai margini dei turni, e la visualizzazione a pentagramma ci sembra la meglio attrezzata per mostrare quando il turno traduttivo segue immediatamente il turno da tradurre o quando ci sono pause o sovrapposizioni ai margini, e per offrire così un quadro intuitivo della cooperazione tra interlocutori primari e interprete (Meyer 1998).

2.3.2 Considerazioni pratiche

Le questioni teoriche che abbiamo finora discusso si condensano in due domande pratiche a cui ogni trascrittore deve rispondere in relazione al proprio progetto: si può rendere l'audio pubblicamente accessibile? Che cosa si vuole "catturare" dalle registrazioni?

Nel nostro caso la risposta alla prima domanda è un "no" deciso, perché le leggi italiane sulla *privacy*[114] ci consentono solo di pubblicare delle trascrizioni in cui i dati sensibili vengano omessi o alterati. Questo limite si è tradotto nella necessità di anonimizzare i dati (cfr. Mondada 2005 sulle procedure possibili) e nella necessità di trascrivere accuratamente tutto ciò che era rilevante ai fini della nostra ricerca (cfr. quanto si diceva sopra a proposito di trascrizioni che possono essere accurate senza essere complete).

La risposta alla prima domanda si lega quindi strettamente alla seconda, che è stata molto più a lungo *in fieri* ed è infine stata data tenendo conto sia delle esigenze locali della tesi di dottorato che di esigenze di condivisione dei dati per ricerche successive. Come spiegheremo sotto, abbiamo infatti trascritto selezionando quei tratti che ci permettessero di vedere l'interazione e le attività che venivano co-costruite dai partecipanti (esigenze locali), ma facendo anche in modo che i dati fossero riutilizzabili per altri scopi (condivisione globale).

Tutto ciò che segue è animato dalla convinzione che "the usefulness of a transcription system must be judged in light of the purposes for which it is used", e che "only the original spoken discourse, some features of which are preserved in an audio (or audio/video) recording, is to be thought of as the data base" (O'Connell e Kowal 1999: 112).

2.3.2.1 Tra esigenze locali e condivisione globale

Trascrivere non è un compito immediato. La qualità dell'audio era buona, dal momento che avevamo usato dei registratori digitali, ma non mancavano i casi in cui i locutori parlavano troppo piano, troppo velocemente, o in sovrapposizione, e quelli in cui i rumori di sottofondo coprivano le loro parole. Sapevamo per esperienza[115] che un solo minuto di interazione avrebbe potuto richiedere fino a un'ora di tempo per essere trascritto e quindi la prima esigenza pratica che abbiamo avuto è stata quella di facilitare un processo che ci avrebbe sottratto tempo ed energie. Una volta esclusa la possibilità di trascrivere

[114] Le leggi sulla *privacy* regolamentano il tipo di informazioni che si possono raccogliere e come possono essere usate e conservate. Dipendono in genere da quattro fattori: il paese in cui vengono raccolti i dati; il paese in cui si trova il *server* in cui sono conservati; il tipo di ente che li raccoglie, sia esso pubblico o provato; e l'obiettivo della raccolta, che potrebbe essere fatta per scopi scientifici o commerciali.
[115] Cfr. Niemants (2008, in stampa c)

utilizzando un *software* di riconoscimento vocale,[116] abbiamo vagliato quattro programmi di trascrizione che avrebbero potuto fare al caso nostro, dal momento che tutti e quattro permettevano di visualizzare l'onda sonora, di quantificare le pause e di allineare l'audio alla trascrizione.

Transana[117] è un programma sviluppato alla University of Wisconsin per ricercatori professionisti che vogliano analizzare dati digitali audio o video. È in assoluto il *software* più facile che abbiamo mai usato, ma supporta il sistema di trascrizione jeffersoniano, la cui dipendenza da righe e spaziature precise rende difficile poi ottenere un *output* leggibile dalla macchina e interrogabile con un *query software* ai fini di analisi di tipo quantitativo.

XTrans[118] è un programma di trascrizione sviluppato dal Linguistic Data Consortium per supportare la trascrizione e annotazione manuale di registrazioni audio. È intuitivo e facile da usare e permette di differenziare diverse unità d'analisi (per es. le domande del medico dalle risposte del paziente). Ma le sovrapposizioni tra i diversi parlanti non sono visualizzate chiaramente, il che potrebbe creare non pochi problemi se si ha a che fare con dei dialoghi.

SpeechIndexer[119] è un programma sviluppato da Ulrike Glavitsch al Zurich Federal Institute of Technology e consente una correlazione semi-automatica del discorso registrato con la sua trascrizione. Ha il vantaggio di segmentare l'onda sonora automaticamente, ma trascrivere da zero non è cosa semplice e diversi problemi emergono quando si ha a che fare con delle interazioni tra più di due parlanti.

Exmaralda[120] è un programma sviluppato al SFB 538 Mehrsprachigkeit della University of Hamburg per la trascrizione e l'annotazione assistita di interazioni orali. Malgrado l'affermazione secondo cui "typical Exmaralda users are not expert computer users" (Rohlfing et al. 2006: 111), bisogna acquisire una certa dimestichezza con le sue funzioni di base e la sua visualizzazione a pentagramma prima di poter beneficiare delle sue molteplici esportazioni e visualizzazioni.

A prima vista tutti e quattro i tool sembravano molto promettenti. Due si distinguevano per la loro semplicità, uno per la sua segmentazione automatica dell'onda sonora, e uno per la sua complessità.

---

[116] Dragon è, a nostra conoscenza, il migliore software di riconoscimento vocale presente sul mercato. Funziona molto bene se è allenato alla voce del trascrittore, ma ha tuttora dei problemi nella gestione delle continue commutazioni di codice che caratterizzano l'interpretazione dialogica. A complicare le cose vi è poi il fatto che gestisce due sole lingue per volta: acquistando la versione per la coppia italiano-francese non si riescono quindi a trascrivere turni in altre lingue (per es. il rumeno che contraddistingue alcune delle interazioni belghe).
[117] Cfr. http://www.transana.org
[118] Cfr. http://www.ldc.upenn.edu/tools/XTrans/
[119] Cfr. https://www.nativesystems.inf.ethz.ch/Main/UlrikeGlavitschSoftware
[120] Cfr. http://www.exmaralda.org/

> To decide about usefulness and usability, it is necessary to know about the ease of use, strengths/weaknesses for specific annotation purposes, and the type of data or analysis the tool is designed for – knowledge that is usually gained only after becoming an expert in the use of a particular tool. (Rohlfing et al. 2006: 99)

Abbiamo quindi cercato di diventare "esperti" dell'uno e dell'altro e di riflettere al contempo su quali fossero le nostre particolari esigenze.[121] Nel giro di alcuni mesi, l'impressione che tutti facessero al caso nostro ha lasciato il posto a considerazioni più puntuali: la semplicità di Transana era stata controbilanciata dal fatto che le trascrizioni non avrebbero potuto essere direttamente esportate in formati leggibili e interrogabili dalla macchina; la semplicità di XTrans era stata controbilanciata dalla sua visualizzazione poco chiara delle sovrapposizioni; la segmentazione automatica dello SpeechIndexer era difficilmente applicabile a dei dialoghi; e con un po' di sforzo, eravamo riusciti a familiarizzare con Exmaralda.

Per prendere una decisione abbiamo quindi riconsiderato le esigenze locali del nostro progetto. Aldilà della semplificazione della trascrizione, della visualizzazione dell'onda sonora, della possibilità di misurare la durata dei silenzi e dell'allineamento tra trascrizione e audio che avevano inizialmente motivato la scelta di quei quattro *tool* avevamo bisogno di:

- Identificare i partecipanti e i loro turni di parola visualizzando le pause e le sovrapposizioni, ma senza bisogno di distinguere tra i due *floor* dal momento che consideriamo l'interprete come un partecipante a pieno titolo all'interazione e che la resa è in modalità consecutiva (breve);
- Trascrivere ortograficamente le parole pronunciate insieme ad alcuni elementi paralinguistici come risate, colpi di tosse, inalazioni e esalazioni: in altre parole ci interessava il "cosa" veniva detto, e non tanto il "come";
- Attribuire i silenzi ai partecipanti e avere la possibilità di non attribuirli a nessuno;
- Segnalare le commutazioni di codice degli interlocutori primari;
- Aggiungere informazioni sui locutori, le attività, le lingue parlate etc.
- Analizzare le trascrizioni con strumenti elettronici.

L'esigenza discriminante è stata quella di visualizzare turni e sovrapposizioni, il che ha escluso Xtrans e SpeechIndexer come opzioni. A quel punto le possibilità erano due: Transana ci avrebbe permesso di visualizzare i turni secondo il tradizionale sistema jeffersoniano, mentre Exmaralda avrebbe fornito una visualizzazione di base a pentagramma. Per prendere una decisione, ci siamo chiesti se, e come, questi due

[121] Per maggiori dettagli sui singoli programmi cfr. http://www.dailynterpreter.com/archives/1860 o scaricare il poster che abbiamo presentato al *Modena International Workshop* (14-18 ottobre 2009) dalla pagina http://www.dailynterpreter.com/my-writings

programmi si ponevano il problema della condivisione, della costruzione e dell'interrogazione di *corpora* ai fini di analisi quantitative che non erano previste nel presente progetto, ma che non erano da escludersi in futuro. E qui Exmaralda è emerso come il programma che rispondeva alla maggior parte delle esigenze locali e globali. È stato usato per produrre quel che Zanettin (2009: 339) annovera come l'unico *corpus* "di conversazioni mediate da interprete reso disponibile per la ricerca" (il DiK-corpus: Meyer 1998, Bürig e Meyer 2004). Permette esportazioni multiple in diversi formati, cosicché il ricercatore non è legato alla visualizzazione a pentagramma ("partitur") o al dispositivo di interrogazione ("Exakt") che sono forniti di *default*. Le trascrizioni possono essere esportate in RTF (così da visualizzare il pentagramma e alcune informazioni di base anche su computer che non hanno il programma installato), in HTML per la condivisione dei dati su internet (dove le interazioni possono essere visualizzate in righe o in turni mentre si ascolta l'audio), o in diversi formati TXT, alcuni dei quali sono appropriati per l'interrogazione con dei programmi di concordanze. Sono possibili anche delle esportazioni in XML per la costruzione e l'interrogazione di *corpora*, e dei filtri personalizzati possono essere aggiunti abbastanza facilmente, nel nostro caso grazie alla disponibilità dello sviluppatore, che ha preparato un filtro per esportare l'XML conforme TEI di cui potevamo aver bisogno per interrogare in futuro il *corpus* con Xaira, un programma di indicizzazione e interrogazione di *corpora* in XML (Dodd 2009) già utilizzato nella nostra tesi di laurea specialistica e ora disponibile su *SourceForge*. Dato il tipo di *corpus*, abbiamo pensato infine che la visualizzazione a pentagramma potesse essere ideale per chi volesse eventualmente:

- Aggiungere dei tratti prosodici documentando variazioni di velocità, volume, tonalità, durata e intonazione che possono essere indici di qualità dell'interpretazione;
- Aggiungere una trascrizione fonetica documentando differenze di accenti e pronunce tra interlocutori primari madrelingua e non madrelingua che possono contribuire alla maggiore o minore difficoltà dell'interpretazione;
- Aggiungere una traduzione del parlato ai fini della presentazione degli estratti a chi non dovesse conoscere le lingue dei partecipanti.

Per ciascuno di questi tre tipi di informazioni basta infatti aggiungere una riga al pentagramma, che può poi essere nascosta nel momento in cui non sia rilevante per l'analisi in corso.

Dal momento che "a truly reflexive transcription practice will involve a discussion both of the choices we make and of their limitations" (Bucholtz 2000: 1462), dobbiamo ammettere che l'integrazione tra un modello temporale e uno gerarchico, pur essendo

desiderabile in teoria, è inevitabilmente complessa in pratica. E parte dei problemi di conversione che speravamo di risolvere entro la fine del dottorato sono in realtà ancora irrisolti (cfr. http://www.dailynterpreter.com/archives/1880 per alcuni dettagli tecnici sulla fattibilità dell'integrazione). Alla fine ci siamo accontentati di interrogare il *corpus* con il programma integrato a Exmaralda (Exakt), che era già più del necessario per i nostri scopi qualitativi, e abbiamo temporaneamente abbandonato l'idea di perfezionare l'esportazione in XML ai fini di analisi quantitative con altri programmi (per es. Xaira).

Il secondo grande limite di Exmaralda è dato dal fatto che il suo formato a pentagramma è molto lontano dallo stile jeffersoniano che molti ricercatori ancora preferiscono e rende più difficile produrre delle trascrizioni cartacee per fini accademici. Ma se si considera l'oralità come l'essenza della lingua e dell'insegnamento della lingua, bisogna forse avere la flessibilità, e il coraggio, di cercare nuove modalità di condivisione e diffusione distanziando le tradizionali modalità stampate. Proprio in quest'ottica abbiamo infine deciso di trascrivere usando Exmaralda, che oltre a rispondere alle esigenze locali del presente progetto di dottorato (offrendo in particolare la possibilità di visualizzare le interazioni sia turno per turno che a pentagramma), poteva rispondere a esigenze di condivisione globale e quindi aprire prospettive d'analisi future.

2.3.2.2 Una scelta di compromesso: Exmaralda

La nostra è stata quindi una scelta di compromesso, che era in parte già evidente nei primi due esempi che abbiamo illustrato (cfr. Es. 2.1, 2.2). Abbiamo cioè deciso di trascrivere e analizzare usando la partitura di Exmaralda, ma di presentare poi le nostre analisi nel tradizionale formato turno per turno. Illustreremo i vantaggi e le difficoltà di questa scelta "di mezzo" con un esempio tratto dai nostri dati reali.

2.3.2.2.1 Trascrizione e analisi a pentagramma

Trascrivere usando la partitura di Exmaralda offre un duplice vantaggio. Anzitutto quello di legare l'audio al testo, nella misura in cui cliccando sul tasto "invio" alla fine dell'inserimento di un turno di trascrizione lo si lega automaticamente al pezzo di onda sonora a cui si riferisce. È poi sufficiente fare un doppio *click* su un pezzo trascritto per riascoltarne l'audio (cfr. Fig. 2.6, dove la "tastiera" in basso a sinistra permette l'inserimento di caratteri speciali, come le vocali accentate o la cediglia presenti nella lingua francese).

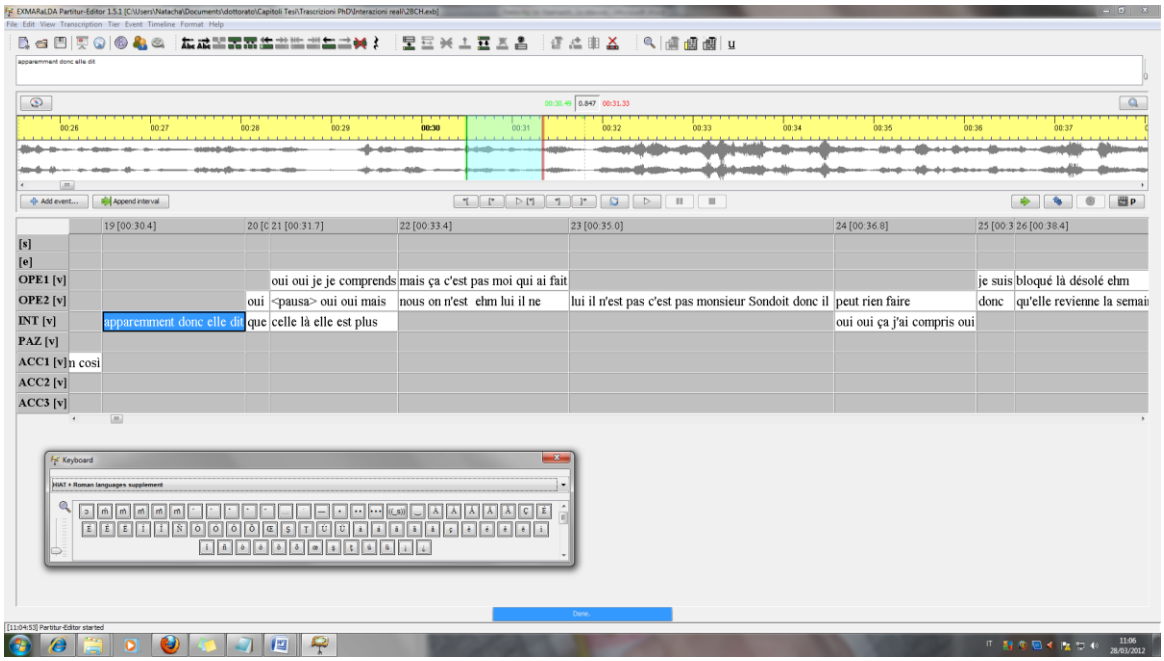

Fig. 2.6 Trascrivere usando la partitura di Exmaralda

Dal momento che, come abbiamo visto, la trascrizione è già un'interpretazione dell'interazione, la visualizzazione a pentagramma offre poi un altro vantaggio, che è quello di non costringere a prendere decisioni sui turni, ma di limitarsi a rappresentare ciò che succede ai loro margini. Nell'esempio sotto, che corrisponde a un'esportazione in RTF dei turni visualizzati nella partitura sopra (cfr. Fig. 2.6), ci sono tre interlocutori che competono per il turno: l'interprete (INT), che avvia la propria traduzione di quanto ha detto la madre della piccola paziente (ACC1), il medico ortopedico (OPE1) e l'infermiera che lo assiste (OPE2). Trascrivere su base temporale consente di legare ciò che ciascuno dice a un preciso momento della linea del tempo (in grigio), e di visualizzare i segmenti sovrapposti, senza dover decidere chi dei tre abbia il turno.

Es. 2.7 Esportazione in RTF [da 2BCH]

[6]

	..	19 [00:30.4]
INT [v]		apparemment donc elle dit
ACC1 [v]	tremilasettecento euro <pausa> sempre mi fa ehm così	

[7]

	20 [00:31.3]	21 [00:31.7]	22 [00:33.4]	23 [00:35.0]
OPE1 [v]		oui oui je je comprends	mais ça c'est pas moi qui ai fait	
OPE2 [v]	oui	<pausa> oui oui mais	nous on n'est ehm lui il ne	lui il n'est pas c'est
INT [v]	que	celle là elle est plus		

[8]

	..	24 [00:36.8]	25 [00:38.1]26 [00:38.4]	
OPE1 [v]			je suis	bloqué là désolé
OPE2 [v]	pas monsieur Sondoit donc il	peut rien faire	donc	qu'elle revienne la
INT [v]		oui oui ça j'ai compris oui		

In fase di analisi, questo tipo di visualizzazione permette di osservare la complessità dell'interazione e la collaborazione degli interlocutori alla costruzione di un significato condiviso, rimandando a un secondo momento la decisione di come mostrare i singoli turni. Il problema è che questa visualizzazione è molto dispendiosa: ci vogliono tre righi musicali per mostrare 8 secondi di un'interazione che dura 14 minuti, e ci vogliono ben ventotto pagine per mostrarla per intero. Proprio per questo si è deciso, una volta finite le analisi, di presentarle usando una visualizzazione turno per turno.

2.3.2.2.2 Presentazione delle analisi turno per turno

Esportare le trascrizioni da un formato a pentagramma a un formato turno per turno è molto più che una semplice questione di conversione. Come si è visto nel capitolo teorico, e come si evincerà dai prossimi esempi, il "turno" è un'unità che viene dinamicamente costruita dagli interlocutori e ricostruita dall'analista, e la macchina non è sempre in grado di identificarlo, soprattutto lì dove vi sono delle sovrapposizioni tra più interlocutori. Quando gli interlocutori parlano uno per volta, il prodotto della trasformazione in .txt che abbiamo chiesto agli sviluppatori di implementare per noi non è lontano dalla tradizionale visualizzazione jeffersoniana (cfr. l'Es. 2.8, che è l'inizio dell'interazione visualizzata sopra).

Es. 2.8 Esportazione in .txt: senza sovrapposizione [da 2BCH]

```
0001    INT:    bonjour
0002    OPE2:   on comprend ein
0003    OPE1:   bonjour
0004    INT:    oui <pausa> apparemment il ne comprend pas bien
```

I problemi sorgono quando vi sono delle sovrapposizioni, poiché l'ordine proposto dalla macchina potrebbe non corrispondere con quello che meglio mostra l'interpretazione dell'analista. Lo si evince dai due esempi successivi: nel primo c'è la versione "turno per turno" dell' Es. 2.7 così come è proposta dal filtro di esportazione di Exmaralda in .txt, nel secondo c'è la versione "turno per turno" che sarà usata nel capitolo quinto per mostrare l'analisi dell'estratto.

Es. 2.9 Esportazione in .txt: con sovrapposizione [da 2BCH]

```
0018    INT:    apparemment donc elle dit [que [celle là elle est plus]
0019    OPE2:   [ oui [<pausa> oui oui mais ]nous on n'est ehm lui il ne ] lui
                il n'est pas c'est pas monsieur Sondoit donc il [peut rien
                faire][donc qu'elle revienne la semaine] prochaine mercredi
                après-midi on va expliquer à monsieu Sondoit
0020    OPE1:   [oui oui je je comprends] mais ça c'est pas moi qui ai fait]
0021    INT:    [oui oui ça j'ai compris oui]
0022    OPE1:   [je suis bloqué là désolé ehm]
0023    INT:    mm hm
```

In questo esempio si scorge il grosso limite della trascrizione delle sovrapposizioni alla Jefferson, dal momento che la macchina non è in grado di distinguere cosa si sovrappone con cosa, se non vi è un'indicazione precisa dell'inizio, della fine e del numero di ciascuna sovrapposizione.[122] In questa visualizzazione, poi, è difficile capire a cosa reagisca l'interprete con il proprio "mm hm" nell'ultimo turno. Abbiamo quindi proposto una trascrizione diversa, dove abbiamo spezzato (andando a capo) le singole sovrapposizioni in maniera tale da mostrare quando a sovrapporsi erano due o tre interlocutori e da rendere conto, riga per riga, della negoziazione della transizione di turno, che viene in ambo i casi preso dall'infermiera (OPE2). La visualizzazione da noi proposta mostra come sia per l'appunto all'infermiera che l'interprete reagisce con il proprio "mm hm".

Es. 2.10 Visualizzazione ricostruita dall'analista [da 2BCH]

```
01  I  INT:    apparemment donc elle dit [que]
02  A  OPE2:                              [oui]
03  I  INT:    [celle là elle est plus]
04  A  OPE2:   [oui oui mais]
05  A  OPE1:   [oui oui je je comprends]
06  A  OPE2:                              [nous on n'est ehm lui il ne]
07  A  OPE1:                              [mais ça c'est pas moi qui ai fait]
08  A  OPE2:   lui il n'est pas c'est pas monsieur Sondoit donc il [peut rien
               faire]
09  I  INT:                                                        [oui oui ça
               j'ai compris oui]
10  A  OPE1:   [je suis bloqué là désolé ehm]
11  A  OPE2:   [donc qu'elle revienne la semaine] prochaine mercredi après-
               midi on va expliquer à monsieu Sondoit
12  I  INT:    mm hm
```

Questi due esempi mostrano in pratica ciò che avevamo finora sostenuto in maniera teorica, ossia il fatto che la trascrizione corrisponde già a una prima analisi dei dati. La scelta di compromesso che abbiamo fatto permette, crediamo, di acquisire consapevolezza di quel che succede nel processo di trasformazione dalla forma orale alla forma scritta e di prendere posizione guidando il lettore nella comprensione delle proprie analisi. Molto banalmente: le trascrizioni che commenteremo nei capitoli di analisi mostreranno quale sia

[122] Il problema non si pone invece con l'esportazione in XML, che è però più difficilmente leggibile dall'uomo. Proprio per questo avevamo inizialmente pensato di esportare un XML compatibile con il TEI e di interrogare poi il corpus con Xaira, utilizzando il foglio di stile (*stylesheet*) già usato nella nostra tesi di laurea specialistica per visualizzare l'interazione in maniera *reader-friendly* (cfr. Niemants 2008: 62).

l'interpretazione che noi abbiamo dato di quelle stringhe, sottoponendole al giudizio di chi, osservando la partitura che sarà allegata alla tesi in formato elettronico (RTF), le scioglierebbe in maniera diversa (cfr. Appendice 4 per un elenco delle convenzioni di trascrizione).

In questa sezione abbiamo cercato di mettere in evidenza come a essere importante sia non solo il prodotto della trascrizione, ma anche il processo, e la persona che lo compie. Ogni qual volta un trascrittore decide cosa includere in una trascrizione vuole ottenere qualcosa di utile per sé e per altri. Credere, però, che più una trascrizione è inclusiva meglio è potrebbe essere un errore. Contrariamente a quello che pensavamo prima di imbarcarci in questa impresa, ora crediamo che sia opportuno selezionare per mantenere l'attenzione sugli obiettivi dichiarati del proprio progetto, e che l'aggiunta di *mark-up* dovrebbe essere tenuta a livelli minimi (o fatta in maniera tale da essere facilmente esclusa), al fine di non limitare l'utilità delle proprie trascrizioni per altre ricerche.[123]

Questo ci porta a una seconda considerazione conclusiva, ovvero il bisogno di presentare le trascrizioni e l'analisi che ne deriva a un pubblico di non specialisti o a studiosi di altre discipline. Personalmente crediamo che questo bisogno punti nella direzione di trascrizioni stratificate, dove livelli diversi servono ad aggiungere diversi set di caratteristiche o di annotazioni a una trascrizione base di quel che viene detto (una base che basti a rimandare al dato orale). Che lo si faccia usando un programma di trascrizione a pentagramma, oppure salvando una (ampia) trascrizione turno per turno prima di aggiungervi altre caratteristiche, l'approccio stratificato è auspicabile e pratico anche dal punto di vista del ricercatore, poiché "it is not unusual for the transcriptionist to return to the same data and re-transcribe more 'precisely' such matters as these – because, as we have noted, 'precision' is related to the purpose of study" (Psathas e Anderson 1990: 88). E

[123] Questa non vuole essere un'argomentazione contro il TEI, come si potrebbe essere portati a credere, poiché tutto il mark-up TEI è costituito da *tag* compreso tra i due segni <> e può quindi essere facilmente eliminato e poiché Exmaralda permette di esportare in diversi formati e di decidere cosa esportare e cosa tralasciare. Non è nemmeno un'argomentazione contro l'aggiunta di informazioni alla trascrizione, poiché difficilmente riusciremmo a capire come mai un testo con più informazioni dovrebbe essere peggiore di uno con meno, a condizione che tali informazioni aggiuntive siano opzionali e facilmente ignorabili (lo diciamo pur sapendo che ci sono sempre eccezioni a conferma della regola, come in Romero et al. 2002). La nostra affermazione è semmai un'osservazione che sottende i nostri stessi criteri di selezione, ed è altresì una risposta alle posizioni di Cook (1995) e Sinclair (1995) rispetto al TEI: non potremmo essere più d'accordo con la loro definizione di TEI come un sistema troppo complesso e troppo dettagliato, tanto che diversamente da quanto fatto nella nostra tesi di specialistica (Niemants 2008) si è qui deciso di non riutilizzarlo, ma non possiamo trattenerci dall'obiettare che il TEI non è necessariamente *transcriber* o *reader unfriendly*, dal momento che l'utilizzo di fogli di stile e la summenzionata possibilità di mettere da parte il *mark-up*, rende estremamente facile trasformare la "pizza" in un *plain text* (Cook 1995). Ci permettiamo anche di aggiungere che, ad ogni modo, non c'è alcuna "empirical justification for claims about superior readability of any given transcription system on the part of human language users" (O'Connell e Kowal 1999) e che tutto dipende, in ultima istanza, dalle abitudini e dagli obiettivi di chi trascrive e di chi legge.

noi siamo i primi ad augurarci di poter tornare su questi dati con altri scopi, e magari anche con metodologie d'analisi diverse da quella che presenteremo sotto (» Epilogo).

2.4 La metodologia delle analisi

In questa quarta sezione illustreremo la metodologia seguita per analizzare le interazione simulate (» Capitolo 3) e quelle reali (» Capitolo 4), chiudendo così il dittico di capitoli introduttivi alla nostra tesi di ricerca.

2.4.1 L'applicazione del formato idealizzato alle interazioni simulate e reali

Come abbiamo ricordato nel capitolo teorico (« 1), prima degli studi di Wadensjö (1998) si era soliti pensare all'interpretazione dialogica nei termini di una (ri)produzione dei turni degli interlocutori primari secondo un "ideal interpreting norm" (Pöchhacker 2004: 79).

A: Turno 1 (nella lingua di A)
I: Turno 1' (= traduzione di T1 nella lingua di B)
B: Turno 2 (nella lingua di B)
I: Turno 2' (= traduzione di T2 nella lingua di A)
A: Turno 3 (nella lingua di A)
I: Turno 3' (= traduzione di T3 nella lingua di B)
B: …….

Per quanto sia stato ampiamente dimostrato che il *pattern* AIBIA, elaborato sulla base di cosa l'interpretazione "idealmente" dovrebbe essere, sia molto lontano dall' "actual performance" degli interpreti reali (Wadensjö 1998), e per quanto siano stati introdotti modelli più complessi per spiegare l'interazione mediata e rendere conto della negoziazione della comprensione tra interprete e interlocutori primari (cfr. Davidson 2000), il modello idealizzato sopravvive nei corsi e negli esami di interpretazione a livello universitario (cfr. Bancroft e Rubio-Fitzpatrick 2004; Kaunzner 2005; Rudvin 2006), dove agli studenti è richiesto di interpretare (I) i turni di due insegnanti (A e B) all'interno di giochi di ruolo in cui costoro fingono di non parlare la stessa lingua e di avere quindi bisogno dell'interprete per capirsi.

Pur sapendo che la CA è molto critica rispetto a modelli e prescrizioni (Mondada 2006b: 8), si è pensato che il formato AIBIA potesse essere un primo termine di paragone per mettere a confronto le interazioni simulate in contesti formativi con quelle reali, verificando in che misura le une e le altre si avvicinassero al o allontanassero dal modello. E si è dedicata la prima fase dell'analisi alla sovrapposizione di questo *pattern* ai turni dei partecipanti alle interazioni simulate e reali.

Dal momento che trascrizioni e analisi sono state fatte sulla base di una visualizzazione a pentagramma, e che i partecipanti sono stati inseriti nell'ordine AIB, ci è risultato abbastanza facile identificare le sequenze in cui il *pattern* AIBIA era rispettato: queste andavano infatti a formare dei triangoli nella partitura (cfr. Fig. 2.7)

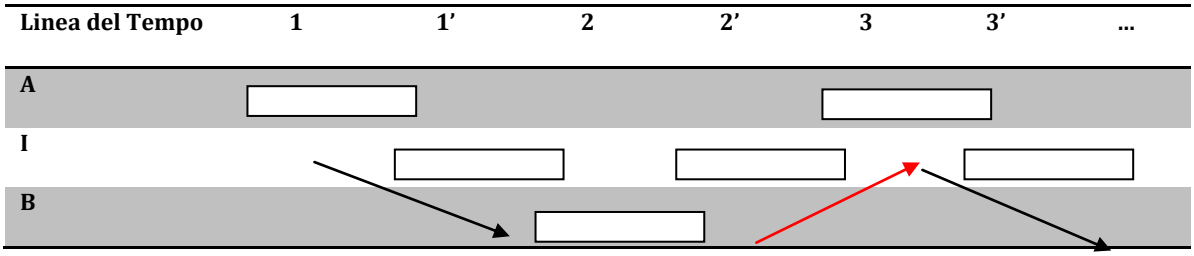

Fig. 2.7 L'applicazione del modello idealizzato alle interazioni

Nei capitoli di analisi, dove si è optato per una visualizzazione turno per turno, la maggiore o minore vicinanza al *pattern* AIBIA sarà comunque osservabile, dal momento che ogni turno sarà identificato, oltre che da un numero e dal ruolo del partecipante nell'interazione (per es. quello di OPEratore, di INTerprete o di PAZiente), anche da una lettera (A, I o B).

2.4.2 L'analisi conversazionale degli avvicinamenti al formato e degli allontanamenti da esso

Una volta localizzate le sequenze di avvicinamento al modello e di allontanamento da esso, ne faremo un'analisi conversazionale che si muoverà sui quattro livelli che Heritage identifica nelle analisi di interazioni medico-paziente (2009: 18), ossia:

- *Overall phase structure*
- *Sequenze organization*
- *Turn design*
- *Lexical choice*

Senza dimenticare che "the four levels are nested within one another" e che pertanto tutti e quattro "may be involved in the analysis of actual episodes of interaction" (*Ibid.*), ci soffermeremo soprattutto sulla costruzione dei turni degli interpreti.

2.4.2.1 L'orientamento degli interpreti nelle loro (re)azioni

Abbiamo visto come da un punto di vista interazionista, i turni traduttivi degli interpreti possano essere considerati come delle peculiari "risposte" ai turni originali che li precedono: producendo una *versione di* questi enunciati gli interpreti mostrano cosa hanno

capito e il proprio orientamento a ciò che stanno facendo (Mason 2006). In questo starebbe del resto la ricchezza dei dati di interpretazioni dialogiche per gli studi sull'interazione.

Gran parte delle analisi sarà dedicata all'osservazione di come sono costruiti i turni degli interpreti. L'obiettivo non è quello di giudicare quanto questi turni siano fedeli a quanto hanno detto gli interlocutori primari, anche perché, come vedremo, molti dei turni degli interpreti non hanno una diretta controparte "originale" (per dirla con Wadensjö 1998, sono delle "non-rese"). Il fine è semmai quello di verificare cosa gli interpreti stiano facendo con i loro turni nei contesti sequenziali delle attività che co-costruiscono con gli altri partecipanti. Diversamente da quanto, in genere, succede negli studi sull'interpretazione, dove l'attenzione del ricercatore è interamente dedicata all'interprete, il nostro *focus* sarà sì l'interprete, ma nell'interazione con gli altri partecipanti (cfr. Straniero Sergio 1999, 2007). Partendo dall'assunto che l'interprete sia un partecipante a tutti gli effetti, e che l'interazione proceda per azioni e reazioni, verificheremo se i turni di I sono delle reazioni in secondo turno o delle azioni in primo turno, e osserveremo gli effetti di queste (re)azioni nel contesto sequenziale successivo. Ci proponiamo così di mostrare le conseguenze positive di interpretazioni apparentemente imperfette (poiché lontane dal modello AIBIA idealizzato) per la comunicazione tra istituzione sanitaria e utenza straniera.

Nel capitolo di confronto, non tratteremo i dati reali come un modello al quale i dati didattici dovrebbero conformarsi, poiché i due set di dati sono ovviamente e necessariamente diversi. Cercheremo piuttosto di verificare in che misura i partecipanti realizzino il modello idealizzato dell'interazione mediata nei due *sub-corpora*, concentrandoci soprattutto sulle sequenze in cui i partecipanti si allontanano dal formato AIBIA e verificando il significato di tali allontanamenti per la costruzione dell'interpretazione/traduzione nell'interazione. Applicando questa metodologia verificheremo se e in che modo i dati didattici di discostano dagli orientamenti e dalle pratiche interazionali che sembrano essere rilevanti nel contesto reale.

2.4.3 L'integrazione (limitata) con i dati etnografici

Ogni raccolta dati ha una base etnografica che motiva la scelta delle interazioni che si registrano e che poi si selezionano per l'analisi. Nella sua versione metodologicamente più "pura", l'analisi della conversazione esclude però ogni riferimento etnografico, perché si focalizza unicamente su quegli elementi del contesto che vengono resi rilevanti dai partecipanti durante l'interazione.

Dal momento che la nostra ricerca ha avuto una forte componente etnografica (viaggi, presa di appunti, interviste, osservazione partecipativa, studio etc.) ci si è posti il problema di come integrare i dati etnografici con quelli registrati, trascritti e analizzati usando la CA. Onde evitare un inutile dispendio di energie, si è pensato di procedere facendo leva sull' "affinità limitata" che esiste tra queste due discipline, ossia decidendo chiaramente in che modo l'etnografia dovesse complementare l'analisi della conversazione (Maynard 2003: 73). Come suggerito dallo stesso autore (*Ibid.*), si è previsto di integrare i dati etnografici:

- nelle descrizioni degli ambienti, delle identità e dei ruoli dei partecipanti;
- nelle spiegazioni di *pattern* "curiosi" che vengano rivelati dalla precedente analisi sequenziale.

Quindi, oltre a far precedere le analisi dei dati didattici e reali da una breve introduzione ai partecipanti e ai luoghi delle interazioni, approfondendo chi vi sia, di volta in volta, dietro al ruolo di operatore, paziente e interprete e descrivendo l'ambiente in cui costoro interagiscono (« 2.2.1.2 e 2.2.2.2), faremo poi leva sui dati etnografici, e soprattutto sulle narrazioni delle interpreti che abbiamo raccolto durante le interviste, per spiegare le motivazioni di alcune pratiche identificate a mezzo della sola analisi della conversazione. Queste informazioni saranno fornite in nota (e quindi graficamente distinguibili dall'analisi conversazionale), e permetteranno ad esempio di meglio capire perché le interpreti insistano tanto, nei loro turni, sulla rilevanza di certi esami (per es. l'ecografia morfologica).

Per quanto possano esservi affinità ulteriori tra l'analisi della conversazione e l'etnografia, riteniamo che questa integrazione limitata tra le due discipline possa bastare qui a collocare le interazioni simulate e reali nei contesti istituzionali in cui sono state registrate (« 0.2 e 0.3), preparando il terreno per le generalizzazioni e le proposte che saranno avanzate nell'ultimo capitolo (» 6).

2.5 Conclusione

Con questo secondo capitolo abbiamo finito di preparare il terreno contestuale, concettuale e metodologico su cui costruiremo la nostra ricerca. Qui si è cercato, in particolare, di descrivere la preparazione dei dati per le analisi. Non potendo esimerci dal processo di selezione che questa fase inevitabilmente comporta, abbiamo esplicitato i criteri che hanno guidato le nostre scelte in merito a:

- cosa raccogliere: sostanzialmente il più possibile, viste le difficoltà e i tempi della registrazione e la possibilità di condivisione dei dati non utilizzati con altri ricercatori;
- cosa analizzare: ventiquattro interazioni sanitarie mediate italiano-francese registrate in quattro diversi contesti sanitari e nel contesto di una prova d'esame all'università;
- cosa trascrivere: a grandi linee cosa viene detto e quando, considerando le specificità di dati orali di interpretazioni dialogiche e trovando un compromesso tra esigenze locali del progetto e possibilità di condivisione globale;

Ci siamo anche soffermati sulla metodologia delle analisi, spiegando la scelta operativa di applicare il formato idealizzato di alternanza dei turni al fine di verificare come le interazioni vi si avvicino o se ne allontanino. Poiché le interazioni simulate rappresentano meglio il modello di traduzione che "idealmente" ci si aspetta in un'interpretazione dialogica, queste saranno analizzate per prime, mostrando gli orientamenti dei partecipanti, e in special modo dell'interprete, nei loro turni. Passeremo poi ad analizzare le interazioni reali, dove il formato idealizzato AIBIA è più difficilmente riconoscibile e dove la resa turno per turno lascia ampio spazio a organizzazioni diverse della traduzione.

Per quanto non siano da escludersi delle quantificazioni dei fenomeni in esame al fine di consolidare le nostre intuizioni e di giustificare delle generalizzazioni, l'analisi della conversazione che ci apprestiamo in entrambi i casi a usare è prevalentemente una metodologia qualitativa. Come tale, secondo la proposta di Seedhouse (2005), l'analisi deve dimostrare di avere almeno quattro tipi di validità per poter essere affidabile, laddove l'aspetto cruciale dell'affidabilità riguarda il fatto che i risultati dello studio siano ripetibili e replicabili.

La "validità interna" ha a che fare con la ragionevolezza, l'integrità e la credibilità dei risultati. In altre parole: i risultati provano ciò che il ricercatore afferma o ci sono spiegazioni alternative? (Seedhouse 2005: 255). Fermo restando che potranno sempre esservi spiegazioni alternative di uno stesso fenomeno, la CA ha una forte validità interna poiché fa esplicitamente la scelta di considerare quegli elementi del contesto che sono rilevanti a livello procedurale per i partecipanti all'interazione. Ciò può esser fatto solo analizzando i dettagli dell'interazione stessa, il che evita a chi adotta questa metodologia di forzare i dati a seconda dei risultati che si aspetta di ottenere.

La "validità esterna" implica invece che i risultati siano generalizzabili aldilà e al di fuori di uno specifico contesto di ricerca. Una delle critiche che solitamente viene mossa alle

ricerche di tipo qualitativo è che sono fortemente legate al contesto nel quale si collocano e quindi deboli in termini di validità esterna. Questa debolezza è stata in parte ovviata raccogliendo più interazioni in istituzioni diverse, e cercando di far precedere l'analisi delle interazioni vere e proprie con la presentazione dei contesti in cui si collocano.

Ancora, la validità che Seedhouse (2005) definisce "ecologica" riguarda il fatto che i risultati siano applicabili alla vita quotidiana delle persone. E qui, rispetto ai tanti esperimenti di laboratorio che animano le scienze sociali, l'analisi della conversazione è eccezionalmente forte. Poiché tale metodologia si basa, infatti, sulla registrazione di dati autentici nel loro contesto sociale, è probabile che possa poi esserci un'applicazione dei risultati delle analisi a quello stesso contesto sociale (» Capitolo 6).

Da ultimo, la "validità di costrutto" ha a che fare con la corrispondenza tra i costrutti rivelati da una data metodologia e i concetti che dovrebbero denotare (Seedhouse 2005: 257). Anche qui, poiché i costrutti rivelati dalla CA sono quelli a cui i partecipanti stessi si orientano durante l'interazione (per es. il sistema di allocazione dei turni) è altamente improbabile che non vi sia tale corrispondenza e la CA è in genere considerata una metodologia con una forte validità di costrutto. Nelle parole di Seedhouse:

> The knowledge created is that of the social world, social phenomena and categories that are talked into being in a sequential environment by the participants themselves. From a broader perspective, CA creates knowledge of how social acts are performed in interaction and of how interaction itself is organized. Ontologically, CA studies that which the interactants themselves make relevant or talk into being. The constructs studied are therefore those that have reality for the interactants (2005: 259)

Adottando la CA si abbassa il rischio di proporre dei costrutti che non siano reali per gli stessi partecipanti alle interazioni. Per quanto con dei concetti e delle modalità non sempre immediatamente accessibili ai non addetti, l'analisi della conversazione permette infatti di descrivere le interazioni mediate per quello che sono e non per quello che "idealmente" dovrebbero essere o vorremmo che fossero.

CAPITOLO 3
Il formato idealizzato nelle interazioni simulate: avvicinamenti e allontanamenti

The gap between
knowing what to do and doing it [...]
is very familiar to all young people as they assume
their chosen work role for the first time.
In the following pages
I am concerned to give information about
a technique which attempts to narrow the gap.
It is called *role-play*.

Milroy, E. (1982: xii)
Role-Play

3.1 Introduzione

Il primo obiettivo del presente studio è quello analizzare l'organizzazione e il senso dell'organizzazione della traduzione nei dati didattici. Per fare questo, osserveremo in che misura le interpretazioni dialogiche simulate che abbiamo registrato presso una scuola interpreti italiana si avvicinino al formato idealizzato di alternanza dei turni. Il modello sarà applicato a dodici interazioni tra due docenti che fingono di essere medico e paziente e uno studente che svolge la funzione di interprete, localizzando le sequenze che sono organizzate secondo il *pattern* AIBIA e quelle che se ne allontanano.

Avvicinamenti e allontanamenti saranno osservati utilizzando gli strumenti dell'analisi della conversazione e soprattutto il concetto di adiacenza, secondo cui ogni turno può essere visto come in risposta al turno precedente. Considerando le interpretazioni dialogiche simulate *come* interazioni, tratteremo i turni traduttivi degli interpreti come delle peculiari "risposte" ai turni originali che li precedono, ossia come delle *versioni di* questi enunciati che mostrano la ricezione dell'interprete e il suo orientamento a ciò che sta facendo (Wadensjö 1998; Mason 2006). Gli avvicinamenti e gli allontanamenti saranno quindi diversificati sulla base degli orientamenti che gli studenti-interpreti [SI] manifestano nelle loro "risposte" traduttive. Per ciascuno di questi orientamenti presenteremo una o più attività conversazionali che paiono ricondurvisi, osservandone la co-costruzione da parte dei tre partecipanti.

Fine ultimo del presente capitolo non è quello di giudicare la qualità delle rese traduttive degli interpreti, bensì quello di mostrare l'orientamento interazionale dei dati didattici alla traduzione dei *testi* espressi dagli interlocutori primari. Ispirandoci alla distinzione di Wadensjö (1998) tra parlato come *testo* e parlato come *attività*, mostreremo come l'interpretazione dialogica equivalga qui alla decodifica e (ri)produzione di unità isolate di significato (dei monologhi), e anche che e come questo risponda agli obiettivi dell'attività didattica.

3.2 Analisi delle interazioni simulate

L'analisi delle dodici interazioni simulate che prenderemo in esame è stata agevolata da due tratti comuni.

Tutte simulano delle visite mediche che hanno una durata media di 7 minuti e che presentano delle caratteristiche sequenziali comparabili. Aldilà del diverso argomento della visita, tutte le interazioni tranne una (9ISS) simulano le prime tre fasi della visita, ossia l'apertura, la presentazione del problema e l'anamnesi. Alcune presentano inoltre l'esame fisico, la diagnosi e il trattamento.

L'altro elemento che accomuna tutte le interazioni è la partecipazione di soli tre interlocutori: il medico italofono, la paziente francofona e l'interprete che li aiuta a comunicare. Il numero costante di partecipanti e la netta divisione dei loro ruoli potrebbe agevolare l'avvicinamento al formato idealizzato di alternanza dei turni, che è come vedremo maggioritario.

3.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato

Il formato idealizzato di alternanza dei turni in un'interpretazione dialogica prevede che ai turni degli interlocutori primari segua subito il turno traduttivo dell'interprete. Come ci si aspetterà, nelle interazioni simulate, gli esempi di avvicinamento al modello idealizzato sono numerosi. Abbiamo scelto di trattarne due a titolo esemplificativo di tutte quelle sequenze AIBIA in cui lo SI traduce subito i turni degli interlocutori primari, usando la prima (Es. 3.1) o la terza (Es. 3.2) persona singolare per riferirvisi.

Nel primo esempio si susseguono tre sequenze AIBIA nelle quali il finto medico pone, per mezzo dell'interprete, una serie di domande anamnestiche alla paziente, che accusa una forte tosse. A ogni turno originale di operatore e paziente segue la traduzione dell'interprete, dove viene coerentemente portata avanti la scelta della prima persona fatta all'inizio dell'interazione (turni che non mostriamo). Al turno 08 l'interprete traduce, infatti, "non ne posso più" e al turno 11 traduce "no non fumo". Il tono formale con cui il medico pone le domande (usando il "lei" italiano) viene mantenuto nella traduzione (usando il "vous" francese).

Es. 3.1 Il pattern AIBIA: prima persona [da 12ISS]

01	A	OPE:	è una tosse secca o <pausa> con catarro {domanda}
02	**I**	**INT:**	**ehm est-ce qu'il s'agit d'une toux sèche ou glaireuse {domanda}**
03	B	PAZ:	<1> plutôt une toux grasse
04	**I**	**INT:**	**è piuttosto una tosse grassa**
05	A	OPE:	grassa mm hm <pausa> tossisce tutto il giorno senza tregua anche di notte {domanda}
06	**I**	**INT:**	**est-ce que vous toussez ehm pendant tout le jour même la nuit {domanda}**
07	B	PAZ:	sans arrêt j'en peux plus
08	**I**	**INT:**	**e ehm è una tosse continua non ne posso più**
09	A	OPE:	mm hm <pausa> va bene lei fuma signora {domanda}
10	**I**	**INT:**	**est-ce que vous fumez {domanda}**
11	B	PAZ:	non je ne fume pas
12	**I**	**INT:**	**no non fumo**

Nel secondo esempio l'interprete opta invece per la terza persona singolare. In questo caso la finta paziente accusa delle forti cefalee, su cui il medico sta indagando attraverso una lunga serie di domande. Ne mostriamo una soltanto, formulata in un turno che inizia con una eco della traduzione appena ricevuta, una pratica ricorrente nei

contributi del medico simulato. Questa domanda del medico rende rilevante la traduzione dell'interprete, che ne mantiene forma e contenuto proiettando la risposta della paziente. Questa proietta a sua volta un nuovo turno traduttivo dell'interprete, che afferma "non lavora", riferendosi quindi alla paziente in terza persona.

Es. 3.2 Il pattern AIBIA: terza persona [da 3ISS]

```
01  A  OPE:      si espande e vabbè {inala} <pausa> mm signora lei lavora al
                 computer {domanda}
02  I  INT:      est-ce que vous travaillez avec l'ordinateur {domanda}
03  B  PAZ:      <1> ah non non non je ne travaille pas docteur
04  I  INT:      non lavora
05  A  OPE:      non lavora
```

Poiché quello della scelta tra la prima e la terza persona è un tema ampiamente dibattuto nella letteratura sull'interpretazione dialogica,[124] ci limitiamo qui a notare che la scelta era lasciata alla discrezione dello studente sia durante il corso di formazione che in sede d'esame, con preghiera però di mantenerla in maniera coerente per tutta la simulazione. Dalle nostre analisi è emerso come l'utilizzo costante della terza persona sia limitato a sole due interazioni (3ISS e 6ISS). In tutte le altre si predilige l'uso della prima persona e l'eventuale ricorso alla terza avviene solo in sequenze particolari, dove sia rilevante operare una distinzione tra la voce dell'interprete e quella dell'interlocutore primario (cfr. Es. 3.15, 3.28 e 3.30). Le interazioni reali che presenteremo nel prossimo capitolo mostrano invece un uso sistematico della terza persona, il che di per sé meriterebbe un approfondimento aprendo questioni nelle quali non entriamo qui. Ci limitiamo a proporre i due esempi sopra come due casi di avvicinamento al modello idealizzato, dove il primo è più frequente nei nostri dati del secondo.

Di seguito concentriamo l'analisi sui turni traduttivi (I) al fine di osservare i principali orientamenti degli interpreti nei contesti sequenziali delle attività conversazionali che questi co-costruiscono con gli altri partecipanti: producendo una "risposta" traduttiva a questi enunciati, gli interpreti mostrano il proprio orientamento a ciò che stanno facendo (Mason 2006).

3.2.1.1 L'interprete si orienta alla (ri)produzione del turno degli interlocutori primari

L'analisi dei turni degli interpreti nelle sequenze di avvicinamento mostra come questi si orientino a una visione monologica della lingua in uso, una in cui il parlato viene considerato alla stregua di un *testo* da decodificare e (ri)produrre (Wadensjö 1998). Più precisamente, i

[124] Mettendo insieme studi prescrittivi e descrittivi ricordiamo Harris 1990; Gentile et al. 1996; Wadensjö 1998; Cambridge 1999; Bolden 2000; Davidson 2000; Bot 2003; Valero-Garcés 2003; Meyer et al. 2003; Angelelli 2004; Gavioli e Fogazzaro 2004; Russo e Mack 2005; Hale 2007; Straniero Sergio 2007; Wadensjö et al. 2007; Corsellis 2008; Comastri 2011.

turni originali sono trattati come unità di significato che l'interprete deve ripetere nell'altra lingua senza negoziare la propria comprensione o quella degli interlocutori.

Questo orientamento è evidente nella modalità con cui gli interpreti prendono il turno e il sotto-paragrafo che segue lo illustrerà per mezzo di tre esempi.

3.2.1.1.1 La transizione di turno

Come si diceva nel primo capitolo, la transizione tra il turno dell'interlocutore primario e quello dell'interprete che lo traduce è un problema pratico per i partecipanti, e soprattutto per l'interprete che deve prendere la parola prima di aver dimenticato ciò che deve tradurre. La segmentazione dell'unità di traduzione dipende dal modo in cui chi è tradotto e chi traduce si accordano su dei punti di rilevanza transizionale [TRP] in cui il primo manifesta di aver completato un'unità di turno e il secondo, capendolo, prende la parola. Secondo i fondatori dell'analisi della conversazione (Sacks et al. 1974), le interazioni tenderebbero a seguire il principio "niente pause e niente sovrapposizioni" alle transizioni tra i turni dei parlanti. Le pause e sovrapposizioni che talvolta si presentano ai margini dei loro turni non sarebbero – secondo i conversazionalisti – che eccezioni a conferma della regola. Le sovrapposizioni tra la fine di un turno e l'inizio del successivo dimostrerebbero, in particolare, come il secondo parlante si orienti alla presa di parola cogliendo l'arrivo di un TRP e confermando così l'esistenza di un ordine conversazionale.[125] Ora, questo tipo di meccanismo interazionale non è pressoché mai presente nelle "risposte" traduttive degli interpreti, i quali paiono assicurarsi che A e B abbiano finito il loro turno prima di iniziare a tradurre i loro enunciati. Lo illustreremo con tre esempi, dove la presa del turno viene fatta con esitazione ("ehm"), con pausa ed esitazione ("<pausa> ehm") o con un *change-of-activity token* ("ok").

L'esempio 3.3 mostra come l'interprete aspetti il TRP (ossia la fine della domanda del medico) prima di prendere il turno con esitazione. Il medico si sovrappone leggermente all'inizio del turno dell'interprete[126] con una riformulazione in termini medici (cfr. "cianotica") di quanto ha appena espresso nel suo enunciato (cfr. "ha la pelle color blu"), ma

[125] Da studi recenti sui "corpi in interazione" (cfr. Mondada in stampa) è peraltro emerso come questo orientamento alla presa del turno si manifesti, prima ancora che nel parlato, in azioni non verbali quali dei cambiamenti di postura, degli avvii o degli arresti dei propri movimenti, dei tentennamenti del capo, degli sguardi, delle manipolazioni di oggetti e via dicendo (cfr. Merlino in stampa).

[126] Cfr. quanto scrive Jefferson (1984: 16) a proposito di questo tipo di sovrapposizioni: "I want to stress about this and other 'transition place' overlaps that at the point of overlap onset the recipient/now starting next speaker is doing something perfectly proper, perfectly within his rights and obligations as a recipient/next speaker. He is not doing what we commonly understand to be 'interrupting' – roughly, starting up 'in the midst of' another's turn at talk, not letting the other to finish. On the other hand, the current speaker is also doing something perfectly proper. He is producing a single turn at talk which happens to have multiple components in it. Thus, each from his own, or the system's standpoint, is properly and rightfully taking or occupying a turn. Each has 'equal rights' to the turnspace".

tale riformulazione non viene integrata in 02, dove l'interprete restituisce solo il *testo* non sovrapposto.[127] Segue la risposta "tutta intera" della paziente, a cui l'interprete non collabora con segnali di ricezione, e che viene subito restituita nel turno successivo. Di fatto la comprensione non viene negoziata, ma "tutta" ripresa dall'interprete che la rende palese al medico, il quale l'accetta senza dubbio né negoziazione, orientandosi alla presa del turno successivo (cfr. la sovrapposizione tra la fine di 04 e l'inizio di 05, che nei termini di Jefferson si colloca a metà strada tra un "pre-completor onset" e un "recognitional onset").

Es. 3.3 La presa del turno con esitazione [da 2ISS]

01	A	OPE:	è scritto <pausa> al triage hanno scritto che <pausa> dichiara di aver la co la pelle color blu è così {domanda} [cianotica]
02	**I**	**INT:**	**[ehm] ici on a écrit que ehm vous avez la peau bleue {domanda}**
03	B	PAZ:	<pausa> ein oui docteur j'ai eu très peur qu'est-ce que vous vous rendez compte changer de couleur de peau comme ça et et et et ça fait déjà depuis quelques heures que je suis bleue
04	**I**	**INT:**	**è si dottore capisce cambiare <pausa> colore così veloce velocemente ed è da tre ore che [sono così]**
05	A	OPE:	[sì ma è] così su tutto il corpo o solo alle gambe alle braccia

Nell'esempio 3.4 la prima esitazione dell'interprete alla presa del turno è preceduta da una pausa con cui si assicura che il medico abbia effettivamente finito di parlare prima di iniziare la propria restituzione del suo turno originale. Anche in questo caso, parte del turno dell'interprete viene sovrapposta dal medico, che riformula quanto ha appena espresso, e anche in questo caso la riformulazione non viene integrata nel turno traduttivo, dove la versione dell'interprete corrisponde alla prima versione del medico (cfr. "perché è qui" vs. "cosa c'è che non va"). Il secondo turno traduttivo viene nuovamente preso con pausa ed esitazione (06) dopo che la paziente ha concluso il proprio turno.

Es. 3.4 La presa del turno con pausa ed esitazione [da 11ISS]

01	A	OPE:	va bene aldilà di tutto questo signora lei perché è qui {domanda}
02	**I**	**INT:**	**<pausa> ehm [c'est bien mais]**
03	A	OPE:	[cosa c'è che non va] {domanda}
04	I	INT:	pourquoi vous êtes ici {domanda}
05	B	PAZ:	{inala} j'ai très mal à la tête je ressens comme une forte pression docteur
06	**I**	**INT:**	**<pausa> ehm ehm mi fa molto male la testa sento come una pressione molto forte**
07	A	OPE	forte pressione {inala} ehm è così forte da venire al pronto soccorso {domanda}

Nel terzo e ultimo esempio, l'interprete inizia due dei propri turni con un "ok", una risposta minima che secondo i conversazionalisti indicherebbe un cambio di attività e che

[127] Come direbbe ancora una volta Jefferson (1984), entrambi stanno qui facendo qualcosa di perfettamente lecito: l'uno ha iniziato a parlare dopo un TRP, mentre l'altro si orienta alla costruzione di un turno composto da più TCU.

qui segnala il passaggio tra l'attività di ascolto e quella di traduzione, ossia tra la decodifica di un *testo* che viene trattato come un'unità isolata di significato (e pertanto non negoziato) e la (ri)produzione di questo stesso *testo*. Questo approccio "testuale" all'interpretazione si scorge anche nel turno 04, dove l'interprete mostra di trattare il turno precedente del paziente come un'unità di senso che consiste di due sottounità egualmente significative (cfr. "ehm non" e "pas du tout"), le quali vengono forzatamente rese con un "ehm no <pausa> no nettamente". Un turno, questo, che anticipa un fenomeno che tratteremo nel prossimo paragrafo, ossia la produzione di enunciati il più completi possibile da parte dell'interprete, anche quando questa completezza non è pragmaticamente rilevante. In tale contesto sequenziale, un semplice "no" sarebbe infatti bastato a far passare il senso di quanto espresso dalla paziente al turno 03, opzione non infrequente nei nostri dati reali.

Es. 3.5 La presa del turno con "ok" [da 10ISS]

01	A	OPE:	<pausa> capisce o parla l'italiano {domanda}
02	**I**	**INT:**	**parlez-vous l'italien {domanda}**
03	B	PAZ:	ehm non pas du tout
04	**I**	**INT:**	**ehm no <pausa> no nettamente**
05	A	OPE:	{inala} <pausa> va bene <pausa> senta qui c'è scritto <pausa> ehm <pausa> crisi d'ipertensione <pausa> di solito soffre di questo {domanda}
06	**I**	**INT:**	**ok <pausa> ehm ici je lis crise d'hypertension <pausa> ehm vous souffrez souvent de ces problèmes {domanda}**
07	B	PAZ:	<1> ehm <pausa> depuis au moins dix ans mais là je trouve que c'est un peu fort <pausa> je me sens pas bien du tout
08	**I**	**INT:**	**ok <pausa> sì <pausa> ormai da dieci anni <pausa> però questa volta è più forte**

Questi tre esempi mostrano quindi come l'interprete prenda il turno solo nei TRP o dopo di essi, ossia quando il turno degli interlocutori primari è in posizione di completezza, evitando così di sovrapporsi alla fine del loro turno. Gli interlocutori primari, per contro, non mancano di prendere la parola quando il turno dell'interprete è in posizione iniziale e terminale, creando delle transizioni marcate da sovrapposizione che sono riconducibili a due tipologie: si sovrappongono all'inizio del turno dell'interprete perché aggiungono contenuto proposizionale a chiarimento del proprio enunciato (cfr. Es. 3.3 al turno 01, Es. 3.4 al turno 03); o si orientano alla presa del turno prima che l'interprete abbia finito di tradurre sovrapponendosi alla sua ultima parola (*recognitional terminal overlap*) o anticipando la fine del contributo come al turno 04 dell'Es. 3.3 (*pre-completor onset* o *recognitional onset*). Questa seconda tipologia potrebbe spiegarsi in termini conversazionali, ossia come un'eccezione che conferma l'ordine della conversazione, ma poiché non è un'eccezione, ma un comportamento non raro, è più probabile che si leghi al fatto che i due interlocutori primari, aldilà della finzione del gioco di ruolo, sono perfettamente in grado di capirsi. Si può, in altre parole, argomentare che in 3.3 il medico abbia capito sia il turno originale in francese (03) che la sua traduzione (04), e sia quindi in grado di prevedere

l'arrivo di un TRP prima ancora che l'interprete finisca di parlare. Se è così, e molti degli esempi che discuteremo sotto paiono confermarlo, allora il (finto) medico si rivela il vero coordinatore dell'interazione simulata.

3.2.1.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione della valutazione

Appropriandoci di un concetto caro all'analisi della conversazione, quello di costruzione dell'enunciato in funzione del ricevente (*recipient design*), descriviamo il secondo orientamento che caratterizza le interazioni simulate in termini di costruzione degli enunciati in funzione della valutazione. Lo si potrebbe anche descrivere nei termini di una classica prefigurazione del ricevente, ma come vedremo meglio nelle sequenze di allontanamento, il concetto di ricevente viene un po' a cadere nelle interazioni simulate, dove entrambi gli interlocutori primari sono in grado di capire e valutare gli enunciati prodotti dall'interprete nelle due lingue. Vedremo quindi come indipendentemente dalla lingua usata, e dall'interlocutore a cui è destinata la traduzione, la "risposta" dell'interprete equivalga a un *display* di comprensione e orientamento che è pubblicamente accessibile a entrambi gli interlocutori, proprio come avviene nella conversazione ordinaria dove, con ogni secondo turno, il parlante mostra agli interlocutori la propria comprensione del turno precedente. Diverso sarà nelle interazioni reali, dove sussiste un'effettiva, per quanto non sempre completa, "barriera linguistica" e dove il *display* è pubblico a un interlocutore per volta, il che richiede all'interprete un lavoro conversazionale ulteriore per costruire una comprensione che sia davvero pubblicamente condivisa.

Rimandando ai capitoli successivi per un approfondimento di questa differenza, presentiamo ora due tipologie di turno traduttivo che mostrano come l'interprete costruisca i propri enunciati in funzione della valutazione delle proprie competenze comunicative da parte degli interlocutori.

3.2.1.2.1 La traduzione formalmente completa

Gran parte delle conversazioni autentiche sono ellittiche e incomplete a livello formale poiché i parlanti fanno leva sulle conoscenze e sul contesto condiviso per risparmiarsi di "spell everything out in complete and well-formed sentences" (Skehan 1996). Le interazioni simulate prese in esame, e soprattutto i turni degli interpreti, paiono invece caratterizzati dall'esatto contrario: anche a fronte di un originale incompleto, le traduzioni sono non di rado costruite in maniera formalmente completa e questo anche laddove il contesto sequenziale permetterebbe l'uso di forme ellittiche.

Nell'esempio 3.6, il turno del medico presenta un'ellissi del verbo, che viene reintrodotto nella traduzione dell'interprete nella forma interrogativa di registro più alto. [128] Ad un'osservazione attenta, l'ordine delle parole scelte dall'interprete mostra come questi sia orientato a un *testo* in cui tutti gli elementi che lo compongono hanno pari significato. Traduce infatti "si tratta di una tosse <pausa> ehm grassa o secca con <pausa> catarro" dove "con catarro" viene reso insieme a "secca", quando il buon senso vuole che una tosse possa essere "secca" oppure "grassa con catarro". La costruzione del turno mostra quindi, ancora una volta, come l'interprete sia orientato a mostrare di saper rendere tutti i tasselli del *testo* originale, più che a dimostrare di aver davvero capito di cosa si sta parlando o di essere in grado di rimediare alla propria comprensione parziale.

Es. 3.6 La produzione di enunciati completi 1 [da 3ISS]

```
01  A  OPE:      mm hm una tosse secca o <pausa> con catarro grassa {domanda}
02  I  INT:      {inala} s'agit-il d'une toux <pausa> ehm grasse ou sèche avec
                 <pausa> glaire {domanda}
03  B  PAZ:      <1> ah ben c'est une toux ehm grasse
04  I  INT:      <1> è piuttosto grassa
05  A  OPE:      piuttosto grassa mm hm
```

Il 3.7 offre un secondo esempio di traduzione completa, dove l'interprete rende la richiesta formulata dal medico in 01 con un, traduciamo letteralmente, "può mostrare il posto dove ha male". Segue la risposta della paziente, che ripete per tre volte il deittico "qui" proiettando la traduzione esitante dell'interprete, che mantiene il deittico.

Es. 3.7 La produzione di enunciati completi 2 [da 5ISS]

```
01  A  OPE:      {inala} mi mostri dove le fa male
02  I  INT:      est-ce que vous pouvez montrer l'endroit où vous avez mal
                 {domanda}
03  B  PAZ:      ici ici ici
04  I  INT:      <pausa> ehm qui {inala}
```

La traduzione dei deittici meriterebbe un approfondimento che non facciamo per motivi di spazio e di metodo: aprirebbe, infatti, un capitolo a parte e richiederebbe un approccio "testuale" all'interpretazione che metta a confronto gli originali con le rese. Constatiamo però tre fenomeni, di cui il primo è nettamente il più frequente: a un deittico nel turno originale può corrispondere un deittico nel turno traduttivo; a un deittico nel turno originale può corrispondere il referente nel turno traduttivo; a un referente nel turno originale può corrispondere un deittico nel turno traduttivo. Il primo di questi casi (deittico>deittico) non merita, a nostro avviso, considerazione ulteriore. Gli esempi che seguono sono invece scelti a illustrazione dei due casi rimanenti.

[128] Vi sono tre forme interrogative in francese: l'intonazione interrogativa corrisponde al livello più informale di lingua, la forma "est-ce que" (cfr. Es. 3.7) equivale a un livello standard, e l'inversione tra soggetto e verbo appartiene a un registro più alto.

L'esempio 3.8 si colloca a giusto titolo in questo sotto-paragrafo, poiché l'interprete produce una traduzione oltremodo completa in cui reintroduce i connettori e i verbi che mancano nell'originale del medico (cfr. "perché" e "lei ha") ed esplicita l'oggetto a cui si riferisce il deittico, mostrando così agli interlocutori (e valutatori) di conoscere l'espressione equivalente di "cartella clinica".

Es. 3.8 L'esplicitazione del deittico [da 6ISS]

01	A	OPE:	eh sì bene <pausa> senta allora cosa c'è che non va {domanda} signora **qui** c'è scritto <pausa> palpitazioni
02	I	INT:	<1> ehm qu'est-ce qu'il y a qui ne va pas {domanda} parce que le docteur sur le **dossier médical** a écrit que vous avez des palpitations
03	B	PAZ:	ah oui j'ai des palpitations docteur
04	I	INT:	<pausa> sì ha le palpitazioni
05	A	OPE:	sì ho capito <pausa> cioè ha la sensazione che il cuore batta in modo irregolare {domanda}

L'esempio 3.9 mostra invece il caso contrario, cioè quello di un'interprete che non conoscendo l'equivalente francese per i termini "tempie" e "nuca" finisce col tradurli con un deittico. Ma a destare interesse non è tanto questo, a nostro avviso, quanto piuttosto il modo in cui l'interprete co-costruisce questa scelta "dispreferita". Vediamo come al turno 03 l'operatore capisca la difficoltà traduttiva dell'interprete (cfr. l'esitazione e le pause in 02) e le suggerisca di usare il deittico "qui" per uscire dall'*impasse* comunicativa in cui si trova. Con questo intervento il medico-esaminatore mostra di orientarsi più al mantenimento del flusso conversazionale a mezzo di una strategia di compensazione della non-comprensione, piuttosto che ad un'ostinata ricerca del termine corretto che bloccherebbe la comunicazione. Il suggerimento viene accolto con titubanza dall'interprete, che dopo una pausa traduce "ici" (04). Una titubanza che è ancora maggiore nei turni successivi, dove non conoscendo nemmeno la traduzione di "nuca" l'interprete esita a utilizzare nuovamente il deittico. Vi sono ben quattro secondi di silenzio in cui l'operatore e il paziente aspettano che l'interprete traduca (il che equivarrebbe a un'azione preferita) mentre questi verosimilmente aspetta che uno dei due si reinserisca, come sopra, per aiutarla. Dal momento che nessuno dei due si seleziona, l'interprete prende infine il turno e risolve il problema adottando la strategia che le era stata suggerita prima, ossia rendendo il termine sconosciuto con un deittico. Il fatto che questa azione venga compiuta dopo un lasso di tempo così lungo mostra però il suo carattere dispreferito: l'interprete mostra, in sostanza, di sapere che aldilà del suggerimento datole poco prima, la valutazione si basa su un *display* di conoscenze linguistiche più che sull'utilizzo di strategie che permettono di far procedere comunque la comunicazione.

Es. 3.9 L'utilizzo del deittico al posto del termine sconosciuto [da 3ISS]

```
01  A  OPE:     ho capito ma ha male anche alle tempie {domanda}
02  I  INT:     ehm <1> est-ce que vous avez mal <pausa> [aussi]
03  A  OPE:                                              [qui]
04  I  INT:     <pausa> ici {domanda}
05  B  PAZ:     <1> ein oui <pausa> là aussi
04  I  INT:     <pausa> sì anche lì
05  A  OPE:     e alla nuca {domanda}
06              <4>
07  I  INT:     et ici {domanda}
08  B  PAZ:     <1> ehm non pas vraiment
09  I  INT:     <pausa> non molto
```

I tre esempi di traduzioni formalmente complete e il loro confronto con una controparte dispreferita sottendono quindi a un'ipotesi che verrà costruita e quindi descritta nelle analisi degli allontanamenti: che cioè le interazioni simulate siano più orientate all'esercizio di un parlato come *testo* non (o poco) negoziabile, che non all'utilizzo di quelle strategie compensatorie che comunemente i parlanti usano, nelle interazioni, per riparare la loro comprensione parziale di ciò che viene detto o fatto con la lingua in uso.

3.2.1.2.2 La traduzione ridotta

L'orientamento dell'interprete alla costruzione dei propri enunciati in funzione della valutazione è evidente anche in quelle che definiamo traduzioni ridotte, ossia dei turni da cui gli interpreti eliminano quei contenuti che non reputano rilevanti ai fini valutativi. Questi possono essere riconducibili a diverse tipologie, che saranno illustrate da due esempi: l'Es. 3.10 mostra come l'interprete riduca il proprio turno traduttivo epurandolo da un riferimento al contesto italiano e alla sua persona; l'Es. 3.11 mostra invece come a essere eliminato dal turno traduttivo sia un riferimento al ricercatore che osservava la prova.[129] Entrambi gli esempi si collocano all'inizio della simulazione, laddove alla domanda standard del finto medico "capisce/parla l'italiano?", che è immediatamente tradotta, la finta paziente risponde negativamente per poi aggiungere, ogni volta, una spiegazione o reazione diversa, ma comunque inattesa poiché non prevista dal copione.

Nel primo esempio, al turno in cui afferma di non parlare l'italiano e di parlare solo il francese, la paziente aggiunge che ciò le dispiace molto poiché l'italiano è una lingua che lei ama, la lingua di Dante (03).[130] Il turno traduttivo che segue riporta che la paziente non

[129] Cfr. Francis (1989: 63) a proposito di azioni che possono essere "dually directed", ossia rivolte sia al partecipante all'interazione simulata che ad altre persone presenti nella stanza. Il che mostrerebbe peraltro come vi siano due strati di identità nelle interazioni simulate: le identità nella simulazione (per es. medico, paziente e interprete) e le identità nel contesto della simulazione (per es. professore/esaminatore e studente).

[130] Dal confronto tra più copioni e più simulazioni emerge come l'esaminatrice francofona si diverta a variare una risposta che altrimenti sarebbe sempre la stessa: talvolta afferma che le rincresce non parlare l'italiano che è la lingua degli uomini veri (11ISS); talaltra dice di essere fiera di parlare solo francese e di essere francese di Francia (6ISS); in certi casi sostiene che l'italiano è una lingua morta che non le servirebbe a nulla (7ISS); in altri ancora palesa il proprio dispiacere per la non conoscenza di una lingua che le piace molto, aggiungendovi dei

parla l'italiano e che, per quanto le piaccia molto, parla solo il francese, lasciando perdere il riferimento a Dante. Recepito questo turno, il finto medico cerca di appurare se la finta paziente sia disturbata dalla presenza dell'interprete durante la visita, il che proietta la traduzione. Data l'esitazione, la ripetizione e la pausa con cui l'interprete inaugura la propria traduzione (06), il medico incalza giustificando il motivo della presenza dell'interprete, ossia il fatto che lui non parli il francese. Segue, dopo una pausa in cui si accerta che il medico abbia effettivamente finito di parlare, l'attesa traduzione dell'interprete, che proietta la lunga risposta della paziente. Anche in questo caso la paziente aggiunge qualcosa di inatteso rispetto a quanto previsto dal copione: non si limita, cioè, a dire che non ha problemi, ma si informa pure sul percorso di studi dell'interprete rivolgendovisi direttamente. La traduzione dell'interprete mostra il diverso trattamento che questa riserva ai contenuti proposizionali che ha decodificato: il contenuto trattato come rilevante viene tradotto subito (10), mentre la coda viene parzialmente tradotta solo dopo la reazione del medico, che riecheggia il "nessun problema" dell'interprete (11). Questa eco che, come si diceva, è molto frequente nei turni del finto medico, viene interpretata come un invito a fornire anche il resto del turno della paziente, ma mentre l'interprete sta ancora traducendo il medico la interrompe per dirle che di queste cose parleranno dopo. Così conferma di allinearsi con la prima "risposta" dell'interprete, quella cioè che trattava come non rilevante la seconda parte del turno della paziente. E così palesa pure il valore che dava alla sua eco in 11, che gli serviva più a prendere tempo prima di produrre il turno successivo che non a stimolare la fine della traduzione dell'interprete.

Es. 3.10 La traduzione ridotta 1 [da 3ISS]

```
01  A  OPE:    buongiorno signora <pausa> ehm parla l'italiano {domanda}
02  I  INT:    bonjour madame vous parlez l'italien {domanda}
03  B  PAZ:    ehm non malheureusement <pausa> et pourtant dieu sait si j'aime
               votre langue <pausa> la langue de Dante <pausa> n'est-ce pas
               <pausa> mais je ne parle que le français
04  I  INT:    ehm non parla italiano le piace molto l'italiano ma non lo
               parla parla solamente francese
05  A  OPE:    vabbè <pausa> ehm la disturba se la visito in presenza di
               <pausa> della nostra interprete {domanda}
06  I  INT:    ehm ça mais ça vous <1> est-ce que
07  A  OPE:    sennò come facciamo a capirci <pausa> io non parlo francese
08  I  INT:    <pausa> et ça vous dérange si le médecin va vous vous examiner
               avec ma présence {domanda}
```

riferimenti culturali come quello dantesco presente nell'esempio qui riportato (3ISS). Queste aggiunte vengono sistematicamente prodotte dopo una pausa, che segna il confine tra ciò che è previsto dal copione e ciò che è invenzione della paziente-esaminatrice, e gli interpreti paiono riservare un trattamento diverso a queste due tipologie di TCU: traducono immediatamente il testo previsto da copione, ossia quei contenuti che percepiscono come rilevanti nella cornice della finta visita medica alla quale sono stati esercitati durante il corso; trattano come non rilevante ciò che esula da questa cornice eliminandolo, come in questo caso, o negoziandolo con gli altri due partecipanti, come nel caso dei contenuti umoristici che vedremo sotto. Ad ogni modo dimostrano di orientarsi alla costruzione della traduzione in funzione del ricevente che dovrà valutarla (ossia il medico-esaminatore).

```
09  B  PAZ:     {inala} oh non je n'y vois pas d'inconvénient au contraire
                <pausa> ehm vous avez fait d'études des études spécifiques vous
                sortez de quelque école ehm de traduction {domanda}
10  I  INT:     <pausa> ha detto che non ha nessun problema
11  A  OPE:     nessun problema
12  I  INT:     e mi ha chiesto cose riguardo alla mia
13  A  OPE:     è dopo [dopo]
14  I  INT:           [professione]
15  A  OPE:     ehm va bene signora allora cosa c'è che non va {domanda}
```

Nel secondo esempio, al turno in cui afferma di non parlare l'italiano e di parlare solo il francese la paziente questa volta aggiunge (sempre dopo una breve pausa che segna il confine tra un contenuto e l'altro) di essere francese di Francia e quindi né belga né svizzera. Anche in questo caso l'interprete riserva un diverso trattamento ai contenuti proposizionali espressi: traduce che la finta paziente parla solo il francese e, pur aggiungendo che è fiera di essere francese, lascia perdere il riferimento al Belgio e alla Svizzera interpretandoli come non rilevanti.[131]

Es. 3.11 La traduzione ridotta 2 [da 6ISS]

```
01  A  OPE:     signora buongiorno <pausa> capisce l'italiano {domanda}
02  I  INT:     ehm bonjour madame est-ce que vous comprenez
                l'italien {domanda}
03  B  PAZ:     <pausa> je ne parle que le français moi <pausa> je suis
                française de France et fière de l'être <pausa> ça veut dire
                <pausa> ni belge <pausa> ni suisse
04  I  INT:     ehm no parla solo francese ed è fiera di essere solo francese
05  A  OPE:     vabbè <pausa> come al solito <pausa> senta e <2> io non parlo
                il francese <pausa> e non lo capisco <pausa> quindi ho bisogno
                di un interprete va bene {domanda}
```

Costruendo la propria versione del turno originale la studentessa interprete manifesta pubblicamente di aver capito che parte del testo espresso dalla paziente esula dal copione e decide di tralasciarlo limitandosi a restituire i contenuti che reputa rilevanti nell'ambito di una finta visita medica alla quale si è esercitata durante il corso. Ciò che esula viene trattato come non rilevante, quindi o eliminato, come nei due esempi che abbiamo mostrato, oppure negoziato con gli altri partecipanti, come vedremo nel sotto-paragrafo dedicato ai reinserimenti della paziente. Questo posizionamento si allinea con quello del finto medico, che parimenti si orienta alla traduzione del *testo* rilevante e alla costruzione del formato idealizzato, velocizzando però le transizioni di turno qualora abbia già raggiunto lo scopo di ricevere e valutare la traduzione dello studente (cfr. Es. 3.3 al turno 05). Anche la finta

[131] Alcuni dati etnografici concorrono a una migliore interpretazione di questo estratto e della scelta della studentessa e pertanto li forniamo a integrazione dell'analisi. Il ricercatore che registrava e osservava la simulazione dal fondo dell'aula (« Fig. 2.1), che era ben conosciuto sia dai due esaminatori che l'avevano avuto in passato come studente che dalla studentessa che l'aveva avuto in passato come *tutor*, è di risaputa origine belga. Gli appunti presi in occasione della prova riportano che la finta paziente, pronunciando quel "ni belge ni suisse" abbia rivolto lo sguardo verso il ricercatore, rafforzando l'idea che i contenuti espressi fossero rivolti a lui. Questi due elementi (il fatto che fosse a conoscenza delle origini del ricercatore e il fatto che abbia visto lo sguardo della paziente) concorrono all'interpretazione della studentessa e alla sua decisione di non tradurre dei contenuti percepiti come non rilevanti ai fini della simulazione dell'interazione sanitaria mediata e degli orientamenti dei partecipanti coinvolti.

paziente si orienta a ricevere la traduzione, tanto che spesso fa una pausa (cfr. Es. 3.1 e 3.2 ai turni 03) o prende fiato (cfr. Es. 3.4 al turno 05, 3.10 al turno 09) prima di avviare il proprio turno, così da assicurarsi che l'interprete abbia terminato. Ma già da questi esempi si coglie come questa esaminatrice concepisca il gioco di ruolo in maniera diversa dal collega: allontanandosi dal copione, così come si allontanerà dal modello idealizzato, la finta paziente sembra voler testare non solo la capacità degli studenti di tradurre il turno previsto, ma anche la loro capacità di gestire contenuti e turni inattesi. Non solo, la finta paziente introduce anche delle domande rivolte all'interprete (cfr. quella sulla professione in 3.10) che potrebbero allontanare dal modello turno per turno, ma queste domande sono bloccate dal finto medico, che ancora una volta emerge come il coordinatore dell'interazione simulata. Questi diversi orientamenti mostrano già come alla co-costruzione dell'interazione simulata da parte dei due interlocutori primari non corrisponda necessariamente una convergenza di modalità e obiettivi (Salazar-Orvig 1999: 269), il che sarà ancora più evidente in alcune delle sequenze di allontanamento che analizzeremo sotto.

La sezione 3.2.1 ci ha permesso di illustrare che le interazioni simulate sono in gran parte strutturate come una successione di sequenze AIBIA dove gli interpreti si orientano a decodificare i *testi* espressi dagli interlocutori primari e a riprodurli in funzione della valutazione delle loro competenze comunicative. Il fatto che la comprensione non venga negoziata e che eventuali strategie di compensazione vengano trattate come dispreferite, lascia pensare che gli interpreti si orientino a una valutazione che si basa su una pubblica dimostrazione di conoscenze linguistiche (lessicali, grammaticali, semantiche e fonologiche) più che sull'utilizzo di competenze pragmatiche in azione. Sarà nostra premura confermare questa prima impressione nei paragrafi che seguono, sostanziandola con degli esempi che mostrano come gli studenti interpreti stanno "displaying language" piuttosto che "using language pragmatically" (Ellis 2003: 9).

3.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato

Gli allontanamenti nelle interazioni simulate non sono numerosi e sono in genere riconducibili a brevi sequenze di inserimento che sospendono temporaneamente il formato AIBIA e che coinvolgono, nella stragrande maggioranza dei casi, il finto medico e l'interprete:

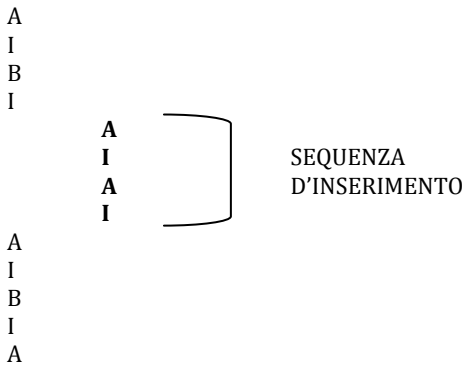

Fig. 3.3 La struttura tipo di un allontanamento

I paragrafi che seguono riempiranno la struttura mostrata in Fig. 3.3 con esempi che sono riconducibili ai due orientamenti discussi sopra: l'orientamento alla resa del *testo* espresso dagli interlocutori primari e l'orientamento alla costruzione degli enunciati in funzione della valutazione. Confermeremo così le riflessioni destate da alcune sequenze di avvicinamento, laddove gli interpreti tradivano una visione monologica e riduttiva dell'interpretazione intesa come mera ripetizione di *testi* e pubblica dimostrazione di competenze a fini valutativi.

3.2.2.1 L'interprete si orienta alla (ri)produzione del turno degli interlocutori primari

L'orientamento al parlato come *testo* da decodificare e riprodurre senza negoziazione di comprensione emerge chiaramente dall'interpretazione attivata in almeno quattro delle sequenze interazionali che caratterizzano la visita medica simulata (corrispondenti ad altrettante fasi della visita medica, sempre simulata): la ricostruzione della storia clinica della paziente tramite una successione di domande anamnestiche; la conduzione dell'esame fisico attraverso una serie di istruzioni; le indicazioni terapeutiche attraverso, ancora una volta, una serie di istruzioni; la segnalazione degli appuntamenti e/o esami successivi alla visita in corso di svolgimento.

I quattro sotto-paragrafi che seguono illustreranno come tutti e tre i partecipanti concorrano alla costruzione di queste sequenze di allontanamento, manifestando un comune orientamento a un riavvicinamento il più rapido possibile. Mostreranno inoltre come pur collocandosi in fasi diverse della visita, queste sequenze siano tutte riconducibili a un'unica attività, quella di mostrare di saper tradurre testualmente.

3.2.2.1.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente

L'interpretazione della raccolta di informazioni si struttura generalmente come una successione di sequenze modello (AIBIA) che vengono temporaneamente sospese in due

sequenze d'inserimento, entrambe iniziate dal (finto) medico che (a) riformula una parte del proprio testo dopo aver sentito una parte della traduzione o (b) prolunga il proprio turno con una serie incalzante di domande.

L'esempio 3.12 inizia con una sequenza AIBIA che lascia presto il posto a una breve sequenza di inserimento. Ad occasionarla è la traduzione incompleta dell'interprete, che non traduce se il dolore sia pulsante oppure profondo e si limita a chiedere se sia forte. Questa sua versione viene trattata come problematica sia dalla finta paziente, che non risponde alla domanda, sia dal finto medico, che dopo un silenzio di 1 secondo si riseleziona per riformulare il contenuto non tradotto e aiutare così l'interprete a renderlo (cfr. il segnale di riformulazione "cioè" e la riformulazione di "pulsante" in "come delle pulsazioni"). Non diversamente da quanto succedeva nell'Es. 3.9, dove il medico suggeriva all'interprete di usare il deittico per rendere un termine sconosciuto, anche qui il medico suggerisce una strategia che permetta alla studentessa di superare l'*impasse* comunicativa in cui si trova. Ciò dimostra (a) che ha compreso il turno in francese e (b) che la parola "pulsante" e il tipo di dolore della paziente sono rilevanti e quindi devono essere tradotti dall'interprete. Ciò mostra a sua volta che il medico si orienta a ottenere la restituzione di tutto il proprio testo originale, anche a costo di contravvenire alla finzione del RP. La risposta della paziente ribadisce la rilevanza dell'espressione da tradurre: "all'inizio [il dolore] è <u>come lei dice dottore pulsante</u> come se mi infilassero dei chiodi nella testa" (10) e si allinea in questo modo all'orientamento del medico.

Es. 3.12 L'interpretazione della raccolta di informazioni 1 [da 3ISS]

01	A	OPE:	no <1> non è caduta {domanda}
02	I	INT:	<pausa> ehm <pausa> est-ce que vous êtes tombée de quelque part {domanda}
03	B	PAZ:	<pausa> mm <pausa> pas récemment il y a <pausa> très longtemps ehm ehm je suis tombée mais <pausa> d'un ponnet ehm ça ne fait rien de sérieux
04	I	INT:	sì ehm diciamo non di recente <pausa> è caduta ma non è successo niente di di grave
05	**A**	**OPE:**	**<1> ehm vabbè {inala} senta <pausa> e <1> è un dolore <pausa> me lo può descrivere {domanda} è un po' pulsante oppure è un dolore profondo {domanda}**
06	**I**	**INT:**	**est-ce que vous pouvez décrire votre ehm votre malaise la douleur {domanda} <pausa> c'est très forte {domanda}**
07			**<1>**
08	**A**	**OPE:**	**cioè <pausa> come delle pulsazioni {domanda}**
09	**I**	**INT:**	**<pausa> et cette et cette douleur c'est comme des pulsations {domanda}**
10	B	PAZ:	<1> au départ elle est comme vous dites docteur pulsante <pausa> comme si on m'enfonçait des clous dans la tête <pausa> ensuite elle se <pausa> transforme elle devient profonde elle s'irradie
11	I	INT:	{inala} allora all'inizio ha queste forti pulsazioni poi dopo <pausa> ehm diventa très forte ehm molto forte <pausa> e si espande
12	A	OPE:	si espande e vabbè {inala} <pausa> mm signora lei lavora al computer {domanda}

Anche l'esempio 3.13 inizia con una sequenza AIBIA che lascia poi il posto a una sequenza di inserimento in cui si succedono le domande del medico e le traduzioni dell'interprete senza che la paziente, a cui i turni sono destinati, abbia lo spazio per segnalare la propria ricezione e/o negoziare la propria comprensione. A mostrare un orientamento al *testo* da restituire sono sia i turni del medico che quelli dell'interprete. Il medico incalza con domande che riguardano questioni profondamente diverse (cfr. la tosse in 05, le urine e le feci in 07 e il sangue dal naso in 09) senza aspettare che la paziente risponda a ciascuna di esse. L'interprete, dal canto suo, condensa i due testi originali del medico, che l'ha interrotta, in un unico turno traduttivo (08) dove mostra di orientarsi a riprodurre tutti i tasselli che ha decodificato, più che a strutturarli in funzione di chi dovrà capirli e rispondervi. Si affretta, infatti, a tradurre "ha altri problemi <pausa> per esempio ehm dei problemi respiratori della tosse o ehm <pausa> del sangue nelle feci <pausa> ha le feci scure torbide" (08) e si orienta poi alla presa del turno (10) occasionando uno dei pochi casi di sovrapposizione in posizione terminale che abbiamo riscontrato nei turni degli interpreti simulati (« 3.2.1.1.1).

Es. 3.13 L'interpretazione della raccolta di informazioni 2 [da 2ISS]

```
01  A  OPE:      è sì sì e ha ha perdite tra un ciclo e l'altro {domanda}
02  I  INT:      et vous avez des pertes ehm entre <pausa> les <pausa> ehm un
                 <pausa> un cycle de règle et l'autre {domanda}
03  B  PAZ:      <pausa> en général non c'est très rare
04  I  INT:      ehm no ehm è raro
05  A  OPE:      hm <pausa> ha qualche altro disturbo <pausa> per esempio
                 difficoltà respiratorie tosse {domanda}
06  I  INT:      ehm
07  A  OPE:      oppure se ha notato di avere le urine scure <pausa> anche le
                 feci <pausa> molto nere <pausa> o sangue nelle feci insomma
                 {domanda}
08  I  INT:      ehm vous avez d'autres troubles <pausa> par exemple ehm des
                 problèmes respiratoires de la toux ou ehm <pausa> du sang dans
                 les scelles <pausa> vous avez les scelles ehm foncées troubles
                 {domanda} [mm hm]
09  A  OPE:                [le urine] scure anche o se perde [sangue dal naso]
                 {domanda}
10  I  INT:                                                  [ehm les] <pausa>
                 les les urines aussi et si vous votre nez coule <pausa> perdez
                 du sang du du nez {domanda}
11  B  PAZ:      {inala} ehm je n'ai rien remarqué de tout cela docteur
12  I  INT:      <pausa> ehm non ho notato niente
13  A  OPE:      va bene senta facciamo degli esami <pausa> poi ci sentiamo dopo
```

Ci pare significativo puntualizzare che i pochi casi di sovrapposizione tra la fine del turno dell'interlocutore primario e l'inizio di quello dell'interprete paiono verificarsi nella stessa posizione sequenziale, ossia dopo un turno originale particolarmente lungo. Il che parrebbe confermare l'orientamento degli interpreti a restituire *tutto il testo* degli interlocutori primari e a interromperli solo nel caso in cui questa restituzione venga compromessa da un

carico troppo elevato di informazioni.[132] Solo in questo caso gli interpreti sembrano adottare quella strategia che i parlanti comunemente adottano, nelle interazioni, per manifestare la loro volontà di prendere il turno al TRP successivo.

Potremmo spingerci a dire, quindi, che solo in questo e in pochi altri casi di allontanamento dal modello, il parlato degli interpreti è orientato a un'organizzazione dell'interazione diversa dalla riproduzione del turno in un'altra lingua e forse deviante rispetto alle aspettative "didattiche". Nella stragrande maggioranza delle interazioni simulate l'interpretazione si riduce, infatti, a una mera decodifica e riproduzione di *testi* che, indipendentemente dalla loro collocazione nella visita medica (per es. l'anamnesi) e dalla funzione che svolgerebbero in una reale interazione medica mediata (per es. elicitare i sintomi della paziente), equivalgono qui a delle iniziazioni del medico che proiettano delle risposte traduttive da parte dell'interprete (e non necessariamente delle risposte da parte della paziente). Ciò spiegherebbe il carattere dispreferito di quanto si allontana da questa coppia adiacente, come la sostituzione del traducente sconosciuto con un deittico che abbiamo visto nell'esempio 3.9, o i casi di riparazione che tratteremo sotto (» 3.2.2.2.1).

3.2.2.1.2 L'interpretazione dell'esame fisico

Anche l'interpretazione dell'esame fisico della paziente si struttura in genere come una serie di coppie adiacenti dove il primo turno è rappresentato dall'iniziazione del medico (A) e il secondo dall'attesa "risposta" traduttiva dell'interprete (I). I due esempi prescelti illustreranno come tutti e tre i partecipanti concorrano alla costruzione di sequenze d'inserimento del tipo AIAIAIA orientandosi alla resa del testo espresso dal medico.

L'Es. 3.14 mostra la transizione tra la serie di domande anamnestiche organizzate secondo il modello AIBIA e l'inizio dell'esame fisico, che si struttura invece come una serie di istruzioni espresse da A e tradotte da I per un B che è palesemente assente. Vediamo come A incalzi con le proprie indicazioni interrompendo I che aveva segnalato ricezione e cambio di attività (cfr. l' "ok" che segna, al turno 06, il passaggio dall'attività di ascolto a quella di traduzione). E vediamo soprattutto come la traduzione di I non sia seguita da una risposta

[132] Come è stato ampiamente dimostrato negli studi sull'interpretazione simultanea con la "théorie des efforts" di Gile (1995), l'eccessivo carico cognitivo dell'interprete si traduce in errori o segnali di difficoltà nella resa che possono manifestarsi subito dopo la ricezione di un elemento problematico o anche poco dopo, quando visto lo sforzo fatto per gestire un problema traduttivo, rimangono meno risorse per tradurre quanto segue, per semplice che possa essere. Potremmo quindi sostenere, per ritornare all'esempio sopra, che l'interprete gestisca lo sforzo di tenere in memoria e di restituire i due turni del medico senza negoziarne la ricezione, ma origini poi un'interruzione, per quanto dispreferita, per non rischiare di dover nuovamente gestire un turno così lungo. Con questo movimento divergente rispetto al finto medico, che si orienta invece a continuare il proprio turno, l'interprete negozia l'unità di traduzione con un procedimento che viene comunemente usato nelle interpretazioni reali e che gli interpreti simulati sono invece restii ad adottare. Come abbiamo visto nel in 3.3.1.1.1, l'unità di traduzione corrisponde in genere al turno degli interlocutori primari, che non viene negoziato ma (ri)prodotto dopo che ha raggiunto la posizione di completezza.

della paziente ma da un nuovo turno di A. Questi con il proprio "mm hm" conferma ricezione di un turno che nella finzione del gioco di ruolo non dovrebbe nemmeno comprendere, e mostra così di orientarsi alla valutazione dei testi (ri)prodotti dall'interprete. Il *feedback* del medico può infatti essere interpretato come una valutazione della "risposta" traduttiva della studentessa alla sua iniziazione, ossia come il terzo turno della tripletta *Initiation-Reply-Evaluation* che spesso caratterizza i contesti didattici (IRE: Mehan 1979). La studentessa, dal canto suo, non manca di orientarsi alla resa del testo originale: lo mostrano le disfluenze al turno 08, dove parte con un articolo maschile (cfr. "sur le" che verosimilmente è un abbozzo di traduzione del "lettino" presente nel turno originale) per poi riprogettare la resa corretta al femminile (cfr. "sur la table d'examen"); e lo mostra la ripetizione di "addome" al turno 10, dove la studentessa auto-corregge la propria pronuncia del termine.

Es. 3.14 L'interpretazione dell'esame fisico 1 [da 10ISS]

```
01  A  OPE:    <pausa> mm hm <pausa> ehm dove le fa male più nella parte
               superiore o inferiore dell'addome {domanda}
02  I  INT:    <pausa> ehm à quel endroit vous avez vous mal <pausa> dans la
               partie supérieure de l'abdomen <pausa> ou dans la partie
               inférieure {domanda}
03  B  PAZ:    plutôt en bas
04  I  INT:    <pausa> in basso
05  A  OPE:    più in basso <pausa> va bene <1> vabbè si svesta e qua si sdrai
               sul lettino
06  I  INT:    ok [donc]
07  A  OPE:       [si tolga] la camicia
08  I  INT:    <pausa> ehm déshabillez vous et allongez-vous sur le sur la
               table d'examen <pausa> et enlevez vo votre chemise
09  A  OPE:    mm hm <pausa> {inala} ehm vabbè rilassi l'addome
10  I  INT:    <pausa> détendez l'abdomen <pausa> l'abdomen
```

L'Es. 3.15 mostra la stessa successione di turni identificata sopra, illustrando in maniera forse ancora più chiara come l'esame fisico equivalga a una serie di istruzioni pronunciate da A e ripetute da I per un B che ancora una volta non prende la parola (cfr. dal turno 26 alla fine). Anche in questo caso il medico prende il turno con dei segnali di *feedback* (cfr. i "mm hm" ai turni 28, 30, 32 e 36), mostrando così di orientarsi alla ricezione e valutazione dei turni traduttivi dell'interprete. E anche in questo caso l'interprete mostra di orientarsi al testo da restituire nella maniera più rapida e corretta possibile: lo dimostra la successione di turni senza pausa né sovrapposizione (o meglio, con quel piccolo spazio di cui parlava Jefferson) e lo dimostra soprattutto l'iniziativa dell'interprete al turno 41, dove interpretando la breve pausa come un segnale di valutazione negativo alla propria versione traduttiva (le versioni precedenti erano infatti seguite da "mm hm" o da una nuova iniziazione del medico) si affretta ad aggiungere "dehors" per rendere il "fuori" presente nel turno originale (cfr. "tiri fuori la lingua"). In realtà l'espressione da lei usata (cfr. "tirez la langue") era l'espressione corretta in francese. Con la propria aggiunta (sbagliata) l'interprete mostra quindi di orientarsi a rendere tutti i tasselli del testo originale

trattandoli come egualmente significativi, di essere insicura nella propria produzione linguistica, e di interpretare il silenzio degli interlocutori primari come significativo e, nella fattispecie, indicativo di un problema nella resa. L'interprete conferma così, retrospettivamente, di aver effettivamente interpretato i "mm hm" del medico come segnali di valutazione (positiva) e di considerare la loro assenza come problematica. Nella sua prima parte questo esempio mostra però anche un'altra cosa. Al medico che dice, e all'interprete che traduce, che la paziente deve togliersi la camicia e sedersi, seguono il *feedback* valutativo del medico-esaminatore (cfr. "mm hm" al turno 03), ma anche un'iniziativa inattesa della paziente, che chiede "lei rimane qui?" (04). La "risposta" traduttiva dell'interprete mostra come questa si orienti a tradurre il testo decodificato senza premurarsi di capire a chi si riferisca quel "lei". Segue un silenzio di 1 secondo e poi una interrogativa del medico, che mostra di trattare la restituzione come problematica, ma di non volerla correggere. Preferisce stimolare la SI a capire che la domanda in 04 non poteva rivolgersi a lui. La studentessa, però, non prende subito il turno e poi mostra esitazione, tanto che A si reinserisce affermando che il medico deve per forza rimanere per fare l'esame fisico. Anche questa volta la studentessa-interprete si avvia a tradurre il turno del medico (cfr. "sì il medico deve" al turno 12) senza capire, ancora, che quel "lei" era rivolto a se stessa. È solo dopo che il medico ipotizza "lo chiedeva forse a lei" (12) che la studentessa realizza di essere stata prima selezionata come interlocutrice, e quindi come potenziale "responder" (cfr. "ah giusto" al turno 13).[133] Il medico, dal canto suo, continua a stare al gioco ribadendo che la sua è solo un'ipotesi (cfr. "no non lo so" al turno 14). Ipotesi che viene poi verificata dall'interprete, che solo a quel punto risponde alla paziente usando una prima persona che si riferisce a lei stessa (cfr. "sì io devo rimanere qui" al turno 17) e avviandosi a fornire una giustificazione (cfr. "pour") che viene però interrotta da un reinserimento della paziente, che a questo punto dice di provare vergogna e chiede all'interprete di girarsi. Interpretando l'esitazione dell'interprete al turno 21 come un segnale di incertezza sul da dirsi (tradurre il testo della paziente, come da modello, o risponderle direttamente?), il medico si reinserisce con un "cosa dice" (22) che rende rilevante una traduzione in terza persona in cui si distinguano la voce della paziente e quella dell'interprete (cfr. "dice che mi chiede di girarmi" al turno 23) e quindi il ritorno (o meglio il reale avvio) di quell'alternanza di turni che contraddistingue gli esami fisici nelle nostre interazioni simulate.

[133] Cfr. la rivisitazione che Merlini e Favaron (2005) fanno del formato di produzione di Goffman (1981) e del formato di ricezione di Wadensjö (1998). Stando alle due autrici, l'incomprensione sarebbe qui dovuta al fatto che mentre B seleziona I come "interlocutor" rendendo rilevante il *footing* di "responder", I reagisce da "unaddressed translator" e si limita a riportare (con il *footing* di "reporter") quanto è stato detto da A.

Es. 3.15 L'interpretazione dell'esame fisico 2 [da 7ISS]

```
01  A  OPE:    <1> e sì è meglio non sovrapporre entrambe le cose è comunque
               va bene senta signora si tolga la camicia <1> e si sieda qui
02  I  INT:    enlevez votre chemise et asseyez-vous ici
03  A  OPE:    mm hm
04  B  PAZ:    ehm vous restez là {domanda}
05  I  INT:    lei rimane qui {domanda}
06             <1>
07  A  OPE:    io {domanda}
08             <1>
09  I  INT:    [ehm]
10  A  OPE:    [il] medico sì per forza
11  I  INT:    oui le médecin doit
12  A  OPE:    lo chiedeva forse a lei {domanda}
13  I  INT:    ah giusto
14  A  OPE:    no non lo so
15  I  INT:    ehm <1> vous voulez dire moi l'interprète {domanda}
16  B  PAZ:    ah oui bien sûr le
17  I  INT:    oui moi je dois rester ici
18  B  PAZ:    oui
19  I  INT:    pour
20  B  PAZ:    bon alors si vous êtes bien gentille vous tournez le dos quand
               même ein
21  I  INT:    <pausa> ehm
22  A  OPE:    cosa dice {domanda}
23  I  INT:    <pausa> dice che mi chiede di girarmi
24  A  OPE:    <pausa> ehm vabbè insomma adesso vediamo signora
25  I  INT:    on va voir madame
26  A  OPE:    signora respiri profondamente <pausa> a bocca aperta
27  I  INT:    ehm respirez profodément la bouche ouverte
28  A  OPE:    <pausa> mm hm <pausa> adesso respiri solo con il naso
29  I  INT:    maintenant seulement par le nez
30  A  OPE:    mm hm <pausa> tossisca
31  I  INT:    toussez
32  A  OPE:    mm hm <pausa> apra la bocca
33  I  INT:    ouvrez la bouche
34  A  OPE:    faccia vedere
35  I  INT:    montrez-moi
36  A  OPE:    mm hm deglutisca
37  I  INT:    avalez
38  A  OPE:    tiri fuori la lingua
39  I  INT:    tirez la langue
40             <pausa>
41  I  INT:    [dehors]
42  A  OPE:    [bene] si può alzare e si può rivestire
43  I  INT:    ehm vous pouvez ehm vous lever et réhabiller
```

I due esempi prescelti ci hanno permesso di illustrare che l'interpretazione dell'esame fisico si struttura come una sequenza d'inserimento in cui la paziente non ha, in genere, la parola. L'assenza dei turni di B potrebbe essere motivata dal fatto che questi ipoteticamente esegua, senza fiatare, i comandi di A tradotti da I. Anche ammettendo questa possibilità in attesa di poterla confutare osservando le interazioni reali (» 4.2.2.1.2), resta comunque il fatto che nei nostri dati l'unica attività conversazionale che i tre partecipanti concorrono a costruire nell'interpretazione dell'esame fisico è un'attività di traduzione e non di reale "fornitura" di istruzioni (cfr. Psathas 1991). Alla costruzione dell'attività di traduzione concorrono: A, che incalza con i propri testi originali; I, che traduce subito e senza negoziare la propria comprensione; e pure B, che non prende la parola. Anche quando la prende determinando una diversa sequenza di turni, come abbiamo visto nell'Es. 3.15,

l'interprete mostra comunque di orientarsi alla resa di *testi* singoli (monologo) più che alla comprensione di quanto si sta costruendo nella successione dei turni dell'interazione (dialogo).

3.2.2.1.3 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche

Ancor più dell'interpretazione dell'esame fisico, l'interpretazione della posologia del farmaco indicato dal medico si struttura come una sequenza di inserimento nella quale manca la partecipazione della paziente, ossia del "vero" destinatario delle indicazioni terapeutiche. I due esempi prescelti mostreranno come ancora una volta l'interprete si orienti a restituire tutti i pezzi di testo prodotti dal medico, più che a "disegnare" i propri enunciati per una paziente che dovrebbe in teoria capirli e applicarli, e come l'attività che viene co-costruita dai partecipanti sia, ancora una volta, solo un'attività traduttiva. Vedremo infatti come i tre partecipanti non stiano concorrendo alla negoziazione del trattamento, quanto piuttosto alla costruzione di una traduzione "ideale" dei contenuti espressi dal medico.

L'Es. 3.16 si colloca alla fine di una visita medica simulata e alla paziente è appena stato detto che non ha niente di grave, ma che dovrà andare in farmacia a comprare i farmaci che le prescriverà il medico (turni che non mostriamo). La prescrizione rende rilevante verificare se la paziente abbia una tessera sanitaria o un'assicurazione, cosa che il medico appura mediante la traduzione dell'interprete, cui la paziente reagisce immediatamente, senza bisogno di negoziare la propria comprensione di cosa siano la tessera sanitaria o l'assicurazione (vedremo che le cose saranno ben diverse nelle interazioni reali). Segue una tipica sequenza d'inserimento AIAIAIA etc. dove le istruzioni del medico sono immediatamente (o quasi) seguite dalla traduzione dell'interprete. Da un'analisi dettagliata delle sue "risposte" traduttive emerge come questi sia orientata a restituire i testi del medico senza negoziarne la comprensione e senza lasciarsi sfuggire nemmeno uno degli elementi che li compongono, ancora una volta trattati in maniera isolata e con pari considerazione. Il "poi" del turno 11 viene subito tradotto con "dopo", senza negoziare se le compresse debbano essere assunte la sera <u>dopo</u> lo sciroppo oppure, come si chiarirà nei turni successivi, <u>oltre</u> allo sciroppo ma in altri momenti della giornata (laddove in questo secondo caso la traduzione corretta sarebbe stata *ensuite*, *en outre* o simile). Il "veda lei" del medico al turno 15 viene tradotto con un calco, al pari delle altre indicazioni, senza che vi sia un reale tentativo di comunicare alla paziente che sarà libera di decidere se portare avanti la cura per quattro o per cinque giorni. E senza che vi sia mai verifica della comprensione da parte dell'interprete: questa pare partire dall'assunto che la

comunicazione (e quindi la traduzione) "ideale" sia quella in cui tutti si capiscono senza bisogno di negoziare la propria comprensione e senza verificare quella degli altri. A verificare la comprensione della paziente è qui il medico, che le chiede infine se ha capito, proiettando la traduzione dell'interprete e la risposta della paziente, che se ne esce con una risposta affermativa a conferma della ricezione di tutto quanto le è stato detto, e tradotto, fino a quel momento.

Es. 3.16 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche 1 [da 12ISS]

01	A	OPE:	ha la tess ha la tessera oppure un'assicurazione {domanda}
02	I	INT:	ehm avez-vous une sécurité ehm sociale ou ehm une assurance maladie {domanda}
03	B	PAZ:	ein oui la voilà
04	I	INT:	eccola sì
05	**A**	**OPE:**	**va bene <pausa> senta signora dovrà bere adesso le prescrivo uno sciroppo <pausa> dovrà bere <pausa> un cucchiaio da tavola <pausa> al giorno**
06	**I**	**INT:**	**<pausa> oui ehm oui ehm je vous je vous prescri un sirop <pausa> vous devez vous devez boire un une cuillère à soupe par jour**
07	**A**	**OPE:**	**mm hm <pausa> ehm <pausa> piuttosto la sera prima di andare a let a letto**
08	**I**	**INT:**	**ehm vous devez le prendre plutôt le soir avant ehm d'aller coucher**
09	**A**	**OPE:**	**quindi dopo aver mangiato**
10	**I**	**INT:**	**et donc <pausa> c'est à dire après avoir mangé**
11	**A**	**OPE:**	**ok poi dovrà prendere anche queste due queste compresse**
12	**I**	**INT:**	**après il faut que vous preniez ces deux comprimés**
13	**A**	**OPE:**	**queste due al giorno una la mattina e una la sera**
14	**I**	**INT:**	**deux par jour le matin et le soir**
15	**A**	**OPE:**	**mm hm per quattro o cinque giorni veda lei**
16	**I**	**INT:**	**pendant quatre ou cinq jours vous voyez**
17	A	OPE:	va bene <pausa> ha [capito] {domanda}
18	I	INT:	[d'accord] avez-vous compris {domanda}
19	B	PAZ:	oui oui
20	I	INT:	sì sì

Anche l'Es. 3.17 si colloca alla fine della visita. In questo caso le indicazioni terapeutiche vengono date in un unico lungo turno di cui l'interprete ancora una volta non negozia la comprensione limitandosi a (ri)produrre ciò che è riuscita a tenere a mente (dimentica, cosa di non poco conto da un punto di vista clinico, che lo sciroppo va assunto prima dei pasti). Segue un *feedback* valutativo con cui il medico-esaminatore riceve la traduzione avviandosi a chiudere la sequenza. Prima che finisca di parlare si reinserisce però la paziente con una richiesta di chiarimento sul cucchiaio. La "risposta" dell'interprete a questa richiesta al turno 06 ci mostra come questa interpreti il reinserimento della paziente non come una reale richiesta di chiarimento a scopi, diciamo così, fintamente terapeutici (la quantità di sciroppo contenuta in un cucchiaino è ben diversa da quella che è contenuta in un cucchiaio), ma come un invito a fornire una traduzione più precisa. La studentessa sa infatti che aldilà della finzione del gioco di ruolo, in cui la paziente parla solo francese, questa ha una perfetta padronanza di ambo le lingue e ha quindi capito sia il turno

originale del medico (dove si parlava di cucchiaio da tavola) che quello della studentessa (che ha tradotto solo cucchiaio). Questo orientamento è confermato dalla risposta esitante dell'interprete, che azzarda un "da cucina" con un tono ascendente che chiede conferma. Tale conferma viene prodotta dal medico, che con il proprio "mm hm" valuta questa seconda restituzione, chiude la tripletta IRE che aveva avviato in 01 e proietta nuovamente la fine del RP. Questa sua volontà di portare a termine la simulazione contrasta, però, con quella della paziente, che si reintroduce con una eco dell'ultimo turno traduttivo. Alla stregua di una domanda, questa eco sposta la responsabilità dell'enunciazione sull'interprete rendendo rilevante una sua conferma o correzione (Salazar-Orvig 2006: 156). L'interprete vi risponde ridendo e fornendo una terza ipotesi di traduzione (cfr. "à soupe" al turno 09), a cui la paziente reagisce con una nuova eco (cfr. "une cuillère à soupe" al turno 10). Interpretando la ripetizione come un'ennesima richiesta di conferma, l'interprete ripete la propria traduzione, che viene infine accettata dalla paziente con l'*acknowledgement token* "ah". Prima che la paziente possa aggiungere altro, il finto medico si seleziona e produce un turno che dimostra come egli abbia compreso tutta la diadica relativa alla traduzione di "cucchiaio da tavola", per quanto nella finzione del gioco di ruolo ciò non avrebbe dovuto essere il caso. Il suo turno riassume, infatti, gli scambi precedenti, affermando che in sostanza si tratta di "un cucchiaino un po' più grande" (13). Questo turno viene interpretato dall'interprete come una nuova iniziazione, cui segue un turno traduttivo che proietta l'accettazione di entrambi gli interlocutori primari (prima del medico, che vi reagisce con un "hm" e poi della paziente che con il proprio "ok" sancisce quel cambio di attività per ben due volte proiettato dal collega).

Es. 3.17 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche 2 [da 5ISS]

01	**A**	**OPE:**	**va bene senta <pausa> secondo me è solo un raffreddore adesso le prescrivo <pausa> questo sciroppo hm <pausa> che deve bere <pausa> un cucchiaio da tavola insomma prima dei pasti nient'altro**
02	**I**	**INT:**	**ehm <pausa> je pense que qu'il s'agit d'un simple ehm simplement d'un rhume <pausa> et je vous ordonne ainsi un syrop <pausa> que vous devrez devriez prendre un seul cuillère une seule cuillère par jour**
03	**A**	**OPE:**	**mm hm <pausa> e <pausa> va**
04	B	PAZ:	et la cuillère comment elle doit être {domanda}
06	I	INT:	<pausa> ehm <pausa> de cuisine {domanda}
07	A	OPE:	mm hm
08	B	PAZ:	une cuillère de la cuisine {domanda}
09	I	INT:	à soupe {ride}
10	B	PAZ:	une cuillère à soupe {domanda}
11	I	INT:	à soupe
12	B	PAZ:	ah
13	A	OPE:	sì un cucchiaino <1> un po' più grande ecco
14			<1>
15	I	INT:	un ehm <pausa> une cuillère un petit <pausa> plus grand
16	A	OPE:	hm
17	B	PAZ:	ok

Questi due esempi hanno confermato come l'interpretazione di un'attività di "fornitura" di indicazioni terapeutiche che prevederebbe un'attiva co-costruzione da parte della paziente si strutturi, in realtà, come una sequenza di inserimento del tipo AIAIAIA alla quale il destinatario delle indicazioni non partecipa affatto. Anche qualora vi siano delle verifiche della comprensione (da parte del medico) o delle richieste di chiarimento (da parte della paziente) appare chiaro come l'unica attività in corso sia quella traduttiva, che è co-costruita come una mera ripetizione di *testi* dove tutto ciò che se ne allontana si riduce a un gioco. Questo è quello che pare indicare, infatti, la risata con cui la studentessa propone la sua terza e ultima versione dell'originale "cucchiaio da tavola".

3.2.2.1.4 L'interpretazione degli appuntamenti successivi

Questo ultimo sotto-paragrafo conferma quanto visto sopra: anche l'interpretazione di una delle ultime attività conversazionali che contraddistinguono le visite mediche, ossia la negoziazione degli esami e appuntamenti successivi che in genere precede i saluti finali, si struttura, infatti, come una sequenza di inserimento AIAIAIA dalla quale la paziente, la persona teoricamente più coinvolta da tale negoziazione, è sorprendentemente esclusa.

L'esempio 3.18 si inaugura laddove il 3.15 si era concluso. Segue quindi una traduzione dell'esame fisico che si era strutturata secondo un'alternanza di turni AIAIAIA e prosegue con questo *pattern* fino al turno 07, dove il medico retrospettivamente valuta la "risposta" traduttiva dell'interprete e si avvia a concludere la simulazione (cfr. "va bene"). L'effettiva chiusura del RP viene però posticipata da un reinserimento inatteso della paziente che, per la seconda volta in questa interazione, rivolge una domanda direttamente all'interprete. Memore dell'errore fatto precedentemente (ossia la non-comprensione che "lei rimane qui" si rivolgesse a lei stessa e la conseguente traduzione come *testo*), questa volta l'interprete risponde direttamente alla paziente, allontanandosi quindi da un modello che prevede la restituzione turno per turno di quanto espresso dagli interlocutori primari e partecipando attivamente all'interazione. Questa iniziativa viene però sovrapposta dal medico, che la richiama per ben due volte a tradurre quanto detto dalla paziente (cfr. "cosa dice" ai turni 10 e 12). Il fatto che il medico completi il turno dell'interprete producendo sostanzialmente insieme a lei quei contenuti che aveva mostrato di non aver compreso (l'incursione nel turno di I avviene prima che vi sia la possibile proiezione della fine di quel turno e non può quindi essere qualificata come un "recognitional onset") dimostra come ancora una volta lui (a) abbia perfettamente compreso quanto è stato detto in francese e (b) sia il vero coordinatore dell'interazione simulata che riesce infine a concludere.

Es. 3.18 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 1 [da 7ISS]

01 A OPE: mm hm <1> {inala} va bene e senta io dovrò farla visitare da uno specialista
02 I INT: ehm maintenant ehm
03 A OPE: dove le faranno degli esami <1> che ora le prescrivo
04 I INT: maintenant vous devez ehm aller ehm chez un spécialiste <pausa> et faire des examens ehm que je vais que je dois ehm vous donner <pausa> à faire
05 A OPE: mm hm l'accompagnerà l'infermiera e anche l'interprete
06 I INT: l'infirmière et moi aussi ehm nous allons vous accompagner
07 A OPE: va bene
08 B PAZ: ah vous faites partie du personnel de service {domanda}
09 I INT: [ehm désormais] {ride}
10 A OPE: [cosa dice] {domanda}
11 I INT: [{esala}]
12 A OPE: [cosa dice] {domanda}
13 I INT: mi chiede se faccio parte del ehm
14 A OPE: ah ora capisco
15 I INT: dello [staff ehm medico]
16 A OPE: [dello staff ah ormai] guardi {esala} <pausa> va bene grazie ti richiamiamo anzi vado a prendere il libretto

L'esempio 3.19 è molto simile al precedente: si tratta sempre di una visita specialistica e di qualche analisi e la sequenza che costruisce questi significati è ancora una volta del tipo AIAIAIA: il medico propone i propri testi, che l'interprete si orienta a restituire pezzo per pezzo. Si veda, infatti, come mostra di voler prendere il turno in 04 per rendere il primo pezzo prima che il medico finisca di produrre il secondo (cfr. "dobbiamo fare" al turno 03). In aggiunta all'esempio sopra questo mostra però un altro fenomeno che abbiamo già commentato altrove (cfr. Es. 3.16) e che torneremo a trattare nel prossimo capitolo, ossia la verifica della comprensione della paziente. Ci limitiamo per ora a notare che nelle interazioni simulate questa verifica avviene molto raramente e comunque sempre per bocca del medico, che come qui chiede "va bene ha capito" (08). Osservando la "risposta" traduttiva dell'interprete vediamo come questa si orienti a mostrare di saper rendere i due pezzi del turno del medico trattandoli come egualmente significativi, più che a negoziare veramente la comprensione della paziente attraverso delle iniziative che siano pragmaticamente rilevanti. Traduce, infatti, quel "va bene" letteralmente e (ri)produce poi la verifica della comprensione preoccupandosi più di renderla correttamente (cfr. l'auto-correzione in 10) che non di "disegnarla" in funzione della paziente. Questa, dal canto suo, pare più interessata a introdurre un contenuto inatteso (cfr. l' "ehm" con cui si orienta a prendere il turno prima ancora che l'interprete abbia finito di tradurre in 09 e poi l'effettiva introduzione di un contenuto inatteso in 11) che non a confermare una comprensione che, vista l'attività teoricamente in corso, è di primaria importanza: è infatti essenziale che la paziente comprenda cosa dovrà fare una volta che l'interazione si sarà conclusa. Qui, al contrario, tutto si riduce a un gioco e si conclude con una risata, senza che vi sia un'effettiva negoziazione della comprensione.

Es. 3.19 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 2 [da 6ISS]

01 A OPE: vabbè insomma <pausa> ok <pausa> dovrò farla visitare da uno specialista
02 I INT: <pausa> ehm
03 A OPE: dobbiamo [fare]
04 I INT: [ehm]
05 A OPE: qualche analisi <pausa> l'accompagnerà l'infermiere al padiglione numero cinque <pausa> al primo piano
06 I INT: <pausa> ehm <pausa> vous devez être visitée par un spécialiste ehm pour faire quelque quelques ex examens <pausa> ehm vous devez aller au pavillon numéro cinq ehm <pausa> une infirmière vous verra vous prendre
08 A OPE: va bene ha capito {domanda}
07 I INT: et c'est bien
08 <pausa>
09 B PAZ: [ehm]
10 I INT: [vous avez comprenez] tout [compris tout]
11 B PAZ: [c'est grave docteur] {domanda}
12 A OPE: <pausa> ehm <pausa> lo spero
13 I INT: {ride}
14 A OPE: lo spero [{ride}]
15 I INT: [{ride}]
16 B PAZ: non ça je ne comprends pas très bien {ride}

Questi due esempi mostrano, quindi, come anche gli esami successivi vengano interpretati come dei testi da restituire più che come un'attività da negoziare insieme agli interlocutori primari. L'unica attività che venga davvero co-costruita è un'attività traduttiva cui contribuisce A con i propri turni incalzanti, I con le proprie restituzioni pezzo per pezzo e B con la propria assenza. Quand'anche B prende la parola, lo fa per introdurre dei contenuti inattesi e risibili che tratteremo più nel dettaglio in 3.2.2.2.2.2 e che qui abbiamo solo anticipato.

Riassumendo quanto è emerso nel paragrafo 3.2.2.1, abbiamo visto come anche quando ci si allontana dal formato idealizzato l'interprete continui a orientarsi alla traduzione del *testo* espresso dagli interlocutori primari. La normale alternanza dei turni viene sospesa per avviare delle attività apparentemente distinte: (1) la raccolta di informazioni sul paziente, (2) la conduzione dell'esame fisico, (3) l'indicazione del trattamento e (4) la costruzione degli appuntamenti successivi. A ben guardare, però, il fare domande e il dare indicazioni che contraddistinguono (1-4) non vengono esercitati in un'attività diversa dalla traduzione: la concatenazione di originali del medico e traduzioni dell'interprete dimostra, infatti, come i due non si orientino all'interazione con una paziente che è in teoria la destinataria delle domande e delle istruzioni, ma alla traduzione del testo originale, che viene localmente valutata dallo stesso esaminatore italofono (cfr. i "mm hm" che abbiamo riscontrato all'inizio di molti dei suoi turni). Pur co-costruendo, con il proprio silenzio, l'attività traduttiva insieme agli altri due partecipanti, la paziente sembra però anche voler testare la capacità dell'interprete di reagire a dei turni imprevisti. Vista la natura essenzialmente umoristica dei suoi "fuori programma", il tutto si riduce però a un

colpo di scena che occupa in genere pochi turni, cui segue un ritorno alla traduzione turno per turno. Ci sembra infine opportuno sottolineare, anche per ricollegarci a quanto seguirà, che le sequenze d'inserimento che abbiamo qui illustrato coinvolgevano quasi sempre A e I, quindi dei turni originali in italiano e delle traduzioni in francese, la lingua su cui lo SI italiano pare essere maggiormente valutato.

3.2.2.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione della valutazione

Nel paragrafo 3.2.1.2 abbiamo visto come gli interpreti si orientino, nelle interazioni simulate, a co-costruire un modello idealizzato di alternanza in cui i loro turni sono una "vetrina" di competenze grammaticali e lessicali ad uso di chi deve valutarle. In questo paragrafo vedremo come, anche laddove ci si allontani dal modello AIBIA, ad esempio per costruire delle sequenze di chiarimento, l'interprete continua a "disegnare" i propri enunciati per la valutazione delle proprie competenze traduttive e linguistiche (soprattutto nella lingua straniera), più che per un reale scopo pragmatico (per es. quello di riparare la comunicazione).

3.2.2.2.1 L'interpretazione della riparazione

Nelle interazioni reali, gli interlocutori usano delle strategie interazionali per riparare le incomprensioni che comunemente si generano in una comunicazione che Guariento e Morley (2001) definiscono imperfetta e incompleta. Se un enunciato è ambiguo, gli interlocutori tendono ad esempio a negoziarne la comprensione attraverso delle iniziative conversazionali che si inseriscono in più ampie sequenze di riparazione. Nel prossimo sotto-paragrafo ne illustreremo una, la richiesta di chiarimento, mettendo in evidenza come le interazioni simulate mostrino peculiari meccanismi di riparazione.

3.2.2.2.1.1 Le richieste di chiarimento

Come abbiamo in parte già visto e come illustreranno gli esempi che abbiamo scelto, nei nostri dati didattici gli interpreti in genere non negoziano la propria comprensione, preferendo azzardare una traduzione sbagliata, ma restituita subito e secondo modello, piuttosto che allontanarsi dal formato AIBIA per chiedere dei chiarimenti. L'Es. 3.20 mostra uno dei rari casi in cui la richiesta di chiarimento viene costruita dall'interprete con delle modalità simili a quelle della conversazione ordinaria. L'Es. 3.21 mostra poi uno dei casi in cui l'interprete opta consapevolmente per una traduzione sbagliata piuttosto che chiedere chiarimenti su un termine che non conosce. Gli esempi 3.22 e 3.23 mostrano infine come il

più delle volte sia il medico, a seguito di una traduzione sbagliata da parte dell'interprete, a chiedere chiarimenti per stimolarlo a correggere la sua (ri)produzione, cosa che avviene in due modi diversi: (1) attraverso la traduzione della richiesta formulata dal medico o (2) attraverso l'autonoma formulazione da parte dell'interprete di una richiesta di chiarimento, che è però trattata come azione dispreferita.

Il primo esempio si struttura inizialmente come da modello, ossia come un'alternanza di turni originali e turni traduttivi. Al turno 08 l'interprete si allontana però dal *pattern* AIBIA per chiedere un chiarimento sui valori della pressione, che la finta paziente ha espresso sia nella modalità italiana (80-120) che in quella francese, dove in genere si toglie lo zero (8-12). Ripetendo quell' "otto dodici" con intonazione interrogativa, l'interprete mostra di voler appurare il valore per poi costruire la propria "risposta" aggiungendovi uno zero e mettendo così pubblicamente in mostra la propria competenza generale (ossia la propria conoscenza di una differenza medico-culturale tra i due sistemi). Inverte però i valori della minima e della massima, per poi correggersi all'interno dello stesso turno traduttivo. Una correzione che viene recepita dal medico nel turno successivo, dove si torna all'alternanza di domande e risposte che abbiamo visto caratterizzare la fase di anamnesi.

Es. 3.20 La richiesta di chiarimento dell'interprete [da 11ISS]

```
01  A  OPE:    prende assume dei farmaci {domanda}
02  I  INT:    vous prenez des médicaments {domanda}
03  B  PAZ:    <pausa> ehm non
04  I  INT:    no
05  A  OPE:    no va bene ha la p ha la pressione alta {domanda}
06  I  INT:    ehm votre tension est haute {domanda}
07  B  PAZ:    <pausa> non pas particulièrement j'ai ehm généralement quatre-
               vingt sur ehm huit douze
08  I  INT:    huit douze {domanda}
09  B  PAZ:    oui
10  I  INT:    ehm no ehm <pausa> di solito ho centoventi ottanta <pausa> no
               ottanta centoventi
11  A  OPE:    sì ottanta la minima cento la bè anche bassa insomma e senta ha
               la nausea {domanda} <pausa> ha voglia di vomitare {domanda}
```

Questo tipo di richiesta di chiarimento è estremamente rara nelle interazioni simulate. Le ragioni potrebbero essere due: la prima che l'elemento problematico (*trouble source*) è un termine sconosciuto che "si dovrebbe conoscere". La seconda che di norma le richieste di chiarimento vengono costruite come azioni dispreferite da evitare, o da formulare solo dopo che un interlocutore primario le ha rese rilevanti manifestando la propria volontà di ricevere il testo problematico. In altre parole, l'orientamento dell'interazione è tale da non rendere rilevante una problematizzazione della traduzione, se non in termini "sanzionabili" e "sanzionati" nel *frame* dell'attività reale (quella dell'esame).

L'Es. 3.21 è tratto da un'interazione simulata in cui la paziente ha appena avviato una sequenza non prevista dal copione: alla domanda del medico che indagava sull'eventuale vita in ambienti polverosi, la paziente non si è infatti limitata a rispondere negativamente, ma ha raccontato che abita in aperta campagna con le proprie pecore. Questa iniziativa inattesa rende rilevante il primo turno che mostriamo, dove il medico appura di aver capito bene, ossia che la paziente abbia "davvero" delle pecore. La paziente risponde, dopo aver ricevuto la traduzione, che non ha solo delle pecore ma anche un capro (cfr. "bouc" al turno 03). Il turno traduttivo che segue e che inizia, come di consueto, con pausa ed esitazione (« 3.2.1.1.1), mostra come l'interprete renda subito la parte relativa alle pecore, ma abbia difficoltà a tradurre quel "bouc", che tra pause, esitazioni e risatine viene reso con "bue", verosimilmente per assonanza con il termine originale sconosciuto, che viene peraltro ripetuto, tale e quale, alla fine del turno 04. Così facendo l'interprete mostra pubblicamente di aver decodificato quel termine nella fase di ascolto e di orientarsi a riprodurlo subito, anche se non è sicura di una traduzione che viene qui davvero intesa come un gioco e non come un reale strumento di comunicazione. Con la sua reazione in 05, il medico mostra di allinearsi all'interprete trattando come non rilevante la corretta traduzione di un termine in fondo inatteso, e orientandosi a tornare al formato idealizzato. Un orientamento che viene confermato dai turni successivi, dove interprete e medico concordano su una generalizzazione (cfr. "altri animali") che permette di evitare il problema lessicale e di tornare al copione.

Es. 3.21 La richiesta di chiarimento evitata dall'interprete [da 5ISS]

```
01  A  OPE:      perché lei ha delle pecore signora {domanda}
02  I  INT:      {inala} avez-vous des moutons madame {domanda}
03  B  PAZ:      oui j'ai ehm des moutons et j'ai même un bouc
04  I  INT:      <pausa> ehm sì ho delle pecore e anche <1> mm hm <pausa> un bue
                 <pausa> {ride} <1> {ride} {inala} un bouc
05  A  OPE:      <pausa> vabbè insomma ehm
06  I  INT:      altri animali {ride}
07  A  OPE:      [altri animali]
08  I  INT:      [esatto] {ride}
09  A  OPE:      ma che lei sappia ha qualche allergia {domanda}
```

Questo esempio mostra, quindi, come a fronte di un problema di natura terminologica l'interprete si orienti a costruire il proprio enunciato in maniera tale da restituire subito i tasselli che è in grado di tradurre, considerando il mantenimento del formato più rilevante di una corretta riproduzione del termine, in fondo solo un tassello, di cui non è certa. Questo orientamento è condiviso dal finto medico, che in questo caso si allinea alla generalizzazione dell'interprete e torna al modello.

Nell'esempio successivo vediamo invece come, a fronte di un simile problema terminologico, ancora una volta gestito dall'interprete traducendo come da modello i pezzi

decodificati e azzardando una traduzione errata dell'unico tassello sconosciuto (cfr. "pipe" al turno 03 che viene reso con "canna" al turno 04), il medico reagisca con una richiesta di chiarimento.[134] Questa viene trattata dall'interprete come un normale turno originale, quindi (ri)prodotta per la paziente, che si affretta a rettificare che non si fa le canne, ma delle pipe con del tabacco normale (07). Dopo una pausa di un secondo, l'interprete si avvia a correggere quanto ha tradotto, rivolgendosi al medico a cui aveva prima trasmesso una versione errata. Questo turno contiene però a sua volta un problema (*trouble source*), dal momento che l'interprete si rivolge al finto medico italofono in francese. Il medico finge di non capire e simulando un problema di ricezione del turno avvia una sequenza di riparazione. Seguono le scuse dell'interprete, che riparano il problema generato al turno 08, e la puntualizzazione che si tratta di una pipa, che corregge l'errore commesso al turno 04. Notiamo peraltro che, come sopra, l'interprete ripete, in francese, il termine problematico (16) mostrando così pubblicamente come il suo non fosse tanto un problema di decodifica quanto piuttosto di traduzione. In altre parole: aveva ben sentito il termine, ma non era sicura di come tradurlo.

Es. 3.22 La richiesta di chiarimento tradotta dall'interprete [da 7ISS]

```
01  A  OPE:    e quante sigarette al giorno {domanda}
02  I  INT:    ehm combien de sigarettes par jour vous fumez {domanda}
03  B  PAZ:    <1> oh une dizaine de clopes plus ou moins et puis ehm {esala}
               <pausa> je me fais bien une petite pipe par jour
04  I  INT:    <pausa> ma circa dieci sigarette al giorno <pausa> e anche di
               solito al giorno anche un ehm una canna
05  A  OPE:    una canna <pausa> cioè droghe {domanda}
06  I  INT:    <pausa> donc ehm des drogues {domanda}
07  B  PAZ:    non non une pipe avec du tabac normal
08  I  INT:    <1> excusez-moi non j'avais mal compris [et c'est ehm ]
09  A  OPE:                                            [ah non ho capito] con
               me deve parlare italiano
10  I  INT:    ah scusi
11  A  OPE:    niente
12  I  INT:    avevo capito male <pausa> si tratta di una pipa
13  A  OPE:    <1> addirittura [signora]
14  I  INT:                    [quindi] con tabacco normale
15  A  OPE:    bè è una cosa rara
16  I  INT:    une pipe
17  A  OPE:    ehm senta ehm <1> quando è stressata fa fatica a respirare
               {domanda}
```

Questo esempio mostra come ancora una volta l'interprete si orienti ad azzardare delle traduzioni sbagliate in secondo turno piuttosto che a negoziare la propria comprensione di termini sconosciuti ammettendo così pubblicamente di non averli decodificati o di non saperli tradurre. Il medico mostra invece un orientamento diverso da quello visto sopra, dove sostanzialmente si allineava all'interprete. Chiedendo chiarimenti sul contenuto

[134] Cfr. Sandrelli (2005: 87), secondo cui "a volte è possibile segnalare un errore di traduzione allo studente-interprete fingendo di non aver capito e chiedendo una spiegazione supplementare per farlo riflettere su quello che ha detto".

proposizionale tradotto dall'interprete (cfr. "delle droghe") e precisando la lingua che questa deve usare (cfr. "con me deve parlare italiano"), il medico coordina l'interazione e stimola l'interprete a riparare il proprio errore orientandosi alla restituzione di un testo che dovrà essere valutato. Resta però il fatto che questa riparazione non viene avviata spontaneamente dall'interprete, ma unicamente tradotta.

Nell'Es. 3.23 è invece l'interprete a prendere l'iniziativa di chiedere un chiarimento terminologico, ma questo viene prodotto solo dopo che il medico l'ha, come sopra, stimolata. Come in tutti gli esempi che abbiamo visto, il termine problematico è nel turno in francese della paziente: qui l'interprete, italiana, non conosce la parola "forcené". Anche questa volta si avvia a tradurre in secondo turno, come da modello, avviando la traduzione con la pausa ed esitazione che abbiamo spesso riscontrato e che di solito non è trattata come rilevante. In genere, cioè, gli interlocutori primari danno all'interprete tutto il tempo di formulare con calma il proprio enunciato. In questo caso, invece, il medico si reinserisce con un "cosa dice" (03). L'INT interpreta questo turno come una sollecitazione a tradurre e quindi tenta la traduzione. Il medico risponde a questa traduzione, sbagliata, con una richiesta di chiarimento che l'interprete non è in grado di dare. Anche questa pausa è interrotta dal medico (cfr. "subito" al turno 07). L'interprete allora chiede chiarimento sulla parola che non ha capito "forcené". Il chiarimento viene dato dalla paziente, ma l'interprete, intendendo probabilmente, ancora per assonanza, "feu" (lett. fuoco) per "fou" (lett. matto"), propone nuovamente una traduzione inadeguata. L'inadeguatezza della traduzione è resa rilevante dal turno della paziente (11) che chiarisce che non è questo il senso delle proprie parole, rompendo dunque la finzione del RP che vorrebbe che la paziente non fosse in grado di capire l'italiano.

Es. 3.23 La richiesta di chiarimento infine prodotta dall'interprete [da 1ISS]

```
01  B  PAZ:      il appuie comme un forcené
02  I  INT:      <pausa> ehm
03  A  OPE:      cosa dice {domanda}
04  I  INT:      bè certo mi hanno come ehm <pausa> colpito ehm forse ehm
05  A  OPE:      chi è che l'ha colpita {domanda}
06  I  INT:      {esala}
07  A  OPE:      subito
08  I  INT:      ehm excusez-moi forcené {domanda} qu'est-ce
09  B  PAZ:      comme un fou
10  I  INT:      <pausa> e ah ehm <1> come <pausa> mi hanno bruciato
11  B  PAZ:      non il appuie trop fort comme un fou
12  I  INT:      ah ha pro ha spinto troppo forte
```

In questa interazione la richiesta di chiarimento delle parole non è quindi censurata, ma si trova in una sequenza di valutazione della studentessa che viene costruita: (a) dalle sollecitazioni del medico-esaminatore a terminare le pause e tradurre; (b) dall'interprete che esita prima di chiedere le parole che non conosce; (c) dalla paziente-esaminatrice che

valuta la comprensione della studentessa come inadeguata. I tre interlocutori mostrano dunque, in questa sequenza, un orientamento alla valutazione delle conoscenze linguistico/traduttive della studentessa dove le esitazioni sono trattate come "da evitare", le dichiarazioni di non conoscenza di parole vengono prodotte dopo esitazione e la traduzione viene corretta dagli esaminatori che considerano la correzione più rilevante del mantenere il gioco di ruolo (la paziente mostra infatti di capire l'italiano e abbandona il gioco).

Alla luce di quanto si verifica nella conversazione ordinaria, dove gli interlocutori sono soliti, come si diceva, avviare autonomamente delle riparazioni della comunicazione, può apparire strano che gli interpreti siano così restii a negoziare la propria comprensione attraverso delle richieste di chiarimento e che siano semmai gli interlocutori primari ad avviare delle sequenze di riparazione. In realtà, gli esempi che abbiamo mostrato si collocano perfettamente in un tipo di riparazione che Macbeth (2004) ha chiamato "classroom correction". Non dimentichiamo, infatti, che benché abbiamo deciso di trattare la simulazione *come* interazione sanitaria mediata al fine di mostrare in che cosa questa si distingua da un'interazione reale, la simulazione è pur sempre un'attività didattica che è inevitabilmente plasmata dal contesto in cui si svolge. In una classe, sostiene Macbeth, è del tutto normale che laddove vengano prodotte delle conoscenze errate nella risposta dello studente sia l'insegnante ad avviare la correzione, lasciando poi che sia lo studente, nella maggior parte dei casi, a produrre la correzione stessa. Il che non è dissimile da quanto abbiamo riscontrato sopra, dove a fronte di una "risposta" traduttiva sbagliata, il medico-esaminatore avvia una correzione che sarà poi l'interprete stesso a produrre. Più rari, anche se non mancano, sono i casi di etero-correzione, ossia quelli in cui l'interlocutore esaminatore corregge l'interprete subito dopo la "risposta" sbagliata. Ciò si verifica, in genere, quando l'interprete continua a cadere nell'errore traduttivo (cfr. l'esempio sopra dove l'interprete continua a mal tradurre quel "forcené"), oppure quando produce un enunciato grammaticalmente scorretto, come nell'ultimo esempio che mostriamo.

Nell'Es. 3.24 la sequenza di correzione è avviata dal medico-esaminatore che sta indagando su dolori all'addome e a un certo punto chiede se la paziente abbia la febbre. A questa azione del medico segue la "risposta" traduttiva dell'interprete, che traduce usando l'aggettivo maschile "fièvreux" (lett. febbricitante). A un breve silenzio segue una etero-correzione da parte del medico,[135] che suggerisce il suffisso femminile "euse" al posto del maschile "eux" (04) e così facendo si sovrappone all'inizio del turno della paziente, che aveva già cominciato a parlare. Dopo un altro breve silenzio, interprete e medico si riselezionano contemporaneamente, l'uno per specificare la correzione e l'altra per

[135] Sandrelli (2005: 87) sconsiglia questo tipo di intervento sostenendo come "nel caso in cui lo studente commetta degli errori di lingua, è consigliabile annotarli e commentarli solo alla fine dell'esercizio: infatti, se si interrompe lo studente per correggere l'interpretazione, la simulazione perde di realismo".

allinearvisi. La pausa da 1 secondo che segue segna la fine di questa sequenza di correzione e l'inizio di una nuova coppia (inizi)azione-reazione, questa volta avviata dalla paziente che risponde alla domanda del medico.

Es. 3.24 Etero-correzione del finto medico [da 9ISS]

```
01  A  OPE:      mm hm {inala} va bene ehm senta e <2> ha la febbre {domanda}
02  I  INT:      <pausa> est-ce que vous avez <pausa> vous êtes fièvreux
                 {domanda}
03                <pausa>
04  A  OPE:      [euse]
05  B  PAZ:      [ehm ] je
06                <pausa>
07  I  INT:      [fièvreuse fièvreuse]
08  A  OPE:      [fièvreuse è una donna]
09                <1>
10  B  PAZ:      je ne pense pas et en tout cas je n'en ai pas prise
11  I  INT:      ehm non penso e comunque non l'ho misurata
```

Con la propria etero-correzione il medico dimostra come la tripletta tipica del contesto didattico (IRE: Mehan 1979) non sia disattiva durante i giochi di ruolo, che pure si reggono in genere su un altro schema di alternanza dei turni. Utilizzando il turno di valutazione per correggere lo studente, così come lo fa in molti altri casi per confermare la propria ricezione e valutazione positiva (cfr. i "mm hm"), egli mostra di orientarsi alla valutazione di futuri interpreti che continuano a essere anzitutto studenti esaminati, e lo fa rompendo la cornice della recitazione e agendo in qualità di esaminatore più che di medico. Allineandosi all'iniziativa del finto medico, anche l'interprete mostra di orientarsi alla corretta resa del testo che sarà valutato.

Possiamo quindi concludere il paragrafo dedicato alla riparazione richiamando la distinzione che Macbeth (2004) fa tra "conversational repair" e "classroom correction" e applicandola ai nostri dati. La riparazione conversazionale, che è orientata alla reciproca comprensione dei partecipanti e iniziata-fatta, con gli stessi *pattern* sequenziali della conversazione ordinaria, laddove vi siano problemi nella produzione o ricezione di un turno o di parte del suo contenuto, è molto rara nei nostri dati, dove l'interprete tende in genere a non negoziare la propria comprensione. La correzione didattica, che si inserisce, invece, nella tripletta tipica del contesto pedagogico e che si orienta alla formazione (*instruction*) degli studenti e quindi alla loro produzione di conoscenze e risposte corrette, è invece piuttosto frequente nelle interazioni simulate. Qualora vi sia, infatti, una "risposta" traduttiva sbagliata da parte dell'interprete, sono in genere gli esaminatori stessi che avviano delle sequenze di correzione per dar modo allo SI di rendersi conto del problema, di correggersi e quindi di essere valutato.

Se non stupisce l'iniziativa correttiva degli interlocutori primari, che in fondo sono e restano degli esaminatori, stupisce invece la tendenza degli interpreti a non coordinare

delle richieste di chiarimento volte a restituire correttamente il testo che dovrà essere valutato, ma a preferirvi delle traduzioni sbagliate nel turno previsto dal modello, lasciando poi che sia il finto medico a decidere se allinearvisi trattando l'errore come non rilevante restando vicino al modello (cfr. Es. 3.21), oppure se allontanarsene chiedendo lui stesso dei chiarimenti (cfr. Es. 3.22 e 3.23). Il fatto che gli interpreti preferiscano non allontanarsi da una traduzione turno per turno e non usare quelle strategie interazionali che i parlanti comunemente usano per negoziare la propria comprensione pare indicativo di una concezione piuttosto riduttiva e idealizzata dell'interpretazione sulla base della quale credono di essere valutati e quindi "disegnano" i propri turni. Riduttiva poiché interpretare "bene" equivarrebbe a tradurre turno per turno i testi degli interlocutori primari. E idealizzata perché una "buona" comunicazione sarebbe quella formalmente corretta che non include la confusione dell'interazione. *In primis* la possibilità di non capirsi, che è invece ordinaria amministrazione nelle interazioni reali.

3.2.2.2.2 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari

Se gli interpreti sono restii ad allontanarsi dal formato idealizzato e ad avviare iniziative che esulino dalla mera restituzione, turno per turno, di quanto hanno espresso gli interlocutori primari, questi, dal canto loro, non mancano di reinserirsi con dei turni non previsti dal modello. Abbiamo incontrato diversi casi di reinserimento nei paragrafi precedenti, laddove per esempio il medico si reinseriva stimolando l'interprete a tradurre quanto espresso dalla paziente (cfr. "cosa dice") o valutando la sua resa (cfr. "mm hm"), o laddove la paziente si reinseriva con dei turni inattesi per testare la capacità dell'interprete di reagirvi (cfr. "lei rimane qui").

Sotto sistematizzeremo quanto abbiamo in parte già visto, verificando come l'interprete reagisca ai reinserimenti dei due interlocutori primari.

3.2.2.2.2.1 I reinserimenti dell'operatore

Se si escludono le richieste di chiarimento che abbiamo trattato sopra, i reinserimenti dell'operatore nelle nostre interazioni simulate sono riconducibili a due tipologie: (a) risposte minime come "mm hm", "ok" e simili e (b) espliciti inviti a tradurre (per es. "cosa dice" o "cosa racconta"). Ci limiteremo qui a illustrare la prima tipologia di reinserimento concentrandoci sulla risposta minima più frequente ("mm hm") e mostrando il diverso valore che assume a seconda del contesto sequenziale in cui viene adoperata. Reinserimenti come "cosa dice" e "cosa racconta", che pure meriterebbero un approfondimento nell'ottica

del confronto con i dati reali, dove il medico non si reinserisce mai in questo modo, non verranno invece trattati in ragione dello scarso numero di occorrenze.[136]

L'esempio 3.26 illustra il valore assunto dal "mm hm" del medico quando viene prodotto dopo un turno del(la) paziente, in questo caso un uomo accompagnato dalla moglie. Il paziente è stato trovato sul pianerottolo dell'hotel in cui alloggia in stato confusionale (turni che non mostriamo) e il medico sta indagando, per mezzo dell'interprete, su quanto è successo subito prima del suo svenimento. Alla domanda sull'eventuale consumo di bevande alcoliche, che l'interprete traduce immediatamente, il paziente risponde che ha bevuto un po' di birra. Il turno traduttivo, in cui peraltro l'interprete usa la terza e poi la prima persona, rende rilevante una richiesta di chiarimento da parte del medico, il quale cerca di appurare quanta birra abbia bevuto la paziente. A questa segue, come da modello, una prima traduzione dell'interprete, la risposta della paziente e una seconda traduzione dell'interprete, cui il medico reagisce con un po' di titubanza (tale riferimento alla birra bevuta in grande quantità non era infatti previsto dal copione). Prima che il medico proceda con il turno 09, il paziente si reinserisce per precisare che è abituato a bere così tanto. Segue il "mm hm" del medico italofono, che nella finzione del gioco di ruolo non avrebbe dovuto capire il turno precedente in francese. Il fatto che vi reagisca con questo segnale di *feedback*, e soprattutto il fatto che questo sia interpretato dall'interprete come un invito a fornire la traduzione, mostra come medico e interprete si orientino qui al contesto didattico nel quale il medico è un esaminatore che (a) è perfettamente in grado di comprendere il francese e (b) coordina l'interazione rendendo rilevante l'azione successiva, ossia la resa dello studente. Questa viene recepita con un "va bene" cui segue, dopo una breve pausa, un nuovo testo originale.

Es. 3.26 mm hm con valore continuativo [da 8ISS]

```
01  A  OPE:    normalmente <pause> bene <pause> non si ricorda se aveva bevuto
               dell'alcol prima {domanda}
02  I  INT:    est-ce que vous aviez bu de l'alcool avant {domanda}
03  B  PAZ:    <1> oh qu'est-ce que vous voulez en attendant ma femme qui
               faisait du jogging j'ai bu une petite bière
04  I  INT:    <pause> ha bevuto un po' di birra <pause> ho bevuto un po' di
               birra mentre aspettavo mia moglie che tornava da fare jogging
05  A  OPE:    un po' {domanda}
06  I  INT:    <pause> combien de {ride} {domanda}
07  B  PAZ:    ba c'est des bocaux de un litre donc un bocal [un litre]
08  I  INT:                                                  [ah un] un
               boccale da un litro
09  A  OPE:    però vabbè ehm <pause>
10  B  PAZ:    mais j'ai l'habitude
```

[136] Se è vero, infatti, che paiono indicare un orientamento alla resa del testo espresso dalla paziente più che alla resa dei contenuti che questa potrebbe aver negoziato con l'interprete nell'interazione, e quindi un orientamento a una visione riduttiva dell'interpretazione come riproduzione di *testi* più che come negoziazione di *significati*, è vero anche che questo tipo di formulazione potrebbe essere un'idiosincrasia dell'unico finto medico che abbiamo preso in esame. Potrebbe cioè essere il suo personale modo per chiedere cosa gli altri due si sono detti, e non un vero indice di orientamento al parlato come testo.

11 A OPE: mm hm
12 I INT: ma la bevo sempre
13 A OPE: va bene <pause> prima di cadere <pause> ehm <pause> ha avuto la nausea <pause> o un calo della vista {domanda}

L'esempio 3.27, che inizia proprio laddove l'altro si concludeva, illustra invece il valore assunto dal "mm hm" del medico quando viene prodotto dopo un turno traduttivo dell'interprete. Vediamo come l'interprete manifesti, al turno 14, qualche esitazione circa la resa di "nausea" (cfr. "del vomito non del vomito del della nausea"). Segue un "mm hm" da parte del medico, che ha questa volta un valore diverso: corrisponde, infatti, al terzo turno della tripletta tipica del contesto didattico con cui l'esaminatore valuta la "risposta" traduttiva della studentessa al proprio turno originale prima che il paziente produca, come da modello, la propria risposta alla domanda del medico. Soffermandoci su questa risposta, notiamo come il turno del paziente sia diviso in due *testi* distinti: il primo è una descrizione di come il paziente si sia sentito prima di svenire, ossia una risposta alla domanda del medico; il secondo, prodotto dopo una pausa di 1 secondo, è invece un riferimento allo stato attuale e al caldo che giustifica la sua sudorazione. L'interprete tratta questi due testi allo stesso modo, restituendoli senza esitazioni in un unico turno traduttivo, ma la reazione del medico in 18 mostra che qualcosa è andato storto nella successione tra testi originali, perché la risposta alla sudorazione è stata prodotta dalla paziente prima ancora che il medico avesse formulato la domanda al riguardo. A fronte di un collegamento illogico tra le unità traduttive, di cui l'interprete non mostra peraltro di accorgersi, è ancora una volta il finto medico che si preoccupa di creare il nesso mancante (cfr. "sì e ha cominciato a sudare va bene" al turno 18) ponendosi come il coordinatore dell'interazione (cfr. un caso simile nell'Es. 3.12)

Es. 3.27 mm hm 2 [da 8ISS]

13 A OPE: va bene <pause> prima di cadere <pause> ehm <pause> ha avuto la nausea <pause> o un calo della vista {domanda}
14 I INT: <1> ehm avant de tomber est-ce que vous avez eu de ehm de des vomissements pas de vomissements des des nausées ou vous ne voyez pas très bien {domanda}
15 A OPE: mm hm
16 B PAZ: <pause> je crois pas <pause> enfin <pause> si tout a tourné autour de moi j'ai eu comme une sorte de vertige <1> quant à la transpiration on n'arrête pas de transpirer ici avec cette chaleur
17 I INT: <pause> allora ehm ha cominciato a girarmi la testa e poi per quanto riguarda il sudore non posso farne a meno fa troppo caldo qui
18 A OPE: sì e ha cominciato a sudare va bene <pause> non ha avuto ronzii alle orecchie {domanda}

I due esempi mostrano, dunque, due occorrenze tipiche della risposta minima "mm hm" nei turni del medico italofono. Quando si colloca dopo un turno della paziente, questa risposta minima proietta la restituzione del *testo* espresso dall'interlocutore primario (in

sostanza equivale a dire all'interprete: traduci!). Quando si colloca dopo un turno traduttivo dell'interprete corrisponde invece a una valutazione del *testo* che questi ha appena restituito (in questo caso equivale a dirle: ben tradotto!). In ambo i casi funziona come un indicatore dell'orientamento dei partecipanti alla resa dei turni degli interlocutori primari, ai fini della valutazione.

3.2.2.2.2.2 I reinserimenti del paziente

Coups de théâtre è l'etichetta generica con cui descriveremo quelle sequenze di allontanamento dal modello in cui la paziente-esaminatrice si reinserisce producendo un contenuto risibile (ne abbiamo già avuto alcuni esempi in 3.10, 3.11, 3.19 e 3.21). Qui non indaghiamo tanto la natura del contributo che precede e provoca un'eventuale risata, ossia di quello che Partington (2006) definisce "laughter-talk", quanto piuttosto il modo in cui gli altri due partecipanti interpretano e negoziano il colpo di scena.

A rappresentare i reinserimenti della paziente che più frequentemente si riscontrano nei nostri dati didattici abbiamo scelto tre esempi. Nei primi due (Es. 3.28, 3.29) il suo *humour* culmina in una singola battuta, che proietta la traduzione (con o senza risata) dell'interprete e un rapido ritorno al modello promosso dal medico. Il terzo esempio (Es. 3.30) mostra invece come lo *humour* della paziente possa distribuirsi su più turni, traducendosi in una serie di esplosioni minori che rendono rilevante una negoziazione della resa prima che si possa, con fatica, tornare sui binari previsti dal copione. In tutti e tre i casi i partecipanti si orientano alla traduzione del contenuto risibile, ma sono ancora una volta riconoscibili due diversi modi di concepire la prova da parte degli esaminatori: mentre il medico-esaminatore si orienta a fare esercitare la traduzione di testi prestabiliti attraverso il modello, la paziente-esaminatrice si orienta a mettere alla prova le capacità traduttive dello studente e le sue reazioni a turni e testi imprevisti.

Nell'esempio 3.28, la domanda del medico relativa alle allergie della paziente rende rilevante la traduzione dell'interprete che, come da modello, proietta la risposta della paziente, una nuova traduzione da parte dell'interprete, quindi una ripresa della parola da parte del medico. Prima che questi possa però porre un'altra domanda, la paziente si riseleziona per fare una battuta che riutilizza il termine *pivot* "allergique" in una chiave diversa: dice, infatti, di essere allergica agli imbecilli (06). Questa battuta viene però trattata come un normale testo originale da parte dell'interprete, che (seppur con un volume più basso di voce e passando momentaneamente alla terza persona) si avvia a tradurla. Il medico vi reagisce con un *assessment* per poi riprendere la normale alternanza dei turni.

Es. 3.28 Coup de théâtre 1 [da 7ISS]

```
01  A  OPE:      va bene <pausa> è allergica a qualcosa {domanda}
02  I  INT:      ehm êtes-vous allergique à quelque chose {domanda}
03  B  PAZ:      <1> non que je sache
04  I  INT:      che io sappia no
05  A  OPE:      no <pausa> va bene
06  B  PAZ:      ah en réalité je suis allergique aux imbéciles
07  I  INT:      ah ehm in realtà dice che ehm è allergica agli imbecilli
08  A  OPE:      è bè questa è una patologia diffusa signora {tossisce} senta fa
                 fatica anche a deglutire {domanda}
```

In questa interazione vediamo, dunque, come l'allontanamento avviato dalla paziente con la propria battuta venga rapidamente ricondotto al modello idealizzato, senza che vi sia, da parte degli altri due partecipanti, nessuna risata.

In molti altri casi il turno traduttivo e il ritorno al modello sono invece preceduti dalla risata dell'interprete. Ciò si verifica nell'esempio 3.29, dove la struttura sequenziale dei primi turni ricalca perfettamente quella vista sopra, anche se questa volta è questione di rapporti e gravidanza. Il medico pone una domanda che proietta una prima traduzione dell'interprete, la quale rende rilevante la risposta della paziente, a sua volta tradotta. La sequenza AIBIA termina con un nuovo turno del medico, che si appresta a porre un'altra domanda. A questo punto si riseleziona però la paziente, che come sopra produce un contenuto risibile inatteso. Commenta, infatti, l'assenza di rapporti e l'impossibile gravidanza che ne consegue dicendo: "a meno che non sia lo spirito santo" (06). Questa volta l'interprete reagisce alla battuta con una risata, cui segue però immediatamente la traduzione per il medico, che dopo un breve *assessment* pone la domanda successiva e sancisce un ritorno al modello idealizzato.

Es. 3.29 Coup de théâtre 2 [da 10ISS]

```
01  A  OPE:      <pausa> ma per caso è incinta {domanda}
02  I  INT:      vous êtes enceinte {domanda}
03  B  PAZ:      <pausa>  {inala}  <pausa> ehm non <pausa> ehm vu que je n'ai
                 pas eu de rapports ehm depuis ehm six mois
04  I  INT:      ok <pausa> no e non ho rapporti da sei mesi
05  A  OPE:      hm <pausa> va bene
06  B  PAZ:      à moins que ce soit le saint esprit
07  I  INT:      <pausa>  {ride} a meno che non sia lo spirito santo ma
08  A  OPE:      questo non
09  I  INT:      [{ride}]
10  A  OPE:      [non lo] sappiamo <pausa> senta ha mal di testa {domanda}
```

Anche in questa seconda interazione vediamo, quindi, che se anche la battuta occasiona la risata dell'interprete viene comunque interpretata come contenuto proposizionale da tradurre a fini valutativi e quindi ricondotta al modello idealizzato, alla cui ri-costruzione concorrono sia l'interprete che il medico.

Vi sono però casi di "sustained humour" (Partington 2006) in cui l'ironia si distribuisce su più turni della paziente, dando adito a delle sequenze di allontanamento più lunghe e più complesse. Ciò si verifica, ad esempio, nell'interazione seguente, dove nella fase

finale della visita, il medico misura la pressione della paziente, una turista in vacanza, e le prescrive alcuni comportamenti da tenere per evitare una nuova crisi di ipertensione. L'estratto inizia con l'indicazione del medico alla paziente di sedersi per l'ultima parte dell'esame fisico. Non diversamente da quanto abbiamo visto in 3.2.2.1.2, anche in questo caso l'interprete sembra più orientata a rendere correttamente tutti i tasselli del turno del medico che non a "disegnare" il turno in maniera tale che la paziente si sottoponga alla misurazione nel modo giusto. In altre parole si orienta più alla valutazione che non al ricevente. La paziente vi reagisce con una prima battuta che letteralmente suona "alla buonora era tempo che lei facesse qualcosa" (03). Vi reagisce l'interprete con un "ok finalmente fa qualcosa" in cui mostra di aver compreso il turno precedente e di saperlo riprodurre, ma in cui non ripropone il tono ironico usato dalla paziente. Il medico, dal canto suo, si avvia a produrre il turno previsto dal copione (cfr. "ma sì è un po' alta per") per reagire solo in un secondo momento alla battuta della paziente (cfr. "cioè è carina la signora") e proiettare così l'affiliazione dell'interprete, che solo a quel punto si sente autorizzata a ridere alla battuta e a non trattarla al pari di ogni altro testo originale. Il medico torna quindi alla propria "agenda" riprendendo il commento relativo alla pressione, che per l'appunto è un po' alta, e avviandosi a dare alcune istruzioni alla paziente. Da notare come il medico aggiunga una seconda TCU, in 09, dopo che l'interprete aveva mostrato di passare dalla fase di ascolto a quella di traduzione (cfr. "ok" al turno 08), e come utilizzi poi un "mm hm" continuativo, al turno 11, per incentivare l'interprete a iniziare a tradurre. Dopo un primo turno di istruzioni al turno 13, cui segue la traduzione dell'interprete, il medico prosegue con un secondo turno di istruzioni (in linea con quanto visto in 3.2.2.1.3), il quale va però a sovrapporsi con il contributo ironico della paziente, che commenta "mais enfin c'est c'est l'horreur" (lett. ma insomma che che orrore). L'interprete si trova quindi a dover decidere quale dei due contributi tradurre, se quello contenente le istruzioni fornito dal medico o quello contenente l'*assessment* ironico da parte della paziente. La sua scelta ricade sul contributo che sarebbe previsto dal modello idealizzato, ossia quello della paziente, che viene tradotto al turno 17. Il medico lo recepisce con un "e bè dovrà resistere un pochino" prima di ripetere quanto era andato perso nella sovrapposizione e tornare quindi al "business as usual" (Jefferson 1988: 419). La paziente non demorde, però, e dopo il contributo traduttivo dell'interprete incalza con altri due turni di lamentela che producono un effetto umoristico e che l'interprete cerca di tradurre (cfr. "allora" al turno 22). Prima che vi riesca, si auto-seleziona il medico che cerca di tagliare corto e di chiudere il RP, cui segue un'ulteriore battuta della paziente, che afferma di non poter "draguer" (lett. imbroccare) a causa di tutte quelle restrizioni. A questo punto la parola viene presa dall'interprete, che formula in terza persona il contenuto proposizionale dei turni 16, 21 e 23, ma tralascia la

battuta ironica fatta al turno 25. Così facendo l'interprete si allinea con il medico-esaminatore, che sta visibilmente tentando di riportare il gioco di ruolo sui binari tracciati dal copione. Sovrapponendosi con la fine del turno dell'interprete (trattasi di un "recognitional terminal overlap" dove la parola riconoscibile, proiettabile e quindi anticipabile dal medico è "pena"), il medico risponde minimamente alla formulazione da lei prodotta, per poi ripetere la verifica della comprensione della paziente che aveva formulato al turno 24, che è ancora in attesa di traduzione. Mentre l'interprete sta ancora traducendo quest'ultima domanda, e quindi senza nemmeno aspettare di sapere se la paziente abbia effettivamente capito quello che deve fare oppure no, il medico pronuncia un "arrivederci" (verosimilmente un caso di "pre-completor onset") che segna la conclusione del gioco di ruolo. Conferma così di orientarsi alla produzione e ricezione di testi sulla base dei quali poter giudicare le capacità traduttive dell'interprete, piuttosto che a una reale interazione con la paziente, a cui in teoria i propri turni si rivolgono. Lo stesso dicasi per l'interprete, che ancora una volta si orienta a restituire subito i pezzi di testo prodotti dal medico senza aspettare che la paziente confermi di aver effettivamente recepito e compreso le sue (ri)produzioni.

Es. 3.30 Coup de théâtre 3 [da 10ISS]

01	A	OPE:	va bene <pausa> si calmi signora <pausa> adesso le misuro di nuovo la pressione <pausa> si sieda qui
02	I	INT:	alors madame vous pouvez vous asseoir ici et je vous prends la pression <pausa> misure votre pression
03	**B**	**PAZ:**	**et ben à la bonne heure il était temps que vous fassiez quelque chose**
04	I	INT:	ok finalmente fa qualcosa
05	A	OPE:	{inala} ma sì è un po' alta per <pausa> cioè è carina la signora è
06	I	INT:	{ride}
07	A	OPE:	è un po' alta però non secondo me non deve preoccuparsi
08	I	INT:	ok {inala}
09	A	OPE:	ehm <pausa> ecco qua adesso le prescrivo un po' di farmaci
10			<1>
11	A	OPE:	[mm hm]
12	I	INT:	[ok] {inala} votre tension n'est pas ehm préoccupant et maintenant je vous donne des des médicaments
13	A	OPE:	è molto caldo in questi giorni quidi deve bere molta molta acqua anche due litri deve sforzarsi anche due litri d'acqua al giorno <pausa> niente caffè niente alcol <pausa> niente sale anche se le piace il salame
14	I	INT:	ok <pausa> je sais qu'il fait très chaud aujourd'hui et pendant cette période mais il faut boire beaucoup d'eau ehm deux litres par jour ehm vous ne devez pas boire de l'alcool et des et manger des aliments salés
15	A	OPE:	{inala} e [e eviti di esporsi al sole]
16	**B**	**PAZ:**	**[mais enfin c'est c'est l'horreur]**
17	I	INT:	{esala} <pausa> per me questo è un patimento
18	A	OPE:	e bè dovra resistere un pochino e eviti di stare al sole
19	I	INT:	ok <pausa> non vous devez résister et en plus vous ne pouvez pas vous exposer au soleil
20	A	OPE:	mm hm
21	**B**	**PAZ:**	**enfin je je rentre des vacances alors c'est pas la peine que je reste en vacances**

```
22  I  INT:      allora [{ride}]
23  B  PAZ:             [je peux pas manger je peux pas boire] <pausa> je peux
               pas rester au soleil
24  A  OPE:      mm hm <pausa> vabbè ha capito {domanda}
25  B  PAZ:      comment je fais pour draguer {domanda}
26  I  INT:      ehm <pausa> la signora si stava lamentando sul fatto che se
               deve rimanere qua senza bere e mangiare i cibi che le piacciono
               allora non ne vale la [pena rimanere in Italia]
27  A  OPE:                          [eh signora] è così <pausa> ha capito
               quello che deve fare no {domanda}
28  I  INT:      vous avez compris [ce que vous devez faire ]
29  A  OPE:                       [arrivederci]
30  I  INT:      {ride} au revoir
31  A  OPE:      <pausa>  {inala} va bene
32  I  INT:      ok
```

Questi tre esempi mostrano dunque come il finto medico e lo SI si posizionino rispetto alle occasionali o ripetute esplosioni di *humour* della finta paziente, la quale apre delle sequenze inattese rispetto alle quali gli altri due interlocutori devono decidere come comportarsi. In genere la reazione dell'interprete pare correlata a come il medico-esaminatore si posiziona rispetto ai colpi di scena della paziente. Quando il medico si allinea a questi allontanamenti e li tratta come parte del gioco di ruolo, lo SI procede con la traduzione, considerandola una normale e attesa "risposta" al turno originale della paziente (cfr. i primi due esempi). Quando invece il medico non si allinea con l'allontanamento (cfr. l'ultimo esempio), lo SI tende a posizionarsi come il medico-esaminatore, cercando di fare il punto sulla traduzione dei contenuti rilevanti e di contribuire così a riportare l'interazione sui binari tracciati dal copione. In tal modo lo studente si allinea agli orientamenti didattico-valutativi del medico-esaminatore, che pare concepire la simulazione come un testo da tradurre (e valutare) esercitando un modello idealizzato a cui sempre cerca di fare ritorno. Ferma restando la stessa finalità didattico-valutativa, la paziente-esaminatrice pare, dal canto suo, più orientata a mettere alla prova le capacità linguistiche dello studente e la sua "risposta" traduttiva a turni e testi "imprevisti", che non a rispettare un copione e un modello idealizzato da cui non manca di allontanarsi. Vediamo, quindi, come alla co-costruzione dell'interazione simulata da parte degli esaminatori non corrisponda necessariamente una convergenza di movimenti. Pare peraltro significativo puntualizzare come lo SI, in caso di divergenza di orientamenti tra i due esaminatori, si orienti a costruire l'enunciato in funzione dell'esaminatore che fa il medico, e questo anche quando traduce nella lingua che il medico italofono teoricamente non dovrebbe capire. Si conferma, in questo modo, la posizione di responsablità di valutatore di questo partecipante, nonché quella di coordinatore dell'interazione simulata.

3.3 Conclusione: risultati delle analisi nelle interazioni didattiche

In questo capitolo abbiamo visto come le interazioni simulate si avvicinino molto al modello AIBIA, dove gli interpreti traducono i turni degli interlocutori primari in prima persona riservando in genere la terza a casi particolari in cui si renda necessario distinguere tra la voce di A o B e quella di I.

Osservando le "risposte" traduttive degli interpreti nelle sequenze di avvicinamento al formato idealizzato abbiamo visto che:

- gli interpreti si orientano a una visione monologica del parlato e dell'interpretazione, che viene costruita come un'unica attività di traduzione di testi isolati, decodificati e (ri)prodotti senza alcuna negoziazione della comprensione e senza interferire con la successione di unità traduttive proposte dagli interlocutori primari;
- l'interazione è fortemente orientata alla valutazione degli interpreti.

Lo dimostrano non solo le pubbliche dimostrazioni di competenze linguistiche degli interpreti nei propri turni, che sono "disegnati" in maniera spesso oltremodo completa, ma anche le risposte minime del medico-esaminatore, che non di rado si allontana dal formato idealizzato e dalla finzione del gioco di ruolo per produrre il terzo turno della tripletta tipica dei contesti didattici. Si è visto, in particolare, come questo terzo turno possa essere occupato da (a) un segnale di ricezione come "mm hm", con cui l'esaminatore sembra valutare positivamente il turno precedente, oppure da (b) un'etero-correzione o un'etero-iniziazione di correzione con cui l'esaminatore valuta il turno negativamente e ne promuove la correzione.

L'analisi dei pochi allontanamenti dal modello che sono presenti nelle nostre interazioni simulate ha confermato gli orientamenti osservati nelle sequenze di avvicinamento. Le peculiari "risposte" degli interpreti sono infatti ancora una volta orientate alla resa dei turni originali e alla pubblica dimostrazione di competenze linguistiche a fini valutativi. Questa seconda parte dell'analisi ha però messo in luce qualcosa di nuovo, ossia il diverso comportamento linguistico dei due interlocutori primari. Fermo restando che entrambi contribuiscono, in genere, a costruire un modello idealizzato di alternanza dei turni, quando se ne allontanano mostrano due produzioni linguistiche diverse che si traducono in due diversi tipi di sequenza.

- La produzione linguistica del medico-esaminatore è strettamente legata alla simulazione della visita medica: quando si allontana dal modello lo fa per testare la capacità dell'interprete di tradurre termini medici in francese e la sequenza che si

inserisce nel modello idealizzato si struttura come una successione di coppie adiacenti originale-traduzione (AIAIAIAIAI).

- La produzione linguistica della paziente-esaminatrice esula invece dall'ambito medico: quando si allontana dal modello lo fa per testare la capacità dell'interprete di tradurre contenuti e turni inattesi, spesso risibili.[137] La struttura della sequenza è in questo caso poco generalizzabile, ma è comunque sempre seguita da un ritorno al modello promosso dal medico, a cui l'interprete si allinea.

Il medico emerge quindi dalle analisi come il coordinatore e "regista" dell'interazione simulata: è lui che decide dell'allocazione dei turni quando ci si allontana da un modello idealizzato che gli interpreti tendono comunque a mantenere. Preferiscono infatti tradurre male, ma subito, piuttosto che negoziare la propria comprensione e mostrare pubblicamente (laddove il *display* è pubblico a entrambi gli interlocutori) di non aver capito o di non sapere come rendere un contenuto. A questo si riduce, in ultima analisi, l'unica attività che venga co-costruita dai partecipanti alle interazioni simulate: un'interpretazione intesa in senso riduttivo come mera riproduzione di testi da una lingua all'altra, senza che vi sia una reale interazione tra A e B (la loro è una successione di monologhi che si legano più o meno bene) e quindi senza che vi sia una reale responsabilità comunicativa da parte dell'interprete. Nonostante il bilinguismo che gli garantirebbe un certo controllo sull'interazione, l'interprete non è infatti, a ben guardare, il vero coordinatore dello scambio.

[137] Reinterpretando la distinzione tra "on-task" e "off-task talk" di Markee (2005), per il quale è lo studente a divergere dall'argomento imposto dall'insegnante e dalla tipica struttura sequenziale che caratterizza l'interazione in classe, potremmo dire che anche questa esaminatrice in un certo qual modo produce del parlato che è riconoscibilmente "fuori" dalla simulazione. Esula, infatti, dall'argomento medico, e si allontana dai due formati di alternanza dei turni che ricorrono più frequentemente in queste interazioni: il formato AIBIA, dove viene valutata la competenza traduttiva dello studente in entrambe le direzioni linguistiche; e il formato AIAIAI, dove viene testata la sua competenza nella lingua straniera.

CAPITOLO 4
Avvicinamenti e allontanamenti nelle interazioni reali: quali orientamenti?

Il semplice fatto umano
avrà sempre l'efficacia dell'esser stato,
delle lacrime vere,
delle febbri e delle sensazioni
che sono passate per la carne.

Verga, I. (1880)
Prefazione a "L'amante di Gramigna"

4.1 Introduzione

In questo capitolo discuteremo la nostra analisi dei dati reali. Come vedremo a breve, gli orientamenti al modello idealizzato che venivano sistematicamente mostrati dai partecipanti ai RP didattici lasciano qui spazio ad altri orientamenti che si intrecciano con l'attività di traduzione fino a far quasi completamente sparire il formato AIBIA. Nonostante il modello idealizzato sia presente in forma molto ridotta nei dati reali, metodologicamente procederemo con l'analisi in modo parallelo a quanto abbiamo fatto con i dati didattici. Il modello sarà applicato a dodici interazioni che abbiamo registrato presso strutture sanitarie italiane e belghe, localizzando le sequenze che sono organizzate secondo il *pattern* AIBIA e quelle che se ne allontanano.

Utilizzando gli strumenti della CA e il concetto di adiacenza diversificheremo gli avvicinamenti e gli allontanamenti sulla base degli orientamenti che gli interpreti manifestano nei loro contributi. Questi orientamenti sembrano essere correlati alla proiezione di una o più attività conversazionali che vengono co-costruite (sincronicamente o in contrasto tra loro) dai partecipanti. Abbiamo qui selezionato soltanto alcune delle attività conversazionali che vengono costruite nell'interazione, in particolare quelle che sembrano meglio prestarsi a un confronto con i dati didattici.

Facendo ancora leva sulla distinzione di Wadensjö tra *testo* e *attività*, mostreremo come l'interpretazione dialogica reale sia un'inter(azione) situata dove la traduzione si svolge insieme ad altre attività che la rendono rilevante e che contribuiscono a darle senso.

4.2 Analisi delle interazioni reali

Le dodici interazioni reali che prenderemo in esame e il cui contesto e modalità di raccolta sono stati descritti in 2.2.2 sono accomunate da alcune peculiarità che contribuiscono alla complessità dell'osservazione.

Un primo livello di complessità è dato dall'eterogeneità di interazioni che si svolgono tra un professionista che ha una competenza in una materia specifica, e un cliente che usufruisce dei suoi servizi. Pur collocandosi tutte in ambito sanitario, le interazioni prese in esame presentano, infatti, una molteplicità di rappresentanti istituzionali. Non tutte sono visite tra medico e paziente e anche quelle che possono essere definite come tali non si collocano necessariamente nella stessa fase della consultazione e non presentano quindi necessariamente delle caratteristiche sequenziali comparabili (cfr. Heritage e Maynard

2006a).[138] Ciò non toglie che vi sia una certa "aria di famiglia" che attraversa tutte le interazioni e che giustifica la loro trattazione come un unico oggetto di studio (Grossen e Salazar-Orvig 2006), dove un "intervistatore" indaga, con l'aiuto di un interprete, sulle condizioni di un "intervistato", co-costruendo uno scambio all'interno del quale i partecipanti riescono a comunicare.

Un secondo livello di complessità è dato dalla durata variabile delle interazioni (da un minimo di 3 minuti a un massimo di 42) e dal fatto che, malgrado le nostre raccomandazioni, non sempre la registrazione è stata avviata all'inizio dello scambio comunicativo. Nei dati reali non è quindi possibile affermare con certezza cosa sia successo immediatamente prima e cosa immediatamente dopo l'interazione,[139] a meno che i partecipanti non vi facciano espliciti riferimenti nel corso dell'interazione stessa. A causa della non sistematica registrazione dei rituali di apertura e di chiusura, ci siamo visti costretti a escludere dalla presente analisi esempi che pure mostravano caratteristiche sequenziali interessanti al fine del confronto con i dati didattici.

Un terzo livello di complessità è poi dato dal quadro partecipativo variabile: il numero di interlocutori primari non è infatti fisso o predeterminato e va da un minimo di due a un massimo di sei. Il numero elevato di partecipanti rende complesso il coordinamento dell'interazione mediata da parte degli interpreti e degli altri partecipanti. Senza contare che, come si diceva in 2.2.2.2.2.1, questi parlano lingue diverse e manifestano diversi gradi di competenza attiva e passiva nella lingua degli altri interlocutori.

Un quarto e ultimo livello di complessità, che rappresenta però anche la ricchezza dei nostri dati reali e la loro utilità nell'ottica del confronto con la didattica, è dato dalla frequente difficoltà di riconoscervi il modello idealizzato di alternanza di turni. Per quanto non manchino, come vedremo, delle sequenze AIBIA in cui si susseguono i turni degli interlocutori primari e le loro traduzioni da parte degli interpreti, queste sembrano essere l'eccezione e non la regola. Tanto numerosi e tanto vari sono gli allontanamenti dal modello che viene quasi da mettere in dubbio la sua effettiva applicabilità alle interazioni reali. Fermo restando che, in un'ottica di confronto quale è la nostra, è proprio l'applicazione di questo modello triadico che ci ha permesso di localizzare le sequenze diadiche che se ne allontanano, osservando le attività conversazionali che vengono messe in campo e gli orientamenti dei partecipanti rispetto a esse.

[138] Fanno eccezione le interazioni 8IRE e 10IFCa/b, poiché pur coinvolgendo due interpreti diverse ripropongono la stessa serie di domande anamnestiche a due pazienti gravide che stanno facendo un "percorso nascita".

[139] Il che è invece possibile nei dati didattici, dove l'interazione simulata è incorniciata in una prova d'esame di cui il RP non è che l'ultima parte e dove le transizioni tra una prova e l'altra hanno strutture riconoscibili (« 2.2.1.1.2).

4.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato

Come sappiamo, il modello idealizzato di alternanza dei turni in un'interazione mediata prevede che ai turni degli interlocutori primari segua subito la traduzione da parte dell'interprete. Al rispetto di questo modello AIBIA concorrono non solo l'interprete, che con le proprie rese coordina l'interazione, ma anche gli interlocutori primari, che idealmente prendono la parola senza pause né sovrapposizioni tra un turno e l'altro, lasciando quel piccolo spazio cui abbiamo più volte accennato.

Nelle nostre interazioni reali i partecipanti si avvicinano così raramente a questo tipo di formato, che è pressoché impossibile trovare esempi come il 4.1, dove l'interprete traduce senza pause né sovrapposizioni il turno originale dell'operatrice. Come avviene in molti turni "originali", l'operatrice rivolge la propria domanda all'interprete, usando la terza persona per riferirsi alla paziente (cfr. "non lavora"). La versione dell'interprete pone invece la domanda direttamente alla paziente. Questo esempio è anche uno dei pochi casi in cui, alla breve risposta affermativa o negativa di un interlocutore primario (in questo caso il "non" della paziente al turno 03) segue un turno traduttivo. In genere, infatti, l'interprete dà per scontato che l'altro interlocutore capisca questo contributo minimo e non fornisce la traduzione. Qui, invece, l'INT-I2 costruisce il modello idealizzato, anche a costo di restituire un contributo proposizionale che potrebbe essere già stato compreso.

Es. 4.1 Il pattern AIBIA: terza persona [da 10IFCa]

```
01  A  OPE:      non lavora {domanda}
02  I  INT:      tu travailles pas {domanda}
03  B  PAZ:      non
04  I  INT:      no
```

La scarsità di avvicinamenti al modello, e questo indipendentemente dal fatto che a tradurre sia una mediatrice o un'interprete certificata (nei dati italiani abbiamo entrambe), dimostra come questo formato di alternanza dei turni non sia stato elaborato sulla base dell'osservazione che vi fossero dei *pattern* regolari nelle interazioni mediate, ma sulla base della prescrizione di ciò che un'interazione mediata "idealmente" dovrebbe essere. Noi adotteremo qui l'approccio contrario, ossia quello che partendo dall'interazione mediata cerca di individuare delle regolarità nell'avvicinamento a un modello che nei nostri dati non esiste quasi mai nella sua forma "pura", ma è più spesso riconoscibile in sequenze "ibride", dove gli interpreti si avvicinano al *pattern* AIBIA manifestando però un certo grado di libertà nella sua realizzazione.

Concentrandoci ancora una volta sulle peculiari "risposte" degli interpreti, nei prossimi due paragrafi mostreremo come le variazioni sul modello siano riconducibili a due orientamenti interazionali: l'orientamento a un parlato come attività che è ben presente

nelle transizioni di turno, quindi a una organizzazione dei turni della conversazione, e l'orientamento alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente.

4.2.1.1 L'interprete si orienta alla presa del turno

L'analisi dei turni traduttivi degli interpreti mostra anzitutto come questi si orientino a una visione dialogica del parlato, una in cui i significati sono co-costruiti e situati nella concatenazione tra le azioni e reazioni dei partecipanti (quindi nell'interazione) e non presenti in enunciati autonomi che vengono singolarmente prodotti e decodificati (Wadensjö 1998: 21-47).

Questo orientamento emerge anche dal modo in cui gli interpreti prendono il turno e il sotto-paragrafo che segue lo illustrerà attraverso un esempio che si trova frequentemente nei dati in analisi.

4.2.1.1.1 La transizione di turno

Una variazione ricorrente rispetto a un modello che "idealmente" non prevede né pause né sovrapposizioni tra un turno e l'altro è la sovrapposizione che spesso si determina ai margini dei turni dei partecipanti. Non diversamente da quanto avviene nella conversazione ordinaria, dove le sovrapposizioni in posizione terminale sono eccezioni a conferma di un ordine conversazionale, le sovrapposizioni tra la fine del turno dell'interlocutore primario e l'inizio del turno traduttivo dell'interprete parrebbero eccezioni a conferma della regola secondo cui al turno originale dovrebbe seguire il turno traduttivo. Sovrapponendosi all'interlocutore, l'interprete mostra infatti di cogliere l'arrivo di un TRP e di orientarsi alla presa di parola al fine di tradurre quanto ha compreso e negozia così un'unità di traduzione che non è già data, ma definita nell'alternanza tra i turni di chi è tradotto e di chi traduce (cfr. Merlino in stampa).

Nell'esempio 4.2, che è tratto dai dati belgi, l'operatore dice che guarderà, sottintendendo quali sono le date disponibili per un appuntamento in dermatologia, e precisa che il paziente non deve più applicare quei trattamenti (cfr. "ça" al turno 01). L'INT-B1 interpreta il turno del medico come concluso e si inserisce nell'interazione per tradurre. L'inizio del turno traduttivo va però a sovrapporsi con la fine del turno del medico, che non aveva in realtà finito di parlare e che aggiunge un "senza sapere" che rimane sospeso, da cui possiamo però intuire che è nell'interesse del paziente non usare più quei farmaci prima di conoscere la natura del problema. Segue, come da modello, la risposta del paziente, che non viene però trattata dall'interprete come contenuto potenzialmente traducibile. Pur prendendo la parola nello spazio che "idealmente" le spetta, l'interprete non traduce, infatti,

il turno del paziente, ma ribadisce il contenuto proposizionale poco prima tradotto. Vi si sovrappone il medico, che si orienta a riprendere il turno prima che l'interprete traduca, mostrando così di aver capito la risposta minima del paziente e di trattare la traduzione come non rilevante.

Es. 4.2 L'orientamento alla presa del turno [da 1BCH]

```
01  A  OPE6:    bon je vais regarder et c'est qu'il mette plus ça sans [savoir]
02  I  INT:                                                          [non]
                 mettete più questo
03  B  PAZ:     no
04  I  INT:     [non lo mettete più]
05  A  OPE6:    [je vais regarder mais] aujourd'hui je ne pense pas
```

In questo esempio vediamo dunque che per quanto i tre interlocutori concorrano a costruire il *pattern* idealizzato AIBIA, ci sono due transizioni marcate tra i turni del medico e dell'interprete: la prima è occasionata dal fatto che l'INT avvia il proprio turno non appena ha recepito un contenuto potenzialmente traducibile nel turno "originale" di A, che è in posizione terminale;[140] la seconda è occasionata dal fatto che il medico capisce il turno del paziente e non aspetta la fine del contributo dell'interprete. Dall'analisi dei dati emerge come questo tipo di sovrapposizione sia piuttosto frequente, e motivato dal fatto che entrambi iniziano a parlare non appena hanno interpretato il turno precedente e possono quindi reagirvi (l'uno con la propria *versione del* turno e l'altro con la propria *risposta al* turno in questione), mostrando così la loro comprensione situata di quanto sta succedendo nell'interazione. I due si orientano così a un principio di economicità: laddove non ci sono problemi di comprensione che richiedano una negoziazione della traduzione, questa viene resa nel più breve tempo possibile, anche in sovrapposizione con la fine del turno dell'interlocutore primario. Laddove addirittura la traduzione non sia necessaria, e questo sistematicamente si verifica dopo le risposte minime sì/no del paziente, il medico prende la parola sovrapponendosi al turno che da modello spetterebbe all'interprete. Velocizzando le transizioni tra un turno e l'altro i due coordinano l'interazione mediata, mostrando di orientarsi a una resa che sia prodotta, quando necessario, nella maniera più rapida possibile. Il contenuto del secondo turno dell'INT mostra inoltre come questa non sia necessariamente orientata alla costruzione del modello idealizzato, ma massimamente preoccupata della comprensione del paziente, a cui ribadisce per una seconda volta che non deve prendere quella medicina (04).

Come vedremo meglio nelle sequenze di allontanamento dal modello, la traduzione turno per turno degli enunciati degli interlocutori primari non è di per sé garanzia di

[140] Cfr. Jefferson (1984) sulla distinzione tra "terminal overlap" che interessa l'ultima sillaba e "recognitional terminal overlap" che interessa invece, come in questo caso, l'ultima parola.

comprensione tra i partecipanti e non è che una delle attività che si intrecciano nell'interpretazione dialogica, dove la comprensione ha spesso bisogno di essere verificata o negoziata nell'interazione. Resta il fatto che la comprensione può essere favorita anche restando vicini al formato idealizzato, ad esempio "disegnando" le proprie versioni traduttive sulla base delle caratteristiche del destinatario. Proprio di questo ci occuperemo nel prossimo paragrafo, dove mostreremo come le "risposte" degli interpreti si orientano, oltre che a un dialogo a cui partecipano attivamente, anche alla costruzione dei propri enunciati in funzione di chi dovrà riceverli.

4.2.1.2 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente

Fermo restando che nelle interazioni reali il modello idealizzato non è pressoché mai riconoscibile nella sua forma "pura", osserviamo altri due tipi di variazioni che ricorrono nelle poche traduzioni turno per turno che abbiamo raccolto: (a) la traduzione che definiamo "spezzata", poiché l'interprete traduce il contenuto proposizionale espresso dall'interlocutore primario spalmandolo su più turni e (b) quella che chiamiamo "espansa", poiché l'interprete aggiunge a quanto espresso dall'interlocutore primario un contenuto autonomamente prodotto.

Riappropriandoci di un concetto caro all'analisi della conversazione, quello di *recipient design*, mostreremo come entrambe queste variazioni siano orientate a "disegnare" la versione traduttiva per il ricevente, che nella stragrande maggioranza dei casi è il paziente.

4.2.1.2.1 La traduzione spezzata

L'esempio che mostriamo a illustrazione della traduzione spezzata su più turni è tratto dai dati italiani e si svolge in un consultorio. Si tratta di un appuntamento per un'ecografia e mentre l'interprete sta ancora negoziando la traduzione del turno precedente con la paziente, l'ostetrica avvia il proprio turno A sovrapponendosi all'ultima TCI di I (sovrapposizione in posizione iniziale). Segue, come da modello, il turno traduttivo dell'interprete, che ha però la peculiarità, molto frequente nei dati reali, di essere spezzato in due. Anziché tradurre tutto il contenuto proposizionale espresso dall'operatore al turno 02, l'INT-I2 traduce, infatti, una prima parte nel turno 03, cui segue un segnale di ricezione da parte della paziente, e una seconda parte nel turno 05, cui segue, dopo una pausa di due secondi, l'atteso turno B della paziente.

Es. 4.3 Traduzione spezzata [da 10IFCb]

```
01  I  INT:      [la deuxième écographie]
02  A  OPE       [dopo il diciotto gli do] un altro appuntamento è
03  I  INT:      et quand tu viens ici le le dix-huit
04  B  PAZ:      mm hm
05  I  INT:      on va te donner <pausa> autre rendez-vous pour tourner pour
                 venir chez elle
06               <2>
07  B  PAZ:      donc ça je le fais avant de venir ici ou bien
```

Spezzando la propria versione traduttiva in due (o più) unità, l'interprete mostra di orientarsi non solo alla resa del contenuto proposizionale espresso dall'ostetrica, ma anche alla costruzione dell'enunciato in funzione della paziente, che ha la possibilità di reagire ai turni dell'interprete (anche semplicemente mostrando attenzione) e di aiutare quindi a modellare il proprio parlato in base a quella reazione. Questo è un modo in cui la comprensione di una resa traduttiva può essere negoziata tra gli interlocutori.

4.2.1.2.2 La traduzione espansa

L'esempio 4.4 è tratto da un'altra interazione che si svolge in consultorio, alla presenza della stessa ostetrica, della stessa paziente e della stessa interprete dell'Es. 4.3. Anche in questo caso, il modello idealizzato, che pure è riconoscibile, presenta una variazione che è molto ricorrente nel nostro *sub-corpus* reale: il turno traduttivo dell'INT contiene, oltre al contenuto proposizionale espresso dal medico, delle espansioni che mostrano un orientamento alla costruzione dell'enunciato per la paziente. Se infatti il medico si limita a dire, al turno 01 (A nel modello), che la residenza va segnalata al Cup, l'INT costruisce il proprio turno traduttivo in maniera tale da far capire alla paziente quale sia il luogo in cui dovrà recarsi (lo stesso in cui ha fatto il tesserino sanitario) e per quale motivo (far inserire la nuova residenza). Segue, dopo una pausa che mostra nuovamente come le transizioni tra un turno e l'altro non siano sempre immediate, la reazione della paziente, che a livello strutturale corrisponde al turno B del modello, ma che a livello contenutistico pare selezionare I come "interlocutore" piuttosto che come "unaddressed translator" (Merlini e Favaron 2005).

Es. 4.4 Traduzione espansa 1 [da 10IFCa]

```
01  A  OPE:      ascolta se va segnalata al Cup se avete tempo
02  I  INT:      tu dois aller là-bas où on a fait le tesserino sanitario
                 <pausa> et tu dois segnaler la résidence que tu as a Cesena
                 parce que c'est pas <pausa> inséré
03               <1>
04  B  PAZ:      je dois aller où {domanda}
```

L'esempio 4.5, tratto dalla stessa interazione, mostra come l'espansione dell'interprete possa riguardare, oltre a indicazioni sui luoghi, anche questioni di

terminologia medica. Interpretando il silenzio in 03 come un segnale di non-comprensione da parte della paziente, l'interprete produce, infatti, un enunciato in cui l'espressione "malattie genetiche" viene espansa attraverso esemplificazioni che aiutano la paziente a comprendere di che si tratti (cfr. "per esempio dei bambini handicappati delle malattie delle malformazioni"). Aldilà della discutibile "correttezza politica" di questa sua seconda versione traduttiva, l'interprete dimostra così di orientarsi a costruire il proprio enunciato in funzione di chi deve riceverlo. Il fatto che la paziente questa volta vi risponda mostra come la ri-progettazione dell'enunciato abbia sortito l'effetto sperato, favorendo così la comunicazione tra i due interlocutori primari (cfr. Penn e Watermeyer in stampa).

Es. 4.5 Traduzione espansa 2 [da 10IFCa]

01	A	OPE:	quindi <pausa> questo lo abbiamo fatto <1> malattie genetiche non malattie famigliari vabbè {domanda}
02	I	INT:	les maladies génétiques {domanda}
03			<1>
04	**I**	**INT:**	**des maladies dans la famille dans ta famille <pausa> des maladies génétiques <pausa> par exemple les ehm les enfants handicappés des maladies des malformations <pausa> ein {domanda}**
05	B	PAZ:	non il y en a pas
06	I	INT:	y en a pas niente

Non diversamente dalla traduzione spezzata, anche questa variazione mostra dunque come pur avvicinandosi al modello AIBIA, l'interprete sia più orientata alla ricezione e comprensione del turno traduttivo da parte della paziente che non alla propria aderenza al turno originale del medico. In un caso, come nell'altro, la resa dell'INT si discosta, infatti, dalla forma del turno di A (spezzandola o espandendola) al fine di restuirne il senso e di costruire il proprio turno nel modo che meglio assicura la comprensione di B. Ovviamente anche le migliori intenzioni non garantiscono l'effetto desiderato, poiché non è detto che questa comprensione avvenga. Si veda, in effetti, come nonostante il turno sia stato "ri-disegnato" per lei nell'Es. 4.4, la paziente chieda chiarimenti sul luogo dove deve andare (04), aprendo così una sequenza di negoziazione che si allontana fortemente dal modello e che pertanto rientra nella sezione successiva.

Volendo riassumere quanto abbiamo illustrato in quella presente, le interazioni reali si avvicinano molto raramente al formato AIBIA e, quand'anche questo succede, le "risposte" traduttive degli interpreti presentano tre variazioni ricorrenti rispetto all' "ideale" restituzione, senza pause né sovrapposizioni, di quanto è stato espresso dagli interlocutori primari. La prima variazione è data dal fatto che l'interprete non di rado prende la parola prima che l'interlocutore primario abbia finito di parlare. Mostra così di orientarsi alla presa del turno successivo e a un parlato dove i significati sono co-costruiti in un dialogo in cui anche l'interprete è un partecipante ratificato e attivo che concorre alla definizione

dell'unità traduttiva. La seconda e la terza variazione sono invece date dal fatto che gli interpreti si orientano a "disegnare" le proprie "risposte" traduttive in maniera tale che le loro versioni favoriscano la ricezione e la comprensione della persona a cui si rivolgono. Spezzando le proprie traduzioni e aspettando che il paziente dimostri la propria ricezione con risposte minime, oppure espandendole inserendovi elementi che permettano al paziente, ad esempio, di meglio identificare i luoghi in cui dovrà recarsi, l'interprete già mostra quell'orientamento al ricevente che sarà ancora più evidente in quelle sequenze in cui i partecipanti si allontanano dal modello.

4.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato

Wadensjö (1998) è stata la prima a mettere in luce come l'interpretazione dialogica reale si discosti dall'interpretazione idealizzata turno per turno. La sua distinzione tra traduzione e coordinamento, e tra coordinamento implicito ed esplicito, è stata il primo tentativo di mostrare come anche le non-rese svolgano un ruolo importante nella costruzione dell'interazione mediata. Dalla pubblicazione del suo lavoro sull'interpretazione *nella* e *come* interazione, si è sviluppato un interesse crescente per l'interpretazione dialogica e per quanto esula da un comportamento "idealmente" prescritto.

Partendo da questo stesso interesse, e sulla scia di quegli studi che già hanno problematizzato la questione della comprensione e del coordinamento nell'interazione,[141] la presente sezione descriverà cosa possa essere in gioco negli allontanamenti da un modello idealizzato che è talmente poco riconoscibile, da far dubitare della sua effettiva applicabilità alle interazioni reali. A una prima osservazione queste non si strutturano, infatti, come delle successioni di turni AIBIA in cui si inseriscono delle brevi sequenze d'inserimento (Jefferson 1972; Wilson 1991), ma come una successione di turni apparentemente disordinati e imprevedibili che talvolta si organizzano secondo il *pattern* AIBIA.

Partendo dall'assunto che l'interpretazione dialogica è interazione, quindi non una questione individuale ma un'attività co-costruita dai partecipanti, cercheremo di fare chiarezza sul suo apparente disordine e di mostrare come la traduzione non sia l'unica attività a essere negoziata nelle sequenze di allontanamento, che saranno ancora una volta diversificate sulla base degli orientamenti manifestati dagli interpreti nei loro turni. Per ciascuno di questi orientamenti presenteremo una o più attività conversazionali che paiono ricondurvisi, osservandone la co-costruzione da parte dei partecipanti.

[141] Tra cui ricordiamo, oltre a Wadensjö 1998, i contributi di Davidson (2000, 2002); Traverso (2003a); Mason (2006); Baker (2006b); Baraldi e Gavioli (2007); Martinsen e Dubslaff 2010; Baraldi e Gavioli (in stampa).

4.2.2.1 L'interprete si orienta alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente

Abbiamo visto come anche quando traduce turno per turno, l'interprete "disegna" i propri turni traduttivi in funzione di chi dovrà riceverli e comprenderli. In questo paragrafo mostreremo come questa ri-progettazione degli enunciati per il ricevente possa portare l'interprete anche molto lontano dal modello AIBIA. Vedremo come l'interpretazione dell'anamnesi, dell'esame fisico, delle indicazioni terapeutiche e degli esami successivi vada ben oltre la traduzione dei contenuti espressi dagli interlocutori primari e cominceremo così a riempire di significato l'etichetta "mediazione".

4.2.2.1.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente

Nell'interpretazione della raccolta di informazioni, l'interprete non si limita a tradurre le domande del medico e le risposte del paziente, ma agisce e reagisce autonomamente ai loro turni e co-costruisce altre attività che determinano poi il "da dirsi" e il "da tradursi". In questo sotto-paragrafo cominceremo coll'illustrare le domande autonome con cui l'interprete ridisegna il turno dell'operatore sollecitando l'espressione del paziente, e le risposte autonome con cui reagisce alle domande dell'operatore recuperando e riprogettando informazioni già in suo possesso. Ci allontaneremo poi progressivamente dal modello addentrandoci in una lunga sequenza di interpretazione in cui l'attività di traduzione si mescola con l'attività di co-intervista (Davidson 2000) e di "fornitura di indicazioni" (Psathas 1991).

Le domande con cui l'interprete sollecita l'espressione del paziente nei nostri dati non sono dissimili dalle domande promozionali identificate da Baraldi (in stampa): trattasi di espansioni con cui l'interprete "ri-disegna" un turno originale dell'operatore in maniera tale da favorire la narrazione del paziente. L'estratto 4.6 è un caso esemplificativo. L'inizio della sequenza si avvicina al modello idealizzato: al turno originale dell'ostetrica segue, infatti, una traduzione espansa dell'INT-I1, che si preoccupa di costruire il proprio turno in maniera tale che sia comprensibile dalla paziente. Il silenzio e la titubanza della paziente vengono interpretati come un segnale di non ricezione da parte dell'interprete, che si allontana quindi dal modello per ripetere la domanda. Anche in questo caso la paziente non risponde, tanto che seguono due ulteriori domande promozionali in cui l'interprete si allontana dalla forma del turno originale (01) e dalle sue prime due versioni traduttive (02 e 05) suggerendo un'età in cui la paziente potrebbe aver avuto le mestruazioni per la prima volta (07) e rendendo il termine "mestruazioni" con il più semplice "sangue" (09). Con questi quattro tentativi di *recipient re-design* l'interprete dimostra di assumersi la responsabilità di negoziare il contenuto che dovrà poi esser reso al medico. Vista la difficoltà

di costruire la traducibilità del menarca della paziente (cfr. i silenzi e le esitazioni in 03, 06, 08, 10 e 11), l'interprete passa a comunicare un contenuto che era stato precedentemente negoziato (turni che non mostriamo), ossia il fatto che la paziente neghi di aver avuto delle patologie (12). Mostra così di "recuperare" delle informazioni negoziate in precedenza nel momento in cui non riesce a tradurne di nuove, ponendosi come un filtro informativo (cfr. Davidson 2000) che seleziona ciò che è rilevante tradurre, e quando, assumendosi la responsabilità di far procedere la comunicazione. Nel frattempo la paziente propone la tanto attesa risposta, che viene resa in parziale sovrapposizione con il turno dell'interprete. La sovrapposizione rende rilevante una richiesta di chiarimento da parte dell'interprete, che appura di aver capito bene prima di comunicare l'età della prima mestruazione all'operatrice, chiudendo così la sequenza di allontanamento dal modello.

Es. 4.6 L'interpretazione della raccolta di informazioni: sollecitazioni della narrazione del paziente [da 8IRE]

01	A	OPE:	menarca {domanda}
02	**I**	**INT:**	**allora la la première fois que tu as eu la <pausa> les règles {domanda}**
03			<pausa>
04	B	PAZ:	mm hm
05	**I**	**INT:**	**la première fois <pausa> à quelle età {domanda}**
06			<pausa>
07	**I**	**INT:**	**onze ans douze ans treize ans {domanda}**
08			<1>
09	**I**	**INT:**	**les règles <pausa> le sang {domanda}**
10	B	PAZ:	ehm <pausa> en ce moment j' avais
11			<2>
12	I	INT:	allora lei [è sana nega patologie]
13	B	PAZ:	[treize ans comme ça]
14	**I**	**INT:**	**treize {domanda}**
15	B	PAZ:	mm [hm]
16	I	INT:	[tredici] più o meno
17	A	OPE:	ok tredici anni

In questo esempio vediamo dunque come l'interpretazione della raccolta di informazioni non si strutturi sempre come una resa dei contenuti espressi dagli interlocutori primari. A fronte di una non risposta da parte della paziente, l'interprete si allontana infatti dal modello per "ri-disegnare", anche più volte, la domanda dell'ostetrica in maniera tale da ottenere le informazioni da lei richieste e da potergliele comunicare. Allontanandosi dal modello, l'interprete mostra in altre parole di assumersi la responsabilità della comunicazione tra i due interlocutori primari.

Se le domande che abbiamo visto sopra sono azioni che l'interprete compie in primo turno, le risposte che analizzeremo sotto sono delle (re)azioni in secondo turno: l'interprete reagisce a una domanda dell'operatore rispondendo con delle informazioni sul paziente che sono già in suo possesso. A essere interessante non è tanto come l'interprete si sia procurata queste informazioni (durante l'interazione in corso oppure in contatti precedenti con i pazienti), ma il modo in cui queste informazioni vengono "ri-disegnate" dall'interprete nel

proprio turno e ciò che ne consegue. I casi sono due: quello dell'interprete che risponde al medico dicendo esplicitamente di aver già acquisito queste informazioni, che non vengono quindi più rinegoziate (cfr. l'Es. 4.7); e quello dell'interprete che risponde al medico e poi rinegozia le informazioni con il paziente nei turni successivi (cfr. l'Es. 4.8).

Nel primo esempio, che è tratto dai dati belgi, l'assistente sociale sta raccogliendo, con l'aiuto dell'INT-B1, delle informazioni sulla situazione del paziente al fine di procedere al recupero dei costi sanitari per lui sostenuti. Se dall'indagine dovesse emergere che il paziente versa in condizioni economiche molto difficili, è altamente probabile che il suo caso venga poi gestito dai servizi sociali. È quindi cruciale, in questa interazione, riempire i campi del questionario con la massima precisione. A un certo punto l'operatrice chiede se il paziente abbia intenzione di rimanere in Belgio. Anziché tradurre la domanda, come da modello, l'interprete risponde dicendo che il paziente non lo sa e specificando, dopo una breve pausa, di averglielo già chiesto (02). Questa seconda parte del turno dell'interprete è indice di come lei si sia procurata l'informazione richiesta, ossia attraverso una domanda posta autonomamente in una fase precedente dell'interazione in corso. L'operatrice l'accetta senza negoziazione e produce un'altra domanda, questa volta tradotta come da modello.

Es. 4.7 L'interpretazione della raccolta di informazioni: risposte autonome all'operatore 1 [da 3BCH]

01	A	OPE1:	hm <pausa> et il a l'intention de rester ici en Belgique {domanda}
02	**I**	**INT1:**	**il sait pas <pausa> je lui ai demandé**
03	A	OPE1:	et il a pas été à à <pausa> Nelcima pour les étrangers il n'a rien fait {domanda}
04	I	INT1:	non siete andato per i documenti non avete fatto niente {domanda}

Il secondo esempio, tratto dai dati italiani, presenta un estratto di una lunga interazione che volge ormai al termine. Vi partecipano un'ostetrica, una paziente gravida proveniente da un'ex colonia francese e l'INT-I1. L'obiettivo è quello di visitare la paziente e di raccogliere informazioni sulla sua storia clinica al fine di evitare complicazioni durante la gestazione o il parto. Alla domanda dell'operatore, che chiede se la paziente sia stata ricoverata o abbia effettuato un semplice accesso, l'interprete risponde autonomamente che la paziente è stata ricoverata. Dopo una pausa di 1 secondo, si riseleziona per aggiungere che vi è stata l'intermediazione dell'assistente sociale. Non vi sono però indici di come l'interprete abbia acquisito queste conoscenze: quello che sappiamo, dall'analisi di tutto lo scambio, è che queste informazioni non emergono nell'interazione in corso e sono state quindi raccolte in un momento precedente la visita. Il riferimento che l'interprete fa all'assistente sociale proietta la domanda successiva del medico. Questa volta, però, l'interprete non è certa della risposta, tanto che a un'esitante risposta affermativa "ehm sì" (06) fa seguire una traduzione (espansa) della domanda del medico, cui la paziente si avvia

a rispondere, dopo una pausa, in turni che non mostriamo, dove l'informazione inizialmente chiesta dal medico viene rinegoziata e infine "ri-disegnata" per lui.

Es. 4.8 L'interpretazione della raccolta di informazioni: risposte autonome all'operatore 2 [da 8IRE]

```
01  A  OPE:      lei è stata ricoverata in ospedale o ha effettuato un semplice
                 accesso {domanda}
02  I  INT:      allora lei è stata ricoverata all'ospedale
03                <1>
04  I  INT:      e l'appuntamento è stato anche preso tramite ehm dall'
                 assistente sociale dell'ospedale perché
05  A  OPE:      quindi è seguita dall'assistente sociale [lei] {domanda}
06  I  INT:                                                  [ehm sì] tu es encore
                 en contact avec l'assistente sociale ou c'est fini en l'hôpital
                 tu es passée à quelque autre <pausa> assistente so sociale
                 {domanda}
07                <1>
```

In questi due esempi abbiamo visto come nell'interpretazione della raccolta di informazioni vi siano un certo numero di occorrenze in cui l'interprete dà una risposta all'operatore senza che l'informazione veicolata sia una traduzione di qualcosa che è stato detto dal paziente nel turno precedente. Le informazioni che l'interprete fornisce autonomamente reagendo al primo turno dell'operatore riguardano, in genere, la condizione del paziente o aspetti istituzionali che vengono "recuperati" dall'interprete nel momento in cui ciò è rilevante nell'interazione.

Nel lungo esempio che segue torneremo ad apprezzare come i significati da tradurre non siano necessariamente contenuti nei singoli turni degli interlocutori primari, ma negoziati attraverso una serie di sollecitazioni o "recuperati" nel momento in cui ciò sia rilevante nell'interazione. Vedremo inoltre come queste azioni e reazioni dell'interprete si intersechino con una delega alle attività di co-intervista e fornitura di indicazioni.

L'esempio si colloca all'inizio della raccolta dei dati personali della paziente, una donna gravida che comincia il proprio "percorso nascita" in un consultorio italiano. Nei primi turni l'ostetrica appura, per mezzo dell'interprete, l'indirizzo della paziente al fine di inserirlo nella cartella clinica. Una volta negoziato questo dato, l'interprete propone all'operatrice di aiutarla nell'attività in corso, il che proietta l'accettazione da parte dell'ostetrica e influisce sul resto dell'intervista, che è co-condotta da ostetrica e interprete. La co-conduzione è evidente dagli allontanamenti che l'interprete autonomamente avvia: per spiegare alla paziente in cosa consista la cartella che stanno riempiendo (12-21); per appurare il suo livello di istruzione (29-33); per verificare se ha la tessera sanitaria (35-85). In tutti e tre i casi l'interprete non pare sostituirsi al medico, ma assumersi la responsabilità di costruire e comunicare dei contenuti che sono rilevanti per l'attività in corso. Ciò è particolarmente evidente nella sequenza di negoziazione della posizione sanitaria della paziente che, pur avendo il permesso di soggiorno, ha la tessera sanitaria e il medico in

un'altra città. Questo significato non è presente in un turno originale della paziente e comunicato in un turno traduttivo dell'interprete, ma è co-costruito nell'interazione che va dal turno 35 all'85 dall'interprete, dalla paziente e, in misura minore, dall'operatrice, che viene due volte reintrodotta attraverso la traduzione dell'interprete (cfr. 56 e 70). Durante questa attività di co-intervista, la traduzione non è affatto sistematica e sembra essere utilizzata solo dove sorge un problema di comunicazione (cfr. Traverso in stampa). La prima pubblica dimostrazione di difficoltà avviene al turno 56, dove l'interprete, esitante, coordina implicitamente l'interazione prendendo la parola in italiano e riselezionando così l'ostetrica, che l'invita a continuare (cfr. "mm hm" al turno 57). Segue la traduzione dei contenuti negoziati con la paziente, ossia che la paziente "ha la tessera sanitaria di Assisi". Questa traduzione viene recepita dall'ostetrica con un "hm" che invita a un proseguimento della narrazione. L'interprete quindi torna a intervistare autonomamente la paziente con domande che promuovano la sua narrazione. La diadica interprete-paziente dura fino a quando l'interprete non produce la sua seconda pubblica dimostrazione di difficoltà: traduce infatti, al turno 70, che c'è una complicazione. Questa volta l'ostetrica reagisce chiedendo un chiarimento (cfr. "perché" al turno 71) e avanzando, dopo un silenzio in cui l'interprete non prende la parola, la propria ipotesi circa la complicazione, ossia il fatto che la paziente non sia "regolare". Non diversamente da quanto abbiamo visto sopra, l'interprete reagisce autonomamente a questa supposizione (cfr. "è regolare lei" al turno 74), ma poi rinegozia questa informazione con la paziente per ribadirla al turno 82, dove verosimilmente mostra all'operatrice il permesso di soggiorno della paziente (cfr. "vedi"). L'operatrice reagisce a questo punto con l' *acknowlegment token* "ah", cui segue la precisazione dell'interprete, che formula il problema ("solo che non ha il medico qui a Castelfranco"). È tutta la sequenza che abbiamo fin qui discusso (35-85) che rende rilevante la reazione dell'ostetrica (cfr. "allora le diciamo di andare al Saub è") e i turni successivi dell'interprete, che non si limita a tradurre che la paziente deve recarsi in questo ufficio ma "ri-disegna" il turno dell'operatrice esplicitando i motivi (94), verifica la comprensione della paziente (92 e 96) e avvia un "dare indicazioni" in cui spiega alla paziente come arrivare nell'ufficio in cui dovrà fare la tessera sanitaria. Su questa attività torneremo dopo il lungo estratto che mostra l'interazione appena commentata.

Es. 4.9 L'interpretazione della raccolta di informazioni: co-intervista e indicazioni [da 8IRE]

```
01  B  PAZ:      via {domanda}
02  I  INT:      habitation <pausa> l'adresse
03  B  PAZ:      via Shubert
04  I  INT:      vi via Shubert
05  B  PAZ:      Shubert
06  I  INT:      ehm
07  B  PAZ:      numéro six
08  I  INT:      ti aiuto {domanda}
```

09 **<1>**
10 A OPE: sì
11 <2> <rumore di fogli>
12 I INT: allora ça c'est le dossier de la <pausa> grossesse
13 B PAZ: mm hm
14 <2>
15 I INT: et donc tu dois ehm <pausa> tu dois mettre ici
16 B PAZ: ok
17 <1>
18 I INT: toujours <1> avec toi
19 B PAZ: mm hm <pausa> mm hm
20 I INT: ok {domanda}
21 B PAZ: si
22 I INT: ehm <pausa> quindi Burkina <pausa> ehm Burkina perché dico Burkina Faso <pausa> co Costa <1> d'Avorio
23 <1>
24 A OPE: è nata il
25 I INT: ehm le quatre un [quatre-vingt-deux mm hm] ok quattro uno ottantadue
26 A OPE: [quattro uno esatto] quindi quanti anni ha ottantadue ne ha ventotto
27 I INT: eh sì ventotto [ehm]
28 A OPE: [abita] a Castelfranco mi hai detto in via Shubert
29 I INT: sì <pausa> la scuola ehm l'école ehm tu as fait l'école primaire secondaire {domanda}
30 B PAZ: si j'ai fait le primaire
31 I INT: la prim <pausa> primaire
32 B PAZ: si
33 I INT: ok <pausa> ehm
34 <16> <NN digita>
35 I INT: tu as la la la carte du médecin la tessera sanitaria {domanda}
36 <pausa>
37 I INT: t'as pas {domanda}
38 B PAZ: non
39 <1>
40 B PAZ: mais <pausa> j'ai <pausa> l'adresse de
41 (10)
42 I INT: tu es pas allée à choisir le médecin <pausa> toi ici à Castelfranco {domanda}
43 B PAZ: <pausa> hm
44 I INT: ein
45 <1>
46 B PAZ: puisque le via de <2> de Assisi
47 (4)
48 I INT: ok <pausa> mais <pausa> ehm ici
49 B PAZ: hm
50 I INT: tu as pas allé choisir le médecin tu as tu as pas ehm le médecin ici {domanda}
51 <pausa>
52 B PAZ: [hu hu]
53 I INT: [le médecin] de base [ici a Castelfranco]
54 B PAZ: [ehm a Castel] non <pausa> je ne l'ai pas
55 <pausa>
56 I INT: hm <pausa> perché lei [ehm]
57 A OPE: [mm hm]
58 I INT: ha la tessera sanitaria di Assisi
59 A OPE: hm
60 I INT: tu as tu as le médecin à Assisi {domanda}
61 B PAZ: ehm Assisi en ce moment je n'avais pas pris <pausa> mon [séjour là]
62 I INT: [méd] hm
63 B PAZ: donc <pausa> comme mon mari me <pausa> me disait que si tu n'as pas de <pausa> de séjour tu ne peux pas choisir le médecin donc oui je ne connais je ne connaissais pas
64 I INT: hm
65 B PAZ: hm

66 I INT: hm <pausa> la dernière fois que tu as eu le la carte le médecin c'est où {domanda}
67 <1>
68 B PAZ: ehm <pausa> puisque je n'ai pas encore eu de médecin
69 <1>
70 I INT: allora c'è una complicazione qua perché
71 A OPE: perché {domanda}
72 <pausa>
73 A OPE: perché non è regolare
74 I INT: è regolare lei
75 A OPE: ma <pausa>[dove]
76 I INT: [ma t'ho t'ho] allora <pausa> le permis de séjour
77 <1>
78 B PAZ: si
79 <1>
80 I INT: tu as le permis de séjour ici {domanda}
81 B PAZ: mm hm
82 I INT: sì lei è regolare [vedi]
83 A OPE: [ah]
84 I INT: <pausa> solo che non ha il medico qua a Castelfranco
85 <1>
86 A OPE: allora le diciamo di andare al Saub è
87 I INT: <pausa> allora aspetta <pausa> sto guardando qua <1> valido fino al dodici dieci duemiladieci
88 <1>
89 A OPE: quindi va bene quest'anno ci rientra <1> dodici dieci ottobre
90 I INT: hm parce que tu dois aller <pausa> à <1> al Saub <pausa> via Mandorla <1> pour choisir le médecin de base
91 <1>
92 I INT: ok {domanda}
93 B PAZ: hm
94 I INT: tu es régulière ici tu as le per le permis de séjour donc tu tu peux ehm tranquillement ehm choisir le médecin
95 <1>
96 I INT: ok {domanda}
97 <5>
98 A OPE: cosa ha detto {domanda}
99 I INT: <pausa> m'ha detto sì
100 <3>
101 I INT: tu demandes à quel à quelqu'un qui <1> qui connaît bien ehm Castelfranco de t'accompagner là-bas
102 B PAZ: mm hm
103 I INT: <pausa> ein <pausa> c'est pas lointain c'est c'est via Flaminia <1> ehm avec le l'autobus num numéro deux <1> et tu vas là Saub Sob
104 <pausa>
105 B PAZ: [Saub]
106 I INT: [scri] écris si c'est écrire ça ehm allora <2> je te l'écris ici <pausa> via Mandorla <pausa> ehm autobus <pausa> numéro deux <pausa> pour aller <pausa> ça c'est l'autobus qui porte à Modena
107 B PAZ: mm hm
108 I INT: de la direction de Re de Reggio
109 B PAZ: hm
110 I INT: pour <pausa> aller <pausa> à <pausa> Reggio je je le mets ici <pausa> ehm <1> ok donc <pausa> Saub <1> pour la <pausa> tessera ehm si pour la tessera <pausa> sanitaria <3> choisir <2> le <pausa> médecin <1> de base <pausa> ou de famille <pausa> ok <pausa> donc tu vas tu tu peux aller toute seule <pausa> aussi sur l'autobus c'est pas difficile tu fai tu fais voir cette cette adresse là
111 B PAZ: mm hm
112 I INT: et te peut il te porte le chauffeur il te porte ehm là-bas <pausa> ehm puis c'est pas difficile <pausa> tu entres tu tu demandes là-bas <pausa> ok {domanda}
113 B PAZ: si <pausa> ok

Ripercorrendo con attenzione quanto succede nell'ultima parte dell'estratto vediamo come il turno 86 dell'operatrice (cfr. "allora le diciamo di andare al Saub") proietti molto di più della traduzione di un testo originale. L'INT-I1 lo interpreta, infatti, come una delega a comunicare quell'indicazione "ri-disegnandola" per la paziente. Affinché la paziente condivida pienamente il significato espresso dall'ostetrica, e possa quindi attuarlo, l'interprete si assume la responsabilità di comunicarle che deve andare al Saub e perché, ma anche di fornire indicazioni che la mettano nelle condizioni di poterci arrivare. L'interprete anzitutto espande il turno originale del medico, spiegando alla paziente perché deve recarsi in quel luogo. Questa prima spiegazione, seguita da una pausa e da un "ok" con tono interrogativo, proietta la reazione della paziente, che manifesta ricezione con un "hm". L'INT interpreta questo segnale come manifestazione di incertezza, o comunque di non totale comprensione da parte della paziente, e aggiunge quindi una seconda spiegazione, assicurandosi, sempre per mezzo di un "ok" con tono interrogativo, che questa sia stata recepita e capita. Per quanto la paziente non dia segnali verbalmente riconoscibili, deduciamo dal breve scambio medico-interprete che si verifica ai turni 98 e 99 che la donna ha presumibilmente annuito. Il successivo silenzio di 3 secondi viene interpretato dall'interprete come un segnale di *floor* libero, tanto che questa si auto-seleziona e avvia un "dare indicazioni" che è co-costruito con la paziente e che mostra strutture sequenziali simili a quelle identificate da Psathas (1991: 198). In particolare: l'istruzione è sollecitata da chi fornisce le indicazioni, ossia dall'interprete (cfr. 101); i turni sono "disegnati" in funzione del ricevente (cfr. 103, 106, 106, 110), a tal punto che l'interprete si premura di scrivere quelle indicazioni che la paziente potrebbe non comprendere o non ricordare in maniera tale che possa portarle con sé e mostrarle all'autista dell'autobus che dovrà prendere; i primi turni dell'interprete sono seguiti da secondi turni in cui la paziente produce delle risposte minime con cui segnala ricezione e /o comprensione (cfr. 102, 107, 109 e 111) oppure chiede chiarimenti (cfr. 105); vi è poi un turno in cui chi ha fornito le indicazioni lascia intendere che si è arrivati a destinazione e si avvia alla conclusione dell'attività chiedendo una conferma della comprensione che viene infine prodotta da chi ha ricevuto le indicazioni (cfr. 112-113). Vediamo, quindi, come una volta che l'interprete inizia la sequenza il paziente diventi attivamente coinvolto in un'attività che viene collaborativamente costruita.

La partecipazione attiva del paziente all'attività "fornitura di indicazioni" non è a nostro avviso da sottovalutare. Non solo nell'ottica del confronto con i dati didattici, dove le sequenze di indicazioni si strutturano in maniera completamente diversa, ma anche nell'ottica del confronto con altre sequenze di indicazioni che abbiamo rinvenuto nei dati

reali belgi e che, per motivi di spazio, non possiamo qui illustrare.[142] Ci limitiamo a constatare che in un caso è proprio l'assenza di risposte minime da parte del paziente, ossia la sua non partecipazione all'attività, che viene interpretata come problematica e che dà avvio a un'attività di accompagnamento del paziente al luogo indicato che è negoziata dall'interprete con l'operatore. A riprova, se ancora ce ne fosse bisogno, di come l'interpretazione della raccolta di informazioni non si riduca a un'attività di traduzione degli enunciati prodotti dagli interlocutori primari, *in primis* perché l'interprete si assume la responsabilità di comunicare i significati che vengono costruiti dai partecipanti nell'interazione indipendentemente dal fatto che questi siano espressi in singoli turni o, molto più frequentemente, negoziati nell'interazione, e in secondo luogo perché l'attività traduttiva si mescola con altre attività (per es. la co-intervista e il "dare indicazioni") che costruiscono il da dirsi, il da tradursi e, nel caso dell'accompagnamento, anche il da farsi, nei turni successivi.

In questa intersezione di azioni che vengono rese rilevanti (cfr. Jefferson 2002), l'interprete è tutto fuorché un'invisibile "co-interviewer" (Davidson 2000), "co-diagnostician" (Davidson 2000; Hsieh 2007) o "co-therapist" (Bot e Verrept 2010). La sua partecipazione all'attività di raccolta delle informazioni sul paziente è visibile nel modo in cui si allontana dal modello per "ri-disegnare" i propri enunciati e negoziare la traducibilità di certi contenuti, ed è qui co-costruita insieme all'operatrice, che la delega a darle una mano. Questa delega si spinge, nei nostri dati, fino al caso limite dell'interazione 5BCH (cfr. l'esempio sotto), dove l'interprete raccoglie autonomamente delle informazioni sul paziente per comunicarle agli operatori solo in un secondo momento. Questa delega totale (cfr. "mi ha chiesto l'infermiera di sapere perché lei si presenta all'urgenza" al turno 01) è motivata dal fatto che l'interprete non può aspettare l'arrivo del medico (cfr. "non è possibile per me di aspettare con lei per vedere il medico") e quindi si sostituisce all'operatore costruendo lei stessa un'attività di intervista insieme al paziente. Per quanto lo scambio sia una diadica tra interprete e paziente e non una triadica che vede la partecipazione dell'operatore, e quindi esuli in un certo qual modo dal nostro oggetto d'indagine, i ripetuti ed espliciti riferimenti alla delega che ha preceduto l'interazione e alla restituzione che la seguirà (cfr. "posso spiegare adesso all'infermiera così lui c'ha del perché viene al viene al pronto soccorso", "va bene allora io gli spiego all'infermiera così lei lo prenota su sui documenti e quando vedete il medico lui sa già perché vi presentate qui", "va bene io lo rispiego tanto così dopo il medico vedrà cosa deve fare") mostrano come l'interprete non agisca in qualità di autonomo "fornitore del servizio", ma piuttosto di "co-fornitore" responsabile della comunicazione, sia essa verbale o scritta (cfr. "io scrivo qua perché non è possibile per me di aspettare con

[142] Si veda però Niemants in stampa d per un breve commento all'inizio dell'estratto in questione.

lei").[143] È in questi termini che lo stesso paziente pare interpretare l'attività dell'INT: dopo averle spiegato i propri sintomi afferma, infatti, che il dottore saprà di certo come interpretarli (12-14).

Es. 4.10 L'interpretazione della raccolta di informazioni: (co)intervista [da 5BCH]

01 I INT: signore buongiorno <pausa> ehm io sono l'assistente sociale dell'ospedale {inala} mi ha chiesto l'infermiera di sapere perché lei si presenta [all'] urgenza
02 B PAZ: [ehm] ehm <pausa> son <pausa> tutto bianco <pausa> molto secco la mia bocca [poi]
03 I INT: [sì]
04 B PAZ: mangiando ehm mi viene <pausa> c'ho dolore qua <pausa> alla spalla e non mi sento bene
05 I INT: ok però è un dolore <pausa> generale diciamo avete della febbre {domanda}
06 B PAZ: mm hm <pausa> sì o no [sì]
07 I INT: [ma]
08 B PAZ: qualche volta sudoro <pausa> è <pausa> è proprio le queste qua son bianche
09 I INT: [ah ho capito]
10 B PAZ: [ehm le mie labbra] è <pausa> tutto bianco cioè la mia bocca tutta <pausa> come dirti <pausa> cioè c'è secca [cioè]
11 I INT: [sì sì] ok
12 B PAZ: poi il dottore <pausa> lo sa sicuramente
13 I INT: sì sì sì [ok]
14 B PAZ: [cosa] mi manca
15 I INT: ehm <pausa> bè ehm <pausa> mi state dicendo che avete dimagrito {domanda}
16 B PAZ: sì <pausa> tre quattro chili
17 I INT: [in quanto tempo più o meno] {domanda}
18 B PAZ: [cinque chili ehm chili] e mezzo <pausa> rapido qualcosa sto <pausa> non c'ho appetito bff
19 <1>
20 I INT: ok
21 <pausa>
22 B PAZ: [volevo fare una visita]
23 I INT: [io scrivo qua perché non] non è possibile per me di aspettare con lei per vedere il [medico]
24 B PAZ: [sì sì]
25 I INT: comunque posso spiegare adesso all' [infermiera]
26 B PAZ: [e ehm] sì
27 I INT: così [lui] c'ha [del] perché [viene] al [viene] al [pronto] soccorso
28 B PAZ: [sì sì] [sì] [è] [sì] [già è]

(120 secondi omessi)

29 I INT: ok <1> va bene allora io gli spiego all'infermiera così <pausa> lei lo prenota su sui documenti e quando vedete il medico lui sa già perché vi [presentate] qui
30 B PAZ: [mm hm] sì
31 I INT: [ok] {domanda}
32 B PAZ: [perché] dunque a [io]
33 I INT: [vi] sentite tutto bene {domanda}
34 B PAZ: sì
35 I INT: ok va bene io lo rispiego [tanto]
36 B PAZ: [sì]
37 I INT: così dopo il medico vedrà
38 B PAZ: ok
39 I INT: cosa si deve fare <pausa> grazie a lei arrivederci ciao

[143] Cfr. Merlini (2009) e vai alla sezione 6.3.1 per una problematizzazione della tipologia di "ruoli" da lei proposta.

Pur non essendo assimilabile all'operatore, che resta, anche se assente, il fornitore principale del servizio assistenziale, l'interprete conduce l'attività di co-intervista in maniera analoga a quella di un medico occidentale: è lei, infatti, a porre le domande di anamnesi (cfr. 05, 15, 17) ed è lei a promuovere la narrazione del paziente attraverso alcune delle azioni dialogiche individuate da Baraldi (2010): l'ascolto attivo (cfr. "ah ho capito" al turno 09, "sì sì ok" al turno 13), le riformulazioni (cfr. "mi state dicendo che avete dimagrito" al turno 15) e le verifiche della comprensione (cfr. "ok" al turno 31). In tal modo dimostra la propria competenza interazionale, ossia la capacità di usare la lingua orientandosi non tanto al rispetto di una norma (cfr. per es. l'errata alternanza tra il "lei" e il "voi" per tradurre il "vous" francese oppure la resa di pronto soccorso con "urgenza", che è un calco dal francese "urgences"), ma alla costruzione degli enunciati per il suo duplice ricevente: il paziente e gli operatori.

4.2.2.1.2 L'interpretazione dell'esame fisico

Anche l'interpretazione dell'esame fisico mostra come il "da dirsi" e "da tradursi" venga costruito dai partecipanti nell'attività stessa, in "risposta" ad azioni verbali e non verbali che sono pubblicamente esibite nei turni di parola. Nei due esempi che abbiamo scelto vedremo come i turni dell'interprete siano ancora una volta "disegnati" in funzione del ricevente e come l'attività di traduzione si mescoli nuovamente con una delega a fare dell'altro, in questo caso a pesare la paziente.

Nell'esempio 4.11, l'esame fisico è avviato dall'ostetrica che invita la paziente a spostarsi per fare l'ecografia e vedere il battito del cuore del bambino. Aggiunge che verrà misurata anche la pressione, ma poi lamenta il fatto di non disporre della strumentazione necessaria nella stanza in cui si trovano. Interviene allora l'interprete per negoziare, in una breve diadica, il significato che l'operatrice ha appena espresso (cfr. "non è per ah", "con l'ecografo", "fai il battito è") e per poi assumersi la responsabilità di comunicarlo (cfr. 16). Anche nel secondo estratto che mostriamo è evidente come il significato non sia sempre contenuto nei singoli turni dell'ostetrica (cfr. 17), e quindi tradotto turno per turno (cfr. 20), ma il più delle volte costruito nella concatenazione dei turni tra l'ostetrica e l'interprete (cfr. 22-24). È questa concatenazione di turni che, insieme alle azioni non verbali della paziente, costruisce ciò che l'interprete comunica: l'interprete dice, infatti, alla paziente di rimanere lì (reagendo presumibilmente a un suo spostamento) e aggiunge che deve togliere un determinato indumento (reagendo al contenuto espresso dall'operatrice, ossia al fatto che dovranno misurare la pressione). Si assume così la responsabilità non tanto di tradurre dei turni, ma di comunicare dei significati che vengono costruiti nell'attività in corso. Ciò è

oltremodo evidente nell'ultima parte dell'esempio, dove l'ostetrica chiede se la paziente sia dimagrita. L'interprete, che già dispone di questa informazione dal momento che, a differenza dell'operatrice, l'ha già incontrata in precedenza,[144] reagisce direttamente alla domanda dicendo che i primi mesi sono stati duri per la paziente perché vomitava sempre, e poi re-include la paziente, stimolandola a confermare quanto ha appena detto (cfr. le risposte autonome discusse sopra). L'esempio termina quando l'operatore afferma che la pressione va bene, il che proietta la traduzione dell'interprete e, dopo un secondo, un invito rivolto alla paziente che ora può scendere dal lettino. Quest'ultimo turno mostra, ancora una volta, come non vi sia necessariamente un turno "originale" prima dei turni dell'interprete, la quale si assume la responsabilità di comunicare significati che vengono resi rilevanti dall'attività e questo indipendentemente dal fatto che siano contenuti in un turno, costruiti nell'interazione in corso o negoziati in sequenze che l'hanno preceduta. Il punto non è tanto dove l'interprete si sia procurata certe conoscenze (il che come abbiamo visto è spesso contestualizzato nell'interazione) ma quando, nell'interazione, eserciti la responsabilità di comunicarle (*why that now?*). L'esempio 4.11 sembra suggerire che la responsabilità comunicativa dell'interprete viene esercitata rispetto all'attività in corso. In altre parole, è l'attività che è costruita dai partecipanti a rendere rilevante la comunicazione di certi significati a certi momenti dell'interazione.

Es. 4.11 L'interpretazione dell'esame fisico 1 [da 10IFCa]

01	**A**	**OPE:**	**tanto vieni qua che guardiamo con l'ecografia se vediamo il battito**
02			<1>
03	A	OPE:	così sentiamo anche la pressione <pausa> qua non hanno neanche la pressione
04			<rumore>
05			<pausa>
06	I	INT:	non è per
07			<pausa>
08	I	INT:	[ah]
09	A	OPE:	[adesso] lo vado a prendere
10			<2>
11	I	INT:	con l'ecografo {domanda}
12			<pausa>
13	A	OPE:	[ma qui non so chi]
14	I	INT:	[fai il battito ein]
15			<pausa>
16	**I**	**INT:**	**tu vas là-bas sans ehm on va écouter seulement le le battement du coeur**

(93 secondi omessi)

[144] È di pochi turni prima lo scambio tra operatore e interprete in cui emerge il loro diverso grado di conoscenza della paziente:
OPE: perché io questa signora non l'avevo mai vista l'ha fatta la l'Erminia credo la prima visita <1> perché c'è la calligrafia dell'Erminia <pausa> poi me l'hanno passata a me
INT: <pausa> ah ecco tu non l'avevi mai vista [ancora]
OPE: [no]

17 A OPE: il battito va bene hai sentito {domanda}
18 <1>
19 A OPE: [ora la pulisco]
20 I INT: [tu as entendu le battement du coeur] {domanda} hu <pausa> il va bien
21 <pausa>
22 A OPE: aspetta che prendiamo <pausa> se scopre anche una
23 I INT: cosa {domanda} un braccio {domanda}
24 A OPE: dopo prendiamo anche la pressione guarda
25 <1>
26 I INT: non tu restes là-bas
27 <1>
28 I INT: ah tu dois enlever ça
29 <pausa>
30 I INT: je crois
31 <3>
32 I INT: si può fare così {domanda}
33 <4>
34 A OPE: lei è dimagrita molto o <pausa> in gravidanza {domanda}
35 <1>
36 I INT: ehm sì
37 A OPE: cioè la vedo quasi più
38 I INT: l'altra volta ha detto che non mangiava cioè vomitava tanto lei adesso si sta riprendendo ha detto <1> i primi mesi sono stati duri per lei diceva
39 A OPE: ma <pausa> insomma
40 I INT: c'est vrai Dika {domanda}
41 B PAZ: <pausa> hm
42 I INT: c'était dur les premiers
43 B PAZ: mm hm
44 I INT: les premières se semaines
45 <3>
46 <misurazione pressione>
47 B PAZ: maintenant moi je mange
48 <7>
49 A OPE: cento su settanta <pausa> va bene
50 I INT: va bien
52 <1>
53 <rumore>
54 I INT: tu peux te lever

La responsabilità comunicativa dell'interprete rispetto all'attività in corso viene esercitata anche nell'Es. 4.12, dove l'esame fisico è ancora una volta avviato dall'ostetrica, che invita la paziente ad accomodarsi sul lettino e a scoprire la pancia. Oltre a tradurre queste indicazioni, nel turno 03 l'interprete aggiunge che ascolteranno il cuore del bimbo e poi intima alla paziente di "lasciare", riferendosi presumibilmente a un indumento. Palesa così un orientamento non solo al testo espresso all'operatrice, ma anche all'azione in corso, assumendosi la responsabilità di comunicare in cosa consisterà e cosa debba fare, o non fare, la paziente per renderla possibile. Così facendo non si sostituisce al medico, che è colui che agisce, ma comunicando collabora alla costruzione dell'attività in corso. Anche quando, come nella seconda parte dell'esempio, all'interprete vengono delegate delle azioni (per es. il fatto di pesare la paziente), queste rientrano comunque in un'attività che è di competenza dell'operatore sanitario. Vediamo in effetti che l'interprete prima comunica alla paziente che la peseranno (13) e che si deve spostare restando vestita (18) e poi comunica all'operatore il peso che legge sulla bilancia (23). Ma è comunque l'ostetrica a decidere quale sia il peso da

registrare nella cartella clinica della paziente, sottraendo al peso che le è stato comunicato due chili di vestiti (24). Decisione a cui l'interprete si allinea traducendo il peso definitivo per la paziente.

Es. 4.12 L'interpretazione dell'esame fisico 2 [da 8IRE]

```
01                  <misurazione pressione>
02  A  OPE:         perfetto <pausa> adesso ti accomodi sul lettino [mi scopri solo
                    la pancia]
03  I  INT:                                                        [ehm tu viens
                    ici et] ehm seulement la le ventre <1> pour <pausa> prouver à
                    trouver <pausa> ad écouter le coeur du bébé non non laisse
                    laisse
04                  <1>
05  A  OPE:         quanto pesa {domanda} l'abbiam pesata [prima bè dopo dopo]
06  I  INT:                                               [no perché aspettavo] sì
                    sì sì aspettavo che finisci <pausa> ok <pausa> o là-bas o ici
                    comme tu veux ok tu viens en avant <pausa> c'est bien ok
                    <pausa> et tu <1> ok [{ride}]
07  B  PAZ:                              [{ride}]
08                  <3>
09                  <NN digita>
10  A  OPE:         arrivo è
11  I  INT:         mm hm

(130 secondi omessi)

12  A  OPE:         ok puoi scendere
13  I  INT:         ok ça va {inala} on va voir le poids maintenant
14  B  PAZ:         mm hm
15                  <4>
16  I  INT:         viens ici
17                  <rumore>
18  I  INT:         non non non laisse laisse laisse [ça ça va]
19  B  PAZ:                                          [hm mm hm]
20                  <2>
21  I  INT:         {esala} {ride}
22                  <pausa>
23  I  INT:         alors <pausa> ok <pausa> siamo a ottantadue <pausa> vestita
24  A  OPE:         ottanta
25  I  INT:         ottanta <pausa> ok <pausa> quatre-vingt
26  B  PAZ:         ok
```

Anche questi due esempi mostrano, dunque, come sia l'attività in corso a costruire il da dire e quindi il da tradurre, e come l'interprete eserciti la responsabilità di comunicare i significati costruiti con i partecipanti nel momento in cui sono rilevanti per l'azione che si sta svolgendo (per es. l'ecografia e la misurazione della pressione o del peso). È proprio in virtù di questa responsabilità comunicativa, che l'interprete si allontana dal modello e comunica direttamente con gli operatori o con i pazienti, per poi restituire quei significati che sono rilevanti per l'azione in corso in modo adeguato all'interlocutore.

4.2.2.1.3 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche

Non diversamente da quanto abbiamo visto sopra, anche nel caso delle indicazioni terapeutiche è l'attività in corso a rendere rilevante quello che c'è da dire e quindi da

tradurre, e non i singoli turni originali degli interlocutori primari. Ne consegue che la traduzione non è affatto sistematica e si alterna a sequenze in cui l'interprete negozia con gli operatori la traducibilità di certe indicazioni e con il paziente la comprensione delle stesse. L'intersezione fra traduzione e altre azioni verbali sarà illustrata da un unico lungo esempio, che come tale mette in campo molto più di quanto ci interessi far vedere ora. Se abbiamo deciso di presentare, ciò nonostante, l'interpretazione di queste indicazioni terapeutiche per intero, è per mostrare quanto possa dilatarsi la negoziazione di questa attività nelle interazioni reali.

L'esempio è tratto da un'interazione svoltasi in un ospedale italiano tra diversi medici e operatori sanitari, un paziente straniero che si esprime a fatica sia in italiano che in francese, e l'INT-I1 che li aiuta a interagire. Siamo al termine di una seconda visita medica cui il paziente è stato sottoposto: nella prima (7IREa) è stato diagnosticato un problema oculistico, nella seconda, quella in analisi, è stato appurato di che problema si tratta e si sta ora procedendo a prescrivere il trattamento. L'operatore italiano, che più volte nel corso dell'interazione aveva dimostrato la propria competenza attiva in francese con commutazioni di codice su cui indagheremo meglio nel paragrafo 4.2.2.2.2.1, anche qui tenta di esprimersi nella lingua del paziente (cfr. "ehm la soir" al turno 09), per poi tornare all'italiano. Come nota Anderson (in stampa), l'operatore potrebbe preoccuparsi del fatto che il paziente capisca bene le indicazioni per potervisi attenere (la cosiddetta *compliance*) e preferire quindi lasciare all'interprete "the job of explaining how to take prescribed medicine". Prima di tradurre queste indicazioni l'interprete sollecita autonomamente l'operatore, domandando se vi sia soltanto "un blister" (14), ossia una serie di confezioni monodose del farmaco prescritto contro la forte allergia del paziente. Questa domanda rende rilevante la reazione dell'operatore, che interpreta il turno dell'interprete come una lamentela sulla scarsa quantità di farmaco a disposizione. Questa interpretazione viene confermata dal cenno di assenso dell'interprete e dalla sua precisazione: ce n'è poco perché di tanto in tanto qualcuno di non meglio specificato prende le confezioni. Con questi turni, l'interprete mostra di orientarsi alla traduzione nell'interazione: rende infatti rilevante una sequenza di negoziazione sulla quantità di farmaco e la ricerca di dosi maggiori prima di "ri-disegnare" per il paziente quanto è stato negoziato insieme all'OPE2 e all'OPE3. Pare significativo notare come l'interprete torni a tradurre solo nel momento in cui l'OPE2 chiude, al turno 57, l'attività di ricerca del farmaco. Lo fa ripartendo da dove la traduzione era stata lasciata, ossia al turno 11, dove l'OPE2 aveva detto che le compresse dovevano essere assunte di sera, una tutte le sere. In altre parole l'interprete "recupera" le informazioni in suo possesso nel momento in cui ciò è reso rilevante dall'operatore nell'interazione. Facciamo inoltre notare che l'interprete spezza la traduzione su più turni

verificando la comprensione del paziente (cfr. quanto si è visto in 4.2.1.2.1) e comunica sia i contenuti negoziati con OPE2 (cfr. i turni 58, 60 e 64) che quelli negoziati con OPE3 (cfr. il turno 68). L'interprete torna poi a tradurre al turno 79, dove la traduzione è resa rilevante dall'interazione in corso, e in particolare dal fatto che l'operatore verosimilmente si accinge a dare anche un collirio. L'interprete dice, infatti, "ti darà delle gocce per gli occhi anche". Come sopra, però, la traduzione delle indicazioni terapeutiche relative al farmaco inizia solo dopo che viene negoziato se ce ne sia una quantità sufficiente e se sia opportuno darlo (cfr. 80-91). Anche in questo caso, l'interprete partecipa attivamente alla sequenza "traducendo" delle consuetudini (cfr. "forse abbiamo di solito se c'è c'è nel nei campioni dietro") e torna a tradurre al turno 94 interpretando il silenzio come la fine della negoziazione sul secondo farmaco e come segnale di *floor* libero. Dopo una breve sequenza in cui INT, OPE e PAZ negoziano la rilevanza del collirio, l'interprete avvia una nuova interpretazione delle indicazioni terapeutiche, che viene costruita insieme all'operatore e al paziente, il quale partecipa attivamente all'attività con segnali di ricezione (cfr. i turni 106, 110, 114, 116, 118, 120 e 122) e richieste di chiarimento (cfr. i turni 108 e 112).

Es. 4.13 L'interpretazione delle indicazioni terapeutiche [da 7IREb]

```
01  A  OPE2:     [solo è un'] allergia solo
02  I  INT:      c'est la ehm l'allergie [pratiquement]
03  B  PAZ:                              [allergie]
04  A  OPE2:     allora questa va bene questo qua
05  I  INT:      tu dois prendre ces
06               <1>
07  I  INT:      medi ce médicament là
08  B  PAZ:      ein
09  A  OPE2:     ehm § la soir [ehm]
10  I  INT:                    [ok]
11  A  OPE2:     di sera una <pausa> tutte le sere
12               <pausa>
13  A  OPE2:     [c'è]
14  I  INT:      [c'è] un blister soltanto sì {domanda}
15  A  OPE2:     ce n'è poca {domanda}
16  I  INT:      mm hm
17               <1>
18  I  INT:      sì perché ogni tanto le [prendono]
19  A  OPE2:                             [sono] dieci
20  I  INT:      mm
21  A  OPE2:     guardiamo se ce n'è [dell'altra hm]
22  I  INT:                          [qualcos'altro sì]
23               <pausa>
24  A  OPE2:     allora
25               <3>
26  B  PAZ:      § anche sempre les yeux sempre ehm così ein
27  A  OPE2:     per gli occhi
28  B  PAZ:      § sì sì
29  A  OPE3:     Giu
30  A  OPE2:     è questa è la citirizina se c'è
31  A  OPE3:     non riesco a trovarla
32  A  OPE2:     sennò vengo anche a vedere io
33               <3>
34  B  PAZ:      e così non non non c'è così non c'è {domanda}
35               <1>
36  B  PAZ:      così ein
```

37 A OPE3: no <pausa> non non riesco
38 A OPE2: bè ehm simile è
39 <1>
40 A OPE3: non so se guardi te
41 <rumore e voci>
42 A OPE3: se vieni qui adesso perché <pausa> quello lì ce n'erano solo dieci se INUDIBILE è va bene gliene diamo due in più cioè INUDIBILE due in più
43 A OPE4: va bene
44 A OPE3: [sì]
45 A OPE4: [sì] sì sì sì
46 A OPE3: fa
47 <pausa>
48 A OPE3: [perché]
49 A OPE4: [perché] ha iniziato e non
50 A OPE3: esatto <pausa> perché l'allergia secondo me almeno venti giorni <1> un mesetto durerà ok
51 I INT: un mesetto
52 A OPE2: quindi ha un mese qui ha un mese di terapia
53 I INT: mm hm
54 A OPE3: dipende a che cosa è allergico
55 I INT: mm hm hm
56 <pausa>
57 A OPE2: va bene <pausa> allora
58 I INT: une chaque soir chaque [soir]
59 B PAZ: [chaque soir]
60 I INT: avant d'aller ehm [dormir]
61 B PAZ: [avant d'aller] si
62 I INT: ok
63 B PAZ: ok oue
64 I INT: tu dois prendre une <pausa> et on va voir se <1> si se si ce temps là passe ou
65 B PAZ: § ok va bene sì
66 I INT: ok <pausa> un mois prouvez
67 B PAZ: sì sì
68 I INT: mm hm
69 <3>
70 A OPE2: questa è proprio una vera congiuntivite allergica però ehm l'esame obiettivo allergico è negativo e comunque sta bene
71 <3>
72 I INT: ok
73 <1>
74 B PAZ: posso
75 I INT: ehm la pro sì la prochaine fois tu tu souviens de porter le le rapport [du médecin]
76 B PAZ: § [ok va bene]
77 I INT: ok <pausa> c'est mieux
78 B PAZ: si pre pour ne
79 I INT: elle va te donner des gouttes pour le pour les yeux aussi
80 B PAZ: [INUDIBILE]
81 A OPE2: [INUDIBILE]
82 I INT: no è il collirio non ha non
83 A OPE3: qua c'è qualcosa ma ehm
84 <1>
85 I INT: forse abbiamo di solito se c'è c'è nel nei campioni dietro
86 A OPE3: qua c'è questa spilla qua
87 I INT: mm hm
88 A OPE3: si può dare {domanda}
89 A OPE2: sì
90 A OPE3: INUDIBILE posso darlo <pausa> per gli occhi visto che gli bruciano {domanda}
91 A OPE2: è un degongestionante [va] bene
92 I INT: [mm hm]
93 <1>
94 I INT: {inala} maintenant tu prends quelque chose pour les yeux tu prends quelques gouttes quelque <pausa> no {domanda}
95 B PAZ: § cosa perché {domanda}
96 A OPE2: § pour les

```
97  I  INT:      pour les yeux
98  B  PAZ:      no no no
99  I  INT:      no [ok]
100 A  OPE2:        [usa] questo che un po' l'aiuta va bene
101 I  INT:      allora tu prends ça et
102 A  OPE2:     una [goccia]
103 I  INT:          [quante] {domanda}
104 A  OPE2:     o due [due tre volte al giorno sarebbe da tenere nel
                 frigorifero dopo che lo apre se riesce]

105 I  INT:           [mm hm <pausa> mm hm <pausa> mm hm tu le mets dans le
                 frigo]
106 B  PAZ:      <pausa> si
107 I  INT:      ok frigidaire {inala} [ehm]
108 B  PAZ:                           [tu] et mets dans le frigo § così
                 {domanda}
109 I  INT:      le frigidaire <pausa> dans [le frigidaire]
110 B  PAZ:                                 [si si]
111 I  INT:      le frigidaire ehm tu dois me mettre une ou deux gouttes par
                 yeux par [ehm ]
112 B  PAZ:               [par journée] {domanda}
113 I  INT:      non <pausa> trois fois par journée
114 B  PAZ:      trois fois par journée
115 I  INT:      dans les yeux [dans]
116 B  PAZ:                    [va bene]
117 I  INT:      chacune <pausa> une ou deux gouttes ok [trois]
118 B  PAZ:                                            [ok]
119 I  INT:      fois par jour
120 B  PAZ:      trois fois par jour ok
121 I  INT:      ok
122 B  PAZ:      ok ok
```

Anche in questo esempio abbiamo visto come sia l'attività in corso a rendere rilevante cosa tradurre e anche il fatto stesso di tradurre. La traduzione non è affatto sistematica né data per scontata, ma è ciò che in francese si chiama *accomplissement*, il risultato di una negoziazione senza la quale la traduzione non ha nessuna (o poche) ragion(i) d'essere. Viene infatti prodotta solo dopo che si è raggiunto un accordo circa il farmaco da somministrare, e interrotta laddove si renda necessario costruire tale informazione. Abbiamo visto, inoltre, come una volta che inizia a tradurre, l'interprete "recupera" le informazioni che sono state negoziate con uno o più interlocutori "ri-disegnandole" in funzione del paziente e della sua comprensione e dando origine a una struttura sequenziale non dissimile dal "dare indicazioni" analizzato sopra.

4.2.2.1.4 L'interpretazione degli appuntamenti successivi

In questo sotto-paragrafo mostreremo come nell'interpretazione degli appuntamenti successivi vi sia un'intersezione tra traduzioni, indicazioni e spiegazioni che vengono rese rilevanti dall'attività in corso. Illustreremo inoltre la proiezione di una sequenza di allontanamento in cui l'interprete accompagnerà fisicamente il paziente alla visita successiva.

Il primo esempio si compone di due estratti: nel primo, che si colloca in una delle ultime fasi di una visita del "percorso nascita", vengono negoziati gli appuntamenti successivi della paziente gravida; nel secondo, che contiene i saluti finali, l'interprete si fa carico di fare il punto non solo sugli appuntamenti concordati poco prima, ma anche su contenuti negoziati all'inizio dell'incontro, ossia 40 minuti prima.

L'analisi del primo estratto mostra come l'interprete si assuma la responsabilità di comunicare alla paziente sia il significato che viene negoziato con l'operatrice, ossia che dovrà sottoporsi a un determinato esame, sia che è importante che lei lo faccia recandosi in un luogo di cui fornisce tutte le indicazioni. L'estratto inizia con un turno dell'ostetrica, la quale afferma che la paziente dovrà fare il tampone. Questo proietta la traduzione dell'interprete, che, non conoscendo il traducente esatto di "tampone", produce due turni in cui cerca comunque di far capire alla paziente di che si tratti definendolo "quell'esame lì" (02) e "quell'analisi lì" (04). Dal turno 05 al turno 08 operatrice e interprete co-costruiscono un significato che verrà restituito alla paziente solo in un secondo momento. Prima, infatti, che l'interprete possa dirle che l'esame si terrà in un determinato luogo, l'ostetrica solleva una questione che è strettamente connessa con l'attività in corso: per stabilire la data del secondo tampone è necessario appurare quando la paziente abbia terminato la terapia che le era stata prescritta dopo che il primo era risultato positivo. Come spesso succede quando si tratta di dare dei riferimenti temporali precisi (cfr. l'Es. 4.6 a proposito della prima mestruazione), la traduzione turno per turno (10) non basta a ottenere una risposta dalla paziente e si rendono necessari diversi turni di negoziazione (12-22) per costruire il significato che l'interprete ha la responsabilità di comunicare al medico, ossia che la terapia è stata terminata di lunedì. Questo proietta la reazione dell'ostetrica, che dice di fare il tampone di mercoledì o di giovedì mattina e che precisa quanto verrà a costare. Il turno successivo dell'interprete (24) mostra come questa non si limiti a tradurre l' "originale" precedente palesando nuovamente una difficoltà di natura lessicale (cfr. "per rifare questo questa ehm questa il tampone è quell'esame lì devi venire qui c'è un ambulator un ambulatorio"), ma reintroduca a questo punto anche il contenuto che non era stato precedentemente tradotto (cfr. il luogo in cui verrà fatto il tampone) e il motivo per il quale deve essere rifatto (cfr. per vedere se le perdite, di cui si era parlato in turni precedenti che non mostriamo e che avevano motivato il primo tampone, sono finite) "disegnando" così il proprio enunciato per il ricevente. Questo turno mostra come l'interprete si assuma la responsabilità di comunicare dei significati che sono importanti per l'attività nel momento in cui vengono resi rilevanti dalle azioni e reazioni dei partecipanti, preoccupandosi poi anche di verificare che questi abbiano effettivamente compreso quanto è stato comunicato (cfr. 26-30). In questo caso specifico, i due "mm hm" della paziente ai turni 25 e 27

sembrano confermare la sua ricezione, ma i turni successivi manifestano invece dei dubbi (cfr. le pause e le richieste di chiarimento in 28, 31, 32, 34 e 36). Una volta appurato, attraverso un piccolo lavoro di negoziazione, che il dubbio principale della paziente è relativo al luogo dell'esame, l'interprete avvia una sequenza di indicazioni in cui la posizione di questo luogo viene gradualmente negoziata con la paziente (37-59). Attraverso le proprie risposte minime, quest'ultima rende rilevanti delle ripetizioni (cfr. 39 e 42), delle conferme (cfr. 47) e delle progressive aggiunte di particolari (cfr. 49, 51, 53, 55) che nel loro insieme costituiscono un'attività di "fornitura di indicazioni" (cfr. sopra) in cui l'interprete esercita la responsabilità di comunicare ciò che è rilevante per l'interazione in corso e per il percorso di cura che seguirà.

Es. 4.14 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 1 [da 8IRE]

01	A	OPE:	deve ripetere] il tampone <pausa> adesso le faccio la [richiesta]
02	**I**	**INT:**	**[tu dois refaire] la le le le le cet examen là <pausa>** ok
03	B	PAZ:	hm
04	**I**	**INT:**	**tu fa cette analyse là**
05	A	OPE:	il tampone va qui in <pausa> a farlo <pausa> va qui in ehm <pausa>
06	I	INT:	san Raffaele [no]
07	A	OPE:	[san] Raffaele
08	I	INT:	hm
09	A	OPE:	quando l'ha interrotta la la terapia {domanda}
10	**I**	**INT:**	**c'est quand que tu as fini la thérapie {domanda}**
11	B	PAZ:	<pausa> ce médicament [là] {domanda}
12	I	INT:	[si] ehm la ehm le dernier jour que tu as fini {domanda}
13	B	PAZ:	ehm j'ai commencé le samedi
14	I	INT:	ok <pausa> ha cominciato il sa [sabato]
15	B	PAZ:	[quand quand] quand j'ai sorti de l'hôpital le samedi
16	I	INT:	mm hm
17	B	PAZ:	dans la soirée j'ai commencé <pausa> moi samedi <pausa> dimanche lundi mardi mercredi jeudi vendredi <pausa> samedi <pausa> dimanche lundi
18	I	INT:	<pausa> ehm donc c'est lundi [une semaine fa]
19	B	PAZ:	[voilà]
20	I	INT:	ehm ehm une semaine [ehm ehm ok]
21	B	PAZ:	[voilà une semaine]
22	**I**	**INT:**	**ehm hm ehm lunedì scorso <pausa> ha finito**
23	A	OPE:	benissimo allora merco ci vanno il mercoledì o il giovedì <pausa> questa settimana mercoledì mattina gli prenderanno lì quindici euro digli per fare il tampone
24	**I**	**INT:**	**alors <pausa> ehm pour refaire cette ehm cette ehm il tampone <pausa> ein <pausa> ce cette ehm <pausa> examen là <pausa> tu dois venir ici à il y a un ambulator un ambulatoire privé <pausa> de san Raffaele il appartient toujours à cette structure là <pausa> ehm <pausa> tu dois payer ehm quinze euros plus ou moins <pausa> et tu refais <pausa> ça <pausa> ok pour voir si ehm <pausa> si ces ehm pertes blanches sont finies si la chose est finie**
25	B	PAZ:	mm hm
26	I	INT:	ok {domanda}
27	B	PAZ:	mm hm
28			<pausa>
29	I	INT:	mais tu dois faire
30	B	PAZ:	mm hm
31			<1>

32 B PAZ: donc ça je dois prendre ça alors
33 I INT: ehm la ehm si c'est tu alors ehm
34 B PAZ: c'est quand [je vais]
35 I INT: [tu]
36 B PAZ: santa
37 I INT: non c'est pas là <pausa> c'est pas ici <pausa> quand tu tu vas ehm dehors
38 B PAZ: mm hm
39 I INT: c'est de l'autre part
40 B PAZ: mm hm
41 <pausa>
42 I INT: c'est de l' autre c'est la même vue ehm rue ici
43 B PAZ: hu hu
44 I INT: mais c'est
45 <pausa>
46 B PAZ: ah de l'autre côté
47 I INT: de l'autre côté
48 B PAZ: mm hm
49 I INT: ok <pausa> il est écrit il y a une banque là et il est écrit ambulatoire privé san Raffaele <pausa> comme ça plus ou moins
50 B PAZ: hm
51 I INT: quand tu vas de l'autre côté <pausa> ehm tu fais quelques pas <pausa> pour aller où il y a le feu rouge <pausa> mais c'est avant ein c'est avant <pausa> ok
52 B PAZ: mm hm
53 I INT: c'est pas c'est c'est ici quand même <pausa> c'est dans cette rue là
54 B PAZ: mm hm
55 I INT: hm c'est petite et ehm ehm tu vas tu vas voir <pausa> hm <pausa> tu vas trouver facilement
56 B PAZ: mm hm
57 I INT: ok <1> et tu vas sans sans rendez-vous tu vas là tu vas là-bas le matin <pausa> et ehm et il va te faire cette chose là
58 B PAZ: mm hm
59 I INT: ok

Questa responsabilità viene mostrata in maniera ancora più evidente nel secondo estratto, dove l'interprete ridisegna il breve turno dell'ostetrica (cfr. "metti mo tutto dentro questo qua") espandendo cosa sia quel "qua", ossia la cartella della gravidanza (63), e quel "tutto", ossia i prossimi appuntamenti (65 e 67). L'interprete si premura inoltre di ricordare alla paziente che prima di fare le visite successive deve andare in via Mandorla per scegliere il medico di base e ottenere quella tessera di cui si era tanto discusso all'inizio dell'interazione, laddove era emerso che la paziente era sì "regolare", ma in possesso della tessera sanitaria di Assisi (cfr. l'Es. 4.9). Mostra così, ancora una volta, di "recuperare" informazioni già negoziate e in suo possesso nel momento in cui questo è rilevante nell'interazione. Dopo aver verificato la comprensione della paziente, l'interprete proietta l'azione successiva, quei saluti finali che meriterebbero una trattazione più approfondita ma che abbiamo escluso dal presente lavoro, perché malgrado le nostre raccomandazioni non tutte le registrazioni includono questa sequenza. Ci limitiamo qui a notare che ad avviare i saluti finali nei nostri dati è generalmente l'interprete, che sistematicamente utilizza il "noi" inclusivo (in francese spesso lo si rende con il pronome "on", come al turno 77) e fa degli accenni a quanto è successo nell'interazione in corso (77) e a quanto succederà dopo di essa

(83). Questi riferimenti temporali[145] contestualizzano l'*iter* di cure della paziente e la continuità dell'assistenza fornita dall'interprete, che si pone come figura di coordinamento tra istituzione e paziente straniero nella singola interazione e tra i vari appuntamenti che compongono il "percorso nascita".

60	A	OPE:	metti mo tutto dentro questo qua
61	**I**	**INT:**	**tu dois avoir <pausa> tout ça avec toi toujours**
62	B	PAZ:	mm hm
63	**I**	**INT:**	**ok <pausa> c'est un dossier de de la grossesse**
64	B	PAZ:	mm hm
65	**I**	**INT:**	**tu dois faire <pausa> cet examen là <pausa> ici**
66	B	PAZ:	mm hm
67	**I**	**INT:**	**tu cherches tu trouves {inala} <pausa> et puis tu dois retourner ici le treize avec dottor Niberta**
68	B	PAZ:	mm hm <pausa> à neuf heures
69	**I**	**INT:**	**à neuf heures {inala} et avant tout ça tu dois aller à via Mandorla pour faire pour choisir le médecin et avoir la carte du médecin**
70	B	PAZ:	mm hm
71	I	INT:	ok {domanda}
72	B	PAZ:	mm hm
73			<pausa>
74	A	OPE:	[ok]
75	I	INT:	[c'est ça]
76			<pausa>
77	**I**	**INT:**	**on a fini <pausa> pour aujourd'hui [{esala} {ride}] {inala}**
78	B	PAZ:	[{ride}]
79			<2>
80	A	OPE:	ciao <pausa> alla prossima
81	B	PAZ:	§ ciao
82			<2>
83	**I**	**INT:**	**ce c'est c'est ehm l'examen tu dois faire avant le treize <pausa> pour le le avoir ce résultat pour le treize**
84	B	PAZ:	[mm hm]
85	I	INT:	[pour faire] voire à la <pausa> docteur
86	B	PAZ:	mm hm
87	I	INT:	ok {domanda}
88	B	PAZ:	mm hm
89			<pausa>
90	I	INT:	ça va
91	B	PAZ:	mais oui
92	I	INT:	ok

Questi due estratti confermano come l'interprete si assuma la responsabilità di comunicare non solo i significati che sono espressi nei singoli turni degli interlocutori primari, ma anche i significati che vengono costruiti dai partecipanti nelle diverse attività che compongono l'interazione. Illustrano, inoltre, che quando l'interprete comunica questi significati mostra di orientarsi in parte al testo, in parte all'interazione in corso e in parte al percorso di cura che seguirà. Si orienta al testo quando cerca di tradurre, talvolta con non poche difficoltà, gli "originali" o comunque i significati negoziati usando la stessa terminologia degli interlocutori primari (cfr. il nome dell'esame). Si orienta all'interazione quando sceglie il momento più opportuno per comunicare i significati che sono resi rilevanti dall'attività in

[145] Cfr. il concetto di temporalità in Salazar-Orvig (1999: 184-185), dove lo spazio discorsivo appare aperto sul passato e proiettato sul futuro e dove l'interazione non si colloca tra due vuoti, ma in uno spazio ampio che le dà senso e che sarà a sua volta completato, modificato, ristrutturato dall'interazione in corso.

corso (cfr. il riferimento al luogo dell'esame). Si orienta, infine, al percorso, quando insiste sull'importanza di sottoporsi agli esami e mette il paziente nelle condizioni di poterlo fare (cfr. le istruzioni su come raggiungere l'ambulatorio).

L'esempio 4.15 è tratto da una lunga interazione tra ostetrica, paziente e interprete che si colloca all'inizio di un "percorso nascita". Ne mostriamo tre estratti al fine di illustrare come l'interprete si allontani da un modello in cui i suoi turni dovrebbero "idealmente" essere delle mere ripetizioni (in un'altra lingua) di quanto detto dagli interlocutori al fine di (a) porre delle domande autonome all'operatore, (b) verificare con la paziente gli appuntamenti successivi e (c) fornire delle spiegazioni che vengono rese rilevanti dalla negoziazione degli appuntamenti a cui è stata esplicitamente delegata dall'operatore.

Il primo estratto inizia con due brevi turni dell'interprete, che invita la paziente ad alzarsi dal lettino sul quale è appena stata visitata (« 4.2.2.1.2). Dopo una pausa di due secondi, l'interprete si auto-seleziona per fare la prima di una serie di sollecitazioni all'ostetrica, a cui viene chiesto se ha già fatto vedere un determinato risultato alla dottoressa. L'operatrice risponde che ancora non c'è andata, ma che lo farà subito. Prima però che si allontani, delegando all'interprete la spiegazione degli esami e appuntamenti successivi, l'interprete le pone una seconda domanda autonoma, questa volta relativa a un'ecografia. Dal momento che la domanda è seguita da un silenzio di un secondo, l'interprete si riseleziona e riformula la propria domanda. Segue nuovamente un silenzio, questa volta più breve, che INT e OPE interpretano come un via libera, tanto che prendono la parola contemporaneamente. Il *floor* per finire resta all'operatrice, che fornisce la risposta alla domanda autonoma dell'interprete, la quale sovrapponendosi alla fine del turno (con un chiaro caso di "pre-completor onset") incalza con una quarta sollecitazione: questa volta chiede all'operatrice di stampare la prenotazione dell'ecografia, premurandosi poi di giustificare questa richiesta dicendo che la paziente e suo marito non hanno capito nulla quando lei li ha chiamati al telefono (cfr. l'INT 9IFC). In questo modo pone in modo "pubblico" ai partecipanti il problema di comunicazione che si è creato. L'operatrice mostra di allinearsi all'iniziativa dell'interprete ripetendo, per ben tre volte, che stamperà quel foglio (due al turno 14 e una al turno 16). È quindi l'interprete che rende rilevante un problema comunicativo che si è verificato (la telefonata in cui si comunicava il cambio di data), e che sollecita l'operatore in maniera tale che venga risolto nel presente (la fotocopia come promemoria), e questo affinché non vi siano problemi nel futuro (la paziente che non si presenta all'appuntamento). L'interprete si pone così come una figura di coordinamento del percorso di cura in cui le singole interazioni sono inserite, e si rende responsabile della comunicazione che le rende possibili.

Es. 4.15 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 2 [da 10IFCa]

```
01  I  INT:      va bien
02               <1>
03  I  INT:      tu peux te lever
04               <2>
05  I  INT:      l'hai fatto vedere alla dottoressa {domanda}
06  A  OPE:      no <pausa> non sono ancora andata <pausa> adesso ci vado
                 <pausa> a far vedere così
07  I  INT:      ehm il il ehm la sua scheda c'è l'ecografia {domanda}
08               <1>
09  I  INT:      quella dell'ospedale viene anche lì {domanda}
10               <pausa>
11  I  INT:      [nell'elenco]
12  A  OPE:      [ehm sì] viene il ventinove novembre alle [quattordici e
                 trenta]
13  I  INT:                                              [me lo stampi perché]
                 non hanno capito {domanda}
14  A  OPE:      [sì glielo stampo glielo stampo]
15  I  INT:      [io ho parlato ehm l'altro ieri] l'altro ieri col marito che
                 lui al telefono mi aveva confermato che ha capito tutto
16  A  OPE:      glielo stampo
17  I  INT:      lei adesso è arrivata e mi ha detto che hanno capito tutto male
                 un'altra cosa
```

Il coordinamento è oltremodo evidente anche nel secondo estratto riportato sotto, dove l'operatrice va dalla dottoressa (cfr. turni 05 e 18) e delega l'interprete a "far vedere" gli appuntamenti e l'ecografia che "han spostata" (18) e poi accenna alla questione della tiroide ("a dì bisogna fare gli esami per la tiroide"). L'interprete reagisce alla prima delega manifestando il proprio accordo e ostentando una certa sicurezza circa il fatto di poterci pensare lei ("d'accordo ci penso io te vai", "adesso gli spiego bene"). La seconda delega proietta invece una reazione di titubanza da parte dell'interprete ("forse li prescrive lei però", "bo non so come essere"), che si limita a fornire le spiegazioni che è in grado di dare e tralascia il discorso della tiroide. Notiamo come venga costruita la verifica degli appuntamenti successivi da interprete e paziente, che insieme guardano i fogli delle date negoziando ciò che sarà rilevante fare nel prosieguo del "percorso nascita". Sotto certi aspetti la struttura di questa attività non è poi molto dissimile dal "dare indicazioni" che abbiamo già ritrovato in diversi estratti: l'interprete avvia la sequenza invitando la paziente a guardare i fogli delle prenotazioni (27) e la paziente collabora attivamente all'attività con risposte minime (28, 37, 39) e richieste di chiarimento (32, 44). Le sue due richieste di chiarimento proiettano due spiegazioni da parte dell'interprete, che si attarda sull'importanza dell'ecografia morfologica (33, 38) e sul luogo in cui certi esami verranno fatti (46 e turni che non mostriamo), "ri-disegnando" per la paziente le informazioni negoziate con l'operatrice e quelle presenti nella documentazione scritta.[146] La costruzione

[146] L'importanza della spiegazione dell'ecografia morfologica, anche a mezzo di riferimenti agli organi del bimbo (cfr. "on voit le coeur les reins tout" al turno 38), ci è stata confermata da più interpreti anche in sede d'intervista. In molti dei paesi da cui provengono le pazienti, come ad esempio nei paesi arabi, un'ecografia vale l'altra, per i pochi che possono permettersela, e di conseguenza le pazienti ora residenti in Italia non colgono l'importanza di questa ecografia morfologica. Se hanno già fatto un'ecografia al consultorio, magari nelle prime settimane di gravidanza, pensano che sia superfluo farne un'altra e non fissano l'appuntamento, oppure non lo

del turno attraverso queste spiegazioni, delegate o autonomamente fornite dall'interprete, mostra un orientamento alla paziente e a ciò che ci si aspetta sia rilevante che comprenda per lo svolgimento dell'interazione in corso e per il proseguimento del "percorso nascita".

18	**A**	**OPE:**	**hanno provato dalla dottoressa se te gli vuoi far vedere [gliel' han spostata]**
19	**I**	**INT:**	**[sì sì] d'accordo ci penso io te vai**
20			<1>
21	**I**	**INT:**	**[adesso gli spiego bene <pausa> è]**
22	**A**	**OPE:**	**[a dì bisogna fare gli esami per la tiroide] ehm**
23	**I**	**INT:**	**che forse li prescrive lei però**
24			<1>
25	**I**	**INT:**	**bo <pausa> non so come essere**
26			<3>
27	**I**	**INT:**	**elle va faire voir les analyses à la dottoressa Zanotti <pausa> ça sont tes rendez-vous <pausa> alors <pausa> c'est ici guarda <1> regarde <pausa> le vingt-huit onze à quinze heures trente**
28	B	PAZ:	<pausa> hm
29	I	INT:	eco <pausa> due eco ostetrica ventunoes ventunesima settimana <pausa> hai capito {domanda}
30			<pausa>
31	I	INT:	ça
32	**B**	**PAZ:**	**c'est quoi ventunesima settimana {domanda}**
33	**I**	**INT:**	**ehm c'est ehm ehm la deuxième l'écographie on la fait ehm vers le vingt vingt-et-un vingt-deux semaines de grossesse**
37	B	PAZ:	ah
38	**I**	**INT:**	**c'est ça la date qu'on fait l'écographie <pausa> c'est la deuxième éco qu'elle est très importante pour valuer les organes des foetus on voit le coeur les reins tout**
39	B	PAZ:	hm
40	I	INT:	s'il y a des problèmes <pausa> c'est très important ça tu dois faire tu dois y aller [c'est ça]
41	B	PAZ:	[donc]
42			<pausa>
43	I	INT:	[c'est ça]
44	**B**	**PAZ:**	**[quel piano] {domanda}**
45			<pausa>
46	**I**	**INT:**	**secondo piano ehm ici c'est pas écrit mais ehm le deuxième étage <pausa> non ça c'est vingt vingt-et-un semaines**

Anche nel terzo e ultimo estratto si vede l'intersezione tra traduzioni e spiegazioni che vengono entrambe prodotte nel momento in cui ciò è reso rilevante nell'interazione. L'estratto inizia con un turno in cui l'operatrice torna dopo esser stata dalla dottoressa già vista sopra, la quale ha richiesto una visita di accertamento alla tiroide. Si ricorderà che la questione "tiroide" era già stata sollevata dall'ostetrica nel momento in cui aveva delegato l'interprete a comunicare gli appuntamenti successivi, ma che l'interprete aveva mostrato titubanza e finito con il non tradurre quell'informazione. Lo fa ora, ossia nel momento in cui la spiegazione del problema alla tiroide e del funzionamento della visita cui la paziente verrà

rispettano. Dal momento che la morfologica va fatta in un periodo di tempo molto ristretto, tra la ventunesima e la ventiduesima settimana di gestazione, è importante che le pazienti comprendano le tempistiche da rispettare, così come la peculiarità di un esame che permette di verificare lo sviluppo del feto e di individuare eventuali disturbi, ritardi o anomalie. Per questo le mediatrici si prendono il tempo e lo spazio, nell'interazione, per dare spiegazioni che il medico non necessariamente fornisce, facendo leva sugli organi che vengono valutati durante l'esame e di cui ogni madre vorrebbe assicurarsi il funzionamento. Questo fenomeno non fa che confermare quanto scritto da Luatti (2011: 49) secondo cui "il problema talvolta non è la comprensione di una determinata procedura, ma il 'perché' di questa e il significato che assume nel contesto sociale e culturale, superando la fase della 'traduzione' ed entrando nel campo della consapevolezza".

sottoposta viene reso rilevante dalla comunicazione dell'ostetrica (cfr. "lei gli ha richiesto una consulenza senocrinologica" al turno 47) e da una richiesta di chiarimento della paziente (cfr. "quand je fais les analyses je mange pas" al turno 75). Osservando l'estratto più nel dettaglio, vediamo come l'interprete mostri ricezione del contenuto espresso dall'ostetrica (cfr. "ah sì" ai turni 48 e 50), ma non lo traduca subito, perché l'ostetrica incalza sollevando il problema della prenotazione che, per questo tipo di consulenze, va fatto via fax lasciando un numero di telefono. Comunicando questa procedura, l'operatrice rende rilevanti i turni che seguono, dove lei insieme all'interprete e alla paziente negoziano il numero di telefono di qualcuno che conosca la paziente e che parli italiano. Ottenuto il numero di telefono, l'ostetrica esce nuovamente dalla stanza (69) ed è solo a questo punto che l'interprete "traduce", "ri-disegnandolo" per la paziente, il significato che l'ostetrica aveva espresso nel primo turno (47), esplicitando anche il motivo per il quale questo appuntamento ulteriore si rende necessario. La comunicazione della visita alla tiroide proietta una richiesta di chiarimento della paziente, che chiede se debba recarvisi a digiuno. Vi reagisce l'interprete spiegando la differenza che intercorre tra le analisi del sangue, che vanno fatte a digiuno, soprattutto nel caso della glicemia, e le visite come quella alla tiroide, per le quali si può invece mangiare. Anche questa seconda spiegazione è resa rilevante dall'attività in corso, nella quale l'interprete si assume la responsabilità di comunicare alla paziente non solo che deve fare un determinato esame, ma anche perché e con quali modalità. Il fatto che l'interprete accenni agli esami della glicemia, che verranno prescritti in una fase successiva della gravidanza, mostra un orientamento non solo all'attività e all'interazione in corso, ma anche al percorso che seguirà. Sottolineando che quegli esami, diversamente da quelli alla tiroide, andranno fatti a digiuno, l'interprete pare assumersi la responsabilità di fare in modo che la paziente disponga di tutte le informazioni necessarie per sottoporvisi nella maniera appropriata, valutando ciò che c'è da dire in base alle conseguenze che una eventuale non comunicazione potrebbe avere.

47	**A**	**OPE:**	**lei gli ha richiesto una consulenza [senocrinologica]**
48	I	INT:	[ah sì]
49			<rumore>
50	I	INT:	[ah sì] {domanda}
51	A	OPE:	[il problema è che adesso] per fare la co per prendere l'appuntamento bisogna fare il fax <pausa> scrivere un numero di telefono della signora ma lei parla italiano {domanda}
52			<1>
53	A	OPE:	cioè il marito parla italiano {domanda}
54	I	INT:	ton mari il parle bien l'italien {domanda}
55	B	PAZ:	sì
56	A	OPE:	allora diamo il numero di telefono del marito che numero ha il marito {domanda}
57	I	INT:	ehm è questo qua ce l'ho qui
58	B	PAZ:	ehm non c'est pas [ça]
59	I	INT:	[hm]
60	B	PAZ:	ça [c'est]
61	I	INT:	[sì]

62	B	PAZ:	le fixe celui là c'est le cellulaire
63	I	INT:	cellulare e fisso
64	A	OPE:	cellulare e fisso
65			<rumore>
66	B	PAZ:	pas de cellulaire
67	I	INT:	ein
68			<pausa>
69	**A**	**OPE:**	**allora vedo un attimo arrivo è**
70	**I**	**INT:**	**d'accordo <pausa> d'accordo on va ehm <1> faire un rendez-vous pour <pausa> une visite pour <pausa> l'éco la tiroide <pausa> quelle ehm ce que je t'avais demandé parce que les analyses ils sont pas bien**
71			<1>
72	I	INT:	les hormones ils sont un peu ehm
73	B	PAZ:	mm hm
74	I	INT:	ehm ils sont pas normaux
75	**B**	**PAZ:**	**quand je fais les analyses je mange pas {domanda}**
76	**I**	**INT:**	**<pausa> non pour ehm pour la tiroide tu peux manger c'est pas** [ehm non]
77	B	PAZ:	[pour la prise de sang]
78	**I**	**INT:**	**pour la le sang quand tu demandes de faire les analyses le matin quand écrit la la dottoressa <pausa> ehm c'est mieux que tu vas à jeun**
79	B	PAZ:	mm hm
80	I	INT:	on préfère aller à jeun
81			<2>
82	**I**	**INT:**	**surtout si on te demande pour la glicémie <pausa> est est obligatoire que tu vas à jeun c'est pas ehm en préférance c'est obligatoire <pausa> que tu manges pas de ehm depuis minuit jusqu'à tu fais le prélèvement <pausa> tu peux boire de l'eau <pausa> seulement l'eau l'eau naturelle <pausa> pas gazeuse ou <pausa> ou**

Come abbiamo accennato, questa tesi si focalizza sullo studio di sequenze triadiche in cui operatore, paziente e interprete sono presenti insieme, perché questo ci ha consentito di vedere come viene coordinata l'attività traduttiva. La comunicazione che avviene nelle strutture sanitarie è tuttavia anche caratterizzata da momenti di interazione diadica, che non tratteremo in questa tesi e che richiederebbero una ricerca a sé. Questi momenti "a due" vengono tuttavia spesso gestiti e avviati in sequenze "a tre". L'ultimo esempio che mostriamo in questa sezione riguarda una sequenza in cui viene deciso, tra i tre partecipanti, che l'interprete accompagnerà il paziente presso l'ambulatorio oculistico, perché non è stato possibile accertare se il paziente abbia in effetti compreso le indicazioni per arrivarci. La sequenza rappresenta un proseguimento di quella che abbiamo visto nell'Es. 4.13, dove venivano interpretate le indicazioni terapeutiche di un paziente affetto da una forte congiuntivite allergica. L'esempio sotto si colloca alla fine della visita che precede quella oculistica. Data l'entità del problema, viene detto al paziente che può fare un accesso diretto al reparto, il che presuppone però, come traduce l'INT al primo turno, che l'uomo vada prima allo sportello H per ritirare un foglio. Questa "risposta" traduttiva mostra già un forte orientamento alla comprensione del paziente, poiché "ri-disegna" dei contenuti che sono stati negoziati con più operatori nei turni precedenti semplificando la comunicazione della procedura da seguire. Il paziente pare recepire (cfr. "ok"), anche se la verifica della comprensione da parte dell'interprete al turno successivo e la sua proposta di

accompagnarlo poco dopo lasciano pensare che quel linguaggio non verbale che non possiamo purtroppo documentare (visto che non disponiamo di dati video) comunicasse il contrario. Seguono sei turni in cui gli operatori nuovamente si confrontano sul caso e poi, dopo una pausa che viene interpretata come un segnale di *floor* libero, l'iniziativa dell'interprete, che propone di accompagnare "magari" lei stessa il paziente allo sportello H. Questa proposta mitigata viene ratificata dagli operatori, che ne precisano peraltro le condizioni di attuazione (cfr. "poi torni giù qua da noi eh quando hai fatto"). Mentre l'OPE2 si preoccupa che l'interprete torni subito dopo aver accompagnato il paziente (cfr. "ok?", "mi raccomando eh", "ci vediamo dopo", "hai capito"), l'interprete ridisegna per il paziente quei significati che sono stati costruiti nell'interazione con OPE1, OPE2 e OPE3 e si preoccupa della loro ricezione (cfr. "ok" al turno 26). A fronte dell'incomprensione del paziente, che chiede nuovamente dove andranno (35), l'interprete non ritraduce i significati precedentemente negoziati, ma si limita a dirgli "ti accompagno" (36) e poi pronuncia un "ok" che pare avere una duplice valenza: segna per il paziente un cambio di attività e quindi l'inizio dell'accompagnamento; e risponde a quei quattro tentativi dell'OPE2 di accertarsi del rapido ritorno dell'interprete. Una valenza che è confermata dall'interpretazione che i partecipanti stessi danno di questa risposta minima, dal momento che il paziente esce dalla stanza insieme all'interprete e che l'operatrice produce un *assessment* (cfr. "bene"), valutando positivamente il fatto che l'interprete abbia infine mostrato di recepire che deve tornare nel più breve tempo possibile.

Es. 4.15 L'interpretazione degli appuntamenti successivi 3 [da 7IREa]

```
01  I  INT:      ok <pausa> tu dois passer ehm du guichet H <pausa> pour faire
                 l' accè ehm pour faire prendre le feuil blanc <pausa> pour
                 aller chez le médecin <pausa> et puis tu retournes ici
                 immédiatement après ehm avoir fait après avoir faire la visite
02  B  PAZ:      ok
03  I  INT:      ok {domanda}
04                <pausa>
05  A  OPE3:     cosa ti han detto [si]
06  A  OPE1:                       [di] di mandarlo <1> quindi
07                <4>
08  A  OPE2:     non ti preoccupare qui se c'è <pausa> perché ha una
                 coungiuntivite persistente
09  A  OPE3:     mm hm
10  A  OPE2:     mi sembra che abbia proprio
11                <pausa>
12  I  INT:      lo accompagno magari all'H per l l'accesso diretto {domanda}
13  A  OPE2:     [sì grazie]
14  A  OPE3:     [mm hm]
15  I  INT:      e poi
16                <1>
17  A  OPE2:     sai se ha
18  A  OPE3:     ho visto che l' STP è appena stato rinnovato
19  A  OPE2:     poi torni giù qua da noi eh quando hai fatto [di là tieni]
20  I  INT:                                                  [maintenant je
                 t'ac] compagne ehm au guichet H et puis chez le médecin
21  B  PAZ:      ehm
22  I  INT:      puis puis tu retournes ici <1> on fait [voir]
```

```
23  A  OPE2:                                                [ok] {domanda}
24  I  INT:      le résultat de la visite
25  B  PAZ:      ok
26  I  INT:      ok {domanda}
27  B  PAZ:      ok oue
28  A  OPE2:     mi raccomando eh
29  I  INT:      ok ehm on y va
30               <1>
31  A  OPE2:     ci vediamo dopo
32               <1>
33  I  INT:      c'est c'est à toi quoi {domanda}
34  A  OPE2:     hai capito {domanda}
35  B  PAZ:      ehm c'est où que où est-ce que on va aller {domanda}
36  I  INT:      je t'accompagne
37  B  PAZ:      ok ok
38  I  INT:      ok
39  A  OPE2:     bene
```

Questi tre lunghi esempi hanno mostrato in maniera ancora più chiara la complessità della gestione della traduzione da parte dell'interprete. Si tratta, infatti, di un intreccio di attività comunicative che devono essere costruite nell'interazione nelle due lingue. Tutto ciò rende improbabile che la traduzione avvenga in una forma sistematica (per es. dopo uno o una certa sequenza di turni) perché entra nel "gioco" delle attività che costruiscono l'interazione e viene da esse resa rilevante. Inoltre, il fatto che la traduzione preveda una costruzione per il ricevente aggiunge ulteriore complessità e può portare gli interpreti e con loro gli altri partecipanti anche molto lontano dal modello AIBIA.

4.2.2.2 L'interprete si orienta alla costruzione della comprensione e della partecipazione degli interlocutori

In questo paragrafo illustreremo in maniera più dettagliata quanto è in parte già emerso nel paragrafo precedente, ossia che la reciproca comprensione tra i partecipanti non è garantita dalla resa turno per turno secondo modello, ma costruita attraverso successioni di turni in cui il bisogno di traduzione viene costantemente negoziato dai partecipanti. Focalizzando ancora una volta l'attenzione sui contributi degli interpreti, vedremo come questi si orientino a favorire e monitorare una comprensione che non è sempre totalmente assente, dal momento che come spesso avviene in contesti sanitari multilingue la "barriera linguistica" non è totalmente impermeabile. Le interazioni in esame presentano, infatti, una costellazione bilingue che è almeno in parte trasparente, dal momento che gli interlocutori primari mostrano un qualche grado di competenza attiva e passiva nella lingua dell'altro.

4.2.2.2.1 L'interpretazione della riparazione

Come si accennava a proposito dei dati didattici, anche nelle interazioni reali gli interlocutori usano delle strategie per riparare le incomprensioni che comunemente si

generano nella comunicazione. Se un enunciato è ambiguo per loro, gli interlocutori tendono ad esempio a negoziarne la comprensione attraverso delle richieste di chiarimento, mostrando così pubblicamente che cosa non è stato capito e proiettando una risoluzione del problema comunicativo nei turni successivi. Le procedure di chiarimento e riparazione rendono osservabile quella serie di "sense-making activities" attraverso cui i partecipanti "make what they are doing in the interaction explicit and public" (Baraldi e Gavioli in stampa) e sono quindi di particolare interesse per gli studi sull'interpretazione dialogica dove, proprio grazie a queste attività, l'interprete può promuovere un coordinamento esplicito (cfr. Wadensjö 1998) dell'interazione mediata.

4.2.2.2.1.1 Le richieste di chiarimento

Come mostrano gli esempi 4.16 e 4.17, molte delle richieste di chiarimento degli interpreti sono volte ad accertare la loro comprensione di un dato personale del paziente (come nome, cognome o numero di telefono) al fine di poterlo rendere all'operatore. Vi è quindi un orientamento primario al *testo* che deve essere correttamente tradotto, il che confermerebbe quando sostenuto da Wadensjö (1998: 110) a proposito delle richieste di chiarimento come iniziative testualmente orientate con cui l'interprete coordina esplicitamente la traduzione. Il terzo esempio che presenteremo (4.18) mostrerà invece come le richieste di chiarimento dell'interprete possano andare oltre quello che viene descritto in Wadensjö (1998) e tollerato nei codici deontologici (cfr. AUSIT 2009), dove generalmente si accetta che l'interprete avvii delle brevi sequenze di inserimento in cui negoziare la propria comprensione del significato espresso dall'interlocutore primario per poi tornare alla traduzione turno per turno (cfr. il modello proposto da Davidson 2002).

Nel primo esempio vediamo come l'interprete sia massimamente preoccupata di capire il nome e il cognome del paziente che le sono stati richiesti dall'operatrice (cfr. "dunque vediamo il suo cognome e il suo nome" dove l'operatrice usa un "on" con valore inclusivo che inaugura una sequenza caratterizzata da grande collaborazione). Poiché alla sua domanda diretta fa seguito un turno incomprensibile del paziente, l'interprete avvia una sequenza di riparazione con una richiesta di chiarimento in cui palesa, senza esitazione, di non aver capito. Questa domanda di chiarimento proietta la risposta del paziente, ma dalla reazione dell'interprete capiamo che il problema di comprensione permane, dal momento che chiede conferma del cognome che le pare di aver capito. Il paziente vi reagisce ripetendo, per una seconda volta, cognome e nome, cui fa eco l'interprete che pare infine aver chiarito come si pronunci questo dato personale. Seguono 3 secondi di silenzio dopo i quali l'interprete si riseleziona chiedendo questa volta chiarimenti su come si scrivano tale

nome e cognome. Questa ulteriore richiesta di chiarimento apre una sequenza in cui, con la collaborazione di tutti e tre i partecipanti, si negozia, lettera per lettera, il cognome del paziente. Questa sequenza si conclude con un turno in cui l'interprete formula quanto è stato negoziato fino a quel momento e mostra pubblicamente di aver capito il nome, ma di non essere ancora riuscita a capire il cognome del paziente. Seguirà un'altrettanto lunga sequenza di negoziazione, in cui nuovamente il paziente farà lo *spelling* del proprio cognome alternando tra francese e italiano, e che nuovamente non produrrà i risultati sperati, tanto che l'interprete finirà col chiedere al paziente di scrivere il proprio nominativo su un foglio di carta (turni che non mostriamo).

Es. 4.16 Le richieste di chiarimento 1 [da 3BCH]

01	I	INT1:	dunque il en fait il n'a pas d'assurance il a rien quoi ici	
02	A	OPE1:	donc on va voir son nom son prénom	
03	I	INT1:	di come vi chiamate {domanda}	
04	B	PAZ:	<pausa> INUDIBILE	
05			<1>	
06	**I**	**INT1:**	**non ho capito Assid {domanda}**	
07	B	PAZ:	Druic Assid	
08	**I**	**INT1:**	**Rakovic {domanda}**	
09	B	PAZ:	Druic Assid	
10	I	INT1:	Druich <pausa> Druich Assid	
11			<3>	
12	**I**	**INT1:**	**non sapete dirmi come si scrive {domanda} D [R]**	
13	B	PAZ:		[ehm]
14			<3>	
15	B	PAZ:	INUDIBILE	
16	I	INT1:	[D]	
17	B	PAZ:	[E]	
18	I	INT1:	E	
19	B	PAZ:	E	
20	I	INT1:	E	
21	B	PAZ:	§ double D	
22	**A**	**OPE1:**	**attends attends moi**	
23			<pausa>	
24	I	INT1:	E	
25			<pausa>	
26	A	OPE1:	D	
27	B	PAZ:	E	
28	**I**	**INT1:**	**doppia D {domanda**}	
29			<pausa>	
30	B	PAZ:	E § double D	
31			<pausa>	
32	**A**	**OPE1:**	**double D**	
33	**I**	**INT1:**	**double V peut-être {domanda} Ewich {domanda}**	
34			<pausa>	
35			<rumore>	
36	B	PAZ:	Druich <pausa> D A <pausa> E	
37			<1>	
38	I	INT1:	A E	
39			<pausa>	
40	**A**	**OPE1:**	**mm hm comme ça**	
41			<pausa>	
42			<3>	
43			<NN parla>	
44	**I**	**INT1:**	**il vost il vostro nome è Assid**	
45	B	PAZ:	[mm hm]	
46	**I**	**INT1:**	**[questo è] giusto <pausa> ma il co il cognome {domanda}**	

In questo esempio vediamo come le richieste di chiarimento avviate dall'interprete si inseriscano in vaste sequenze di riparazione che sono co-costruite ed esplicitamente coordinate dai tre partecipanti: dall'INT che le avvia mostrando, senza esitazione, di non aver capito un contenuto proposizionale e chiedendo chiarimenti; dal paziente che collabora, anche con commutazioni di codice, alla risoluzione del problema comunicativo; dall'operatore che partecipa attivamente alla negoziazione del significato invitando gli altri due interlocutori ad aspettarlo e manifestando ricezione di alcuni dei loro turni (cfr. 22, 32 e 40). Tutti e tre si orientano alla negoziazione di un *testo*, nella fattispecie il nome e cognome del paziente, che diventa però qui l'oggetto dell'interazione e non solo l'oggetto della traduzione. O meglio, è la traduzione di quel testo a diventare l'oggetto dell'interazione e quindi le richieste di chiarimento dell'interprete non coordinano solo la traduzione per l'operatore, ma l'interazione stessa. Il fatto che l'interprete si preoccupi non solo di capire e di rendere la corretta pronuncia del nome del paziente all'operatore, ma anche di appurare come si scriva (12), mostra inoltre come la sua conoscenza della lingua sia posta al servizio degli scopi dell'interazione in corso, ossia la compilazione di un fascicolo relativo al paziente. Il fatto che l'operatrice si selezioni per invitare l'interprete ad aspettarla (22) rallentando il ritmo dello *spelling* (cosa che poi effettivamente si verifica, a giudicare dalle pause che intervallano i turni) mostra come anche lei si orienti all'inserimento dei dati nel fascicolo scritto e come sia proprio questa attività a costruire quello che c'è da dire, da chiarire e quindi da tradurre.

L'esempio 4.17, che è sempre tratto dai dati italiani, mostra nuovamente come sia l'attività in corso, nella fattispecie la prenotazione di una visita dermatologica, a determinare cosa vi sia da dire, da chiarire e da tradurre. Questa volta il testo che diventa oggetto della negoziazione e dell'interazione è il numero di telefono del paziente, che deve essere indicato per forza (cfr. "forcément") al fine di perfezionare la prenotazione e di predisporre gli eventuali rimborsi della prestazione sanitaria (cfr. "per la mutua"). La traduzione nel turno immediatamente successivo (02) non produce alcuna risposta da parte del paziente, tanto che dopo un silenzio di 4 secondi l'operatrice di sportello si riseleziona precisando che in teoria avrebbe avuto bisogno di un indirizzo per avviare la procedura, ma lasciando intendere che farà un'eccezione (cfr. "mais bon"). Chiusa la "questione indirizzo", l'interprete riprende la questione che è invece rimasta in sospeso e "ri-disegna" l'enunciato dell'operatrice (che chiedeva un numero di telefono in generale) chiedendo al paziente se ha un numero di cellulare. Alla risposta affermativa del paziente segue una richiesta di chiarimento dell'interprete, che verifica se il numero sia "qui in Belgio", ossia un numero al quale lo si può raggiungere mentre è in quello stato. Pur non disponendo di un video, la sola trascrizione dell'interazione ci mostra, al turno 13, come l'interprete reagisca a un cenno di

reinserimento dell'operatrice, a cui dice di aspettare (cfr. "attendez oui") perché sta negoziando la traducibilità del numero di telefono (cfr. "c'est un télé attends"). Non diversamente dalla richiesta di chiarimento in 09, anche questo turno dell'interprete coordina esplicitamente l'interazione orientandosi però non più a un testo, ma all'attività in corso (cfr. Wadensjö 1998: 110), che non è però solo un'attività traduttiva. Come abbiamo già visto in molti altri esempi, la traduzione si mescola, infatti, con altre attività e sono proprio queste a rendere rilevante cosa vi sia da dire e da tradurre. Nel caso specifico, sono l'attività di prenotazione e di negoziazione del numero di telefono del paziente, insieme alla richiesta di chiarimento dell'operatrice in 19, a rendere rilevante la spiegazione dell'interprete (20, 24), che "traduce" una conoscenza di tipo culturale (il fatto che per chiamare l'Italia si debba comporre il prefisso 0039 prima del numero di cellulare) nel momento in cui ciò può favorire la reciproca comprensione dei partecipanti e servire gli scopi dell'interazione in corso (trascrivere correttamente il numero) e del percorso di cura e assistenza che seguirà (rintracciare il paziente in caso di necessità, per es. per comunicare un cambio di prenotazione o simili). Come vedremo meglio nel paragrafo dedicato ai reinserimenti degli interlocutori primari, di cui qui già abbiamo un assaggio (cfr. 26), l'orientamento dell'interprete alla costruzione e al monitoraggio della comprensione nell'interazione è oltremodo evidente nei turni che seguono il reinserimento di un interlocutore, dove nei nostri dati l'interprete adotta grosso modo tre comportamenti: (a) non traduce per l'interlocutore primario che si è reinserito in quanto questi ha già dimostrato di capire autonomamente, ma traduce quanto viene da questi espresso nella propria lingua (il fatto che il paziente, come in questo caso, si reinserisca dimostrando la propria competenza passiva in francese non garantisce infatti che l'operatore abbia la stessa competenza passiva in italiano); (b) "corregge" la comprensione dell'interlocutore che si è reinserito mostrandogli quello che non ha capito e traducendo quanto l'altro interlocutore aveva realmente detto; (c) non prende la parola e lascia che gli interlocutori primari comunichino direttamente per intervenire solo laddove vi siano delle difficoltà, e in tal caso opta per (a) o (b).

Es. 4.17 Le richieste di chiarimento 2 [da 1BCH]

```
01  A  OPE4:     alors par contre le numéro de téléphone ça forcément
02  I  INT:      avete un numero di telefono {domanda}
03               <4>
04  A  OPE4:     le patient est venu à l'instant donc les affiches signalétiques
05  I  INT:      ben oui
06  A  OPE4:     normalement les affiches sans adresse je peux pas les prendre
                 mais bon
07  I  INT:      il en a une en Italie <pausa> je ne sais pas si ça peut <pausa>
                 on va voir
08               <2>
09  I  INT:      ha un cellulare {domanda}
10  B  PAZ:      sì
```

11 I INT: qui in Belgio {domanda}
12 B PAZ: per la mutua
13 I INT: <pausa> attendez oui <pausa> c'est un télé attends
14 B PAZ: novantasette zero zero
15 I INT: <pausa> alors uno uno uno
16 <2>
17 A OPE4: INUDIBILE zéro trois cent quelque chose mais normalement
18 I INT: non en fait c'est zéro zéro trente-neuf ehm ici zéro zéro trente-neuf et puis quarente-trois <pausa> c'est le préfixe italien en fait
19 A OPE4: et nous ça on le met pas {domanda}
20 I INT: si ein <pausa> si si oui c'est pour appeler [ehm]
21 B PAZ: [zero] zero [trentanove]
22 I INT: [sì sì]
23 <2>
24 I INT: c'est comme si nous on était en Italie disons on fait le zéro zéro trente-deux et puis [le numéro de GSM]
25 A OPE4: [mais c'est] trois six je pense à la fin <pausa> c'est un quatre où un deux {domanda}
26 B PAZ: tre quattro
27 I INT: uno oui donc trois six un six deux six
28 A OPE4: mm hm
29 <4> <OPE4 digita>
30 A OPE4: bien long
31 I INT: oui {ride} c'est long

L'Es. 4.18 è tratto dai dati italiani e si svolge tra un'ostetrica, una paziente gravida e l'INT-I1, che co-conduce l'intervista insieme all'operatrice che l'ha esplicitamente delegata a farlo accettando la sua richiesta di aiuto (cfr. Es. 5.9). L'interprete si allontana quindi dal modello per porre, direttamente in francese, alcune delle domande del questionario preposto a ricostruire la storia clinica della paziente e della sua famiglia. Una delle domande poste autonomamente dall'interprete nel primo estratto che mostriamo è relativa a eventuali medicinali, operazioni o malattie che la paziente potrebbe aver assunto, subìto o contratto. Dopo aver negato due volte (cfr. 09, 11), la paziente precisa che non ha mai avuto nulla se non il problema del "palu" (13). Nei turni che seguono l'interprete, che non conosce questo termine, si assume la responsabilità di appurare di che si tratti per poterlo poi comunicare all'ostetrica. Se osserviamo il primo estratto più nel dettaglio vediamo come l'interprete reagisca al termine sconosciuto mostrando senza esitazioni di non averlo capito: riecheggiando la preposizione utilizzata dalla paziente con intonazione ascendente l'interprete produce una etero-iniziazione di riparazione (14). Questa viene correttamente interpretata dalla paziente, che al turno 15 ripete la parola problematica per ben due volte. Seguono un silenzio e un segnale di ricezione da parte dell'interprete, cui la paziente reagisce ripetendo ancora una volta la parola problematica. Questa seconda auto-riparazione non risolve però l'incomprensione, tanto che dopo una pausa di 1 secondo l'interprete dichiara esplicitamente di non aver capito, non tanto la parola "palu", che infatti ripete (cfr. 19), ma il suo significato. La paziente produce quindi un altro turno di auto-

riparazione in cui utilizza il termine completo.[147] A quel punto l'interprete se ne esce con una traduzione letterale in italiano (cfr. "paludismo") a cui la paziente si allinea (cfr. "sì"), anche se in realtà quel turno in italiano non era diretto a lei ma verosimilmente all'operatrice. Ce lo conferma la richiesta di chiarimento che viene poi formulata dall'interprete, che sempre in italiano chiede "cos'è" coordinando, con il semplice cambiamento di codice, l'interazione in corso e manifestando di rivolgersi, questa volta senza alcun dubbio, all'ostetrica. Tuttavia, anche in questo caso è la paziente, e non l'ostetrica, a prendere la parola, interpretando la richiesta di chiarimento come rivolta a sé. La paziente ha difficoltà a chiarire di che si tratti, ma riesce comunque a spiegare che la patologia è legata al vomito. Questo proietta una seconda richiesta di chiarimento da parte dell'interprete, che a questo punto si è totalmente allontanata dal modello triadico, e che cerca di appurare se la manifestazione di vomito ci sia adesso che c'è la gravidanza (cfr. 26, 29). L'interprete manifesta così di aver interpretato il vomito come uno dei sintomi dello stato interessante e dimostra di legare il termine oggetto di negoziazione alla situazione presente della paziente. Si potrebbe quindi affermare che la sua richiesta di chiarimento è sì orientata al testo da capire e tradurre, come vuole Wadensjö (1998: 110), ma anche all'interazione in corso tra un medico e una paziente gravida. È proprio la condizione presente della paziente, per l'appunto gravida, che contribuisce del resto a fuorviare l'interprete, la quale avanza l'ipotesi che il "paludisme" sia legato alla gravidanza. Trattasi di un'interpretazione errata che viene formulata non appena la paziente fa riferimento al vomito e poi rafforzata attraverso le richieste e le risposte di chiarimento che qui sembrano confermarla. Tanto che quando il medico si reinserisce nella conversazione con un "dimmi", l'interprete si limita a formulare che la paziente parlava del vomito e la co-intervista riprende il suo corso.

Es. 4.18 Le richieste di chiarimento 3 [da 8IRE]

```
01  I  INT:      ehm tu tu tu prends pas des médecines ehm pour {domanda}
02               <1>
03  B  PAZ:      pour [quoi prendre les]
04  I  INT:           [si t'as pas] si t'as pas <pausa> de problèmes {domanda}
                 [quand même]
05  B  PAZ:      [non] non si ehm <pausa> avais tous un problème
06  I  INT:      <pausa> ok
07  B  PAZ:      [de maladies]
08  I  INT:      [t'as pas fait des opérations] avant {domanda}
09  B  PAZ:      non non
10  I  INT:      [mm]
11  B  PAZ:      [non] non
12  I  INT:      ehm
13  B  PAZ:      si c'est c'est problème de chose palu
14  I  INT:      de
```

[147] Per quanto l'abitudine dei francofoni di troncare le parole sia alquanto diffusa e la versione "palu" di largo utilizzo, l'interprete potrebbe infatti non sapere che si tratta di una forma più colloquiale per "paludisme" (lett. malaria).

15 B PAZ: de palu <pausa> palu
16 I INT: <pausa> mm hm
17 B PAZ: palu <pausa> maladie de palu
18 <1>
19 I INT: alors j'ai pas compris là <pausa> ehm du du palu {domanda}
20 B PAZ: ehm <pausa> paludisme
21 I INT: <pausa> mm hm pa paludismo
22 B PAZ: oue
23 <pausa>
24 I INT: cos'è {domanda}
25 B PAZ: quand tu vomis ehm je ne je ne
26 I INT: maintenant {domanda}
27 <pausa>
28 B PAZ: [ehm mais]
29 I INT: [maintenant] avec la grossesse ça {domanda}
30 B PAZ: avec la grossesse je vomis
31 <pausa>
32 I INT: [c'est]
33 B PAZ: [à chaque] matin à chaque [matin]
34 I INT: [mais] après non avant non {domanda}
35 B PAZ: non avant non
36 I INT: ah ok
37 B PAZ: non
38 I INT: ok c'est c'est assez récent
39 B PAZ: ehm
40 I INT: ok niente
41 <pausa>
42 A OPE: dimmi
43 I INT: no no parlava del vomito

Alcuni minuti dopo, l'ostetrica cerca di appurare se la paziente abbia avuto delle malattie in passato, quando era ancora in Costa d'Avorio, "tipo malaria niente" (cfr. 48). Dopo aver inizialmente risposto autonomamente (cfr. "no dice di no" e "no dice no nega"), assumendosi così la responsabilità di "recuperare" e comunicare un significato che era già stato precedentemente negoziato durante un'autonoma ricostruzione della storia clinica della paziente, l'interprete ripropone la domanda alla paziente, che vi risponde narrando di essersi trasferita da piccola dalla Costa d'Avorio al Burkina Faso. Questa risposta proietta un'ulteriore domanda da parte dell'interprete, che verifica se anche in Burkina non sono state contratte malattie. È qui che riemerge il termine "palu" (cfr. 57), il cui significato non è immediatamente tradotto nel turno successivo, ma negoziato nella concatenazione di turni che seguono (58 e segg.), dove paziente, interprete e operatore costruiscono una lunga sequenza di chiarimento che è finalizzata a soddisfare gli scopi dell'attività in corso. L'analisi di questa sequenza mostra come l'interprete eserciti la responsabilità di comunicare i significati che vengono, talvolta con fatica, costruiti nell'interazione e che sono funzionali al proseguimento dell'attività in corso. È in virtù di questa responsabilità che l'interprete (a) si allontana due volte dal modello per negoziare il significato del termine sconosciuto e (b) propone infine di verificare il termine su internet. Nel momento in cui le appare chiaro che questa malattia non è affatto legata alla gravidanza, come erroneamente pensava, l'interprete è disposta ad ammettere pubblicamente la propria lacuna lessicale e a coinvolgere direttamente l'operatore sanitario in una questione linguistica, pur di riuscire a

costruire un significato che potrebbe essere rilevante per l'attività e l'interazione in corso, nonché per il "percorso nascita" in cui ambedue si collocano. Dopo aver cercato di risolvere autonomamente il problema in una lunga sequenza diadica con la paziente l'interprete torna qui a usare la traduzione per costruire una comprensione che sia davvero pubblicamente condivisa. Come è normale nelle interazioni mediate in cui vi sia una qualche "barriera linguistica", il "public display of understanding" (Heritage e Atkinston 1984) che ogni parlante fa nel momento in cui reagisce a un primo turno in realtà non è pubblico per tutti, ma solo a due interlocutori per volta. Questo richiede quindi all'interprete un lavoro conversazionale ulteriore (cfr. "infatti adesso mi spiega bene perché non lo riesco neanche io a [capire]") per far sì che gli interlocutori capiscano e partecipino a ciò che sta succedendo, nella fattispecie per fare il medico partecipe della sua non-comprensione e della negoziazione che è stata avviata con la paziente. La partecipazione avviene nel momento in cui l'interprete "traduce" la propria difficoltà e torna a utilizzare la traduzione turno per turno per includere l'ostetrica nella riparazione della comunicazione (cfr. "vomita dice vomita", "ah dice che", "ehm dice"). Questa riparazione viene co-costruita dalla paziente, che si sforza di spiegare in cosa consista la malattia, dall'interprete che la traduce e dall'operatrice che sollecita la traduzione, pone domande di chiarimento e manifesta la propria ricezione (cfr. "dimmi", "perché", "ah"). Malgrado questo sforzo congiunto, i tre partecipanti non arrivano a condividere il significato della parola, tanto che alla fine l'interprete propone di "andare su google a vedere" (110). Segue una sorta di "fornitura di indicazioni" in cui l'interprete istruisce l'operatore su come utilizzare gli strumenti traduttivi del motore di ricerca che si conclude ai turni 128 e 129, quando in sovrapposizione operatore e interprete esclamano "malaria"!

44 A OPE: malattie ne ha avute {domanda} anche
45 I INT: [no dice di no]
46 A OPE: [malattie quando era] in Costa [d'Avorio]
47 I INT: [no dice no] nega
48 A OPE: [tipo malaria niente] {domanda}
49 I INT: [tu tu <pausa> non] non tu as tu as mal tu as jamais ehm av avoir des maladies <pausa> in Costa d'Avorio in Côte d'Ivoire <pausa> jamais {domanda}
50 B PAZ: ah non <pausa> puisque quand je ehm en Côte d'Ivoire j'étais petite on m'a emmenée au Burkina
51 <pausa>
52 I INT: [mm]
53 B PAZ: [donc] j'ai grandi là-bas
54 I INT: mm et donc
55 B PAZ: [et ehm]
56 I INT: [anche] in Burkina tu as pas ehm <pausa> avoir rien {domanda}
57 B PAZ: non sauf le palu
58 I INT: mm hm <pausa> ce palu là <pausa> alors le palu c'est <pausa> ehm <1> cioè tu m'expliques bien qu'est ce que c'est ehm {domanda}
59 <pausa>
60 B PAZ: le le palu c'est <2> huh <1>
61 I INT: une maladie de de la

62 B PAZ: [c'est c'est]
63 I INT: [de de la] peau {domanda}
64 B PAZ: non
65 I INT: [non]
66 B PAZ: [c'est] une maladie de <pausa> huh <pausa> qu'est ce que je vais dire
67 A OPE: palude somia
68 <pausa>
69 I INT: mm hm <pausa> infatti adesso mi spiega bene perché non lo riesco anche io a
70 <1>
71 B PAZ: ehm le palu ça fait vomi vu [vomissement]
72 I INT: [vomita] dice vomita
73 B PAZ: [voilà]
74 I INT: [ehm] <pausa> questo palu
75 B PAZ: si si si tu as le palu <pausa> tu <pausa> tu vomis mais si tu vomis ça ça finit vite vite
76 I INT: hm
77 B PAZ: mm hm
78 I INT: c'est ma c'est une maladie ehm <pausa> ehm une maladie ehm <pausa> ehm <pausa> perché ehm secondo me sono le nausee però per
79 B PAZ: le palu c'est toutes les générations de <pausa> de l'Afrique tout tout le monde attrape le palu
80 <pausa>
81 I INT: [ah dice che]
82 B PAZ: [c'est voilà] c'est le moustique <pausa> si le moustique te pique tu as le palu
83 I INT: ah [dice]
84 A OPE: [dimmi]
85 I INT: ehm sono allora <pausa> ehm dice tutti hanno questa cosa in in Africa perché
86 A OPE: [perché] {domanda}
87 I INT: [portano le] le le mosche <pausa> quando ti punge la mosca
88 A OPE: ah
89 I INT: cos'è ehm c'è la
90 <2>
91 I INT: tipo la
92 <3>
93 B PAZ: puisque [INAUDIBLE]
94 I INT: [è una cosa infettiva praticamente] ti fa venire il vomito dice però è guarita cioè
95 <pausa>
96 A OPE: [cioè]
97 I INT: [tu as] prise des des médecines pour guérir ou ça va <pausa> tout seul <pausa> cette maladie {domanda}
98 B PAZ: <pausa> ah <pausa> si tu vomis ça va toute seule mais si tu ne vomis pas il faut que on fait des perfusions
99 I INT: [c'est]
100 B PAZ: [si on fait] des perfusions <pausa> ça va
101 I INT: ok
102 B PAZ: mm hm
103 I INT: si lei praticamente è guarita perché ha vomitato <pausa> dice se vomiti guarisci <pausa> se non vomiti ti devono fare delle per delle perforazioni delle <pausa> delle ehm
104 A OPE: [ah]
105 I INT: [tipo] antidoto
106 A OPE: palud <pausa> com'è che l'ha chiamata ? [palu]
107 I INT: [palu] palu
108 A OPE: palu
109 B PAZ: palu
110 I INT: palu cioè s si può andare su google e vedere
111 A OPE: huh
112 (4)
113 I INT: allora <pausa> vai su allora google
114 A OPE: mm hm
115 <pausa>

```
116  I  INT:     su <pausa> vai su <pausa> allora metti strumenti di lingue qua
                 <pausa> per lingue <pausa> qua qua sì a destra strumenti per
                 lingue <pausa> ok metti cerca palu come si scrive {domanda}
117  B  PAZ:     palu [disme]
118  I  INT:          [pal] <pausa> paludisme
119  B  PAZ:     mm hm
120  I  INT:     paludisme
121              <1>
122  I  INT:     me
123              <pausa>
124  A  OPE:     sme
125  I  INT:     <pausa> sì <pausa> poi ehm allora italiano vai <pausa>
                 seleziona traduci <pausa> no no traduci e cerca
126  A  OPE:     hm
127              <2>
128  I  INT:     [malaria]
129  A  OPE:     [malaria]
```

Questo lungo esempio mostra dunque un caso forse un po' limite a cui può arrivare la negoziazione di un chiarimento. L'attività traduttiva intesa secondo il modello idealizzato qui viene sospesa da un'attività che è tuttavia funzionale alla sua stessa produzione. L'interprete non esita ad ammettere pubblicamente di non capire ciò che intende la paziente e altrettanto pubblicamente avvia una sequenza in cui i partecipanti cercano di chiarire co-operativamente il problema di traduzione. Sebbene sia ovvio che tali sequenze non possano essere la prassi in incontri mediati medico-paziente, dove un'idea di ottimizzazione vuole che l'interprete conosca il significato delle parole che deve tradurre, in questo caso (unico nei nostri dati) l'interprete si assume la responsabilità del problema di comunicazione e lo gestisce partecipativamente insieme agli interlocutori.

4.2.2.2.2 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari

Gli studi sull'interpretazione hanno frequentemente usato la metafora della "barriera linguistica" per descrivere il fatto che gli interlocutori primari non avessero accesso alle stesse risorse e per giustificare l'utilizzo di un interprete che li aiutasse a oltrepassarla. Lo stesso modello idealizzato dell'interpretazione dialogica e le rivisitazioni che ne sono state fatte (per es. Davidson 2002) si poggiano sull'assunto che gli interlocutori primari non si capiscano affatto e che parlino unicamente la propria lingua madre.

In questo paragrafo mostreremo come, per quanto evocativa, l'immagine della "barriera" possa rivelarsi inadeguata nel caso di lingue vicine come l'italiano e il francese e di costellazioni linguistiche almeno parzialmente trasparenti. Come spesso avviene nei paesi che sono interessati da fenomeni di migrazione, anche i nostri pazienti mostrano un certo grado di comprensione della lingua del paese ospitante e per quanto in misura minore, anche i nostri operatori sanitari, sempre più abituati a un'utenza straniera, mostrano un qualche grado di competenza nella lingua dei pazienti. Vi sono quindi un certo numero di sequenze dove istituzione e utenza si capiscono e dove l'attività di interpretazione si

modifica in maniera non trascurabile, allontanandosi dal modello idealizzato di alternanza dei turni e avvicinandosi a forme di comunicazione plurilingue (cfr. House e Rehbein 2004) in cui la traduzione non è affatto sistematica, ma utilizzata solo quando emerge una difficoltà (cfr. Traverso in stampa).

4.2.2.2.2.1 I reinserimenti dell'operatore

Come abbiamo già avuto modo di vedere in alcuni degli esempi precedenti, l'operatore si reinserisce talvolta nell'interazione per stimolare l'interprete a raccontare quanto è emerso nella diadica interprete-paziente (cfr. "cosa ha detto" nell'Es. 4.9 o "dimmi" nell'Es. 4.18). Questo tipo di reinserimento è in genere seguito dal turno dell'interprete, che formula quanto è stato negoziato con l'altro interlocutore costruendo così una comprensione condivisa di quanto sta succedendo. Vi sono poi casi in cui l'operatore si reinserisce per costruire insieme all'interprete la traducibilità di certi contenuti (Es. 4.18) o per mostrare di aver già capito, il che proietta nei nostri dati due tipi di reazioni da parte dell'interprete. Se l'interlocutore primario ha capito male, l'interprete interviene per rettificare la sua comprensione e tradurre quanto l'altro interlocutore aveva effettivamente detto (4.19); se l'interlocutore primario mostra di aver capito bene, l'interprete lascia che questi comunichi direttamente con l'altro interlocutore primario e monitora la comprensione intervenendo solo laddove vi siano problemi (4.20). Tralasciando i reinserimenti del tipo "dimmi" o "cosa ha detto", poiché non aggiungono nulla di nuovo a quanto abbiamo illustrato fino ad ora, ci soffermeremo sugli ultimi due tipi di reinserimento, mostrando come il bisogno della traduzione non sia affatto dato per scontato, ma venga negoziato turno per turno da tutti i partecipanti all'interazione, dando origine a dei formati di interazione molto più complessi di quelli che si riscontrano in costellazioni linguistiche totalmente opache (dove gli interlocutori primari hanno necessariamente bisogno della traduzione dell'interprete per capirsi).

Nell'esempio 4.19, che è tratto dai dati italiani, la paziente mostra difficoltà a dire quando sia avvenuta la sua prima mestruazione (cfr. il silenzio di tre secondi in 03). Diversamente da quanto abbiamo visto nell'Es. 4.6, dove era un'(altra) interprete a promuovere la narrazione di un'(altra) paziente attraverso domande di incoraggiamento e sollecitazione, qui è l'operatrice stessa che interpretando la difficoltà della paziente si reinserisce riformulando la propria domanda e proponendo un'età ipotetica. Segue, in parziale sovrapposizione, la risposta della paziente, che così dimostra la propria competenza passiva in italiano e rende irrilevante la traduzione dell'interprete. L'interprete traduce comunque la prima parte del turno dell'ostetrica, che viene però trattata come non

rilevante dalla paziente, la quale reagisce dicendo "quindici anni ho detto". Segue una sovrapposizione tra l'operatrice, che parimenti mostra di aver compreso senza bisogno della traduzione, e l'interprete, che ripete l'età in francese avviandosi verosimilmente a tradurre. Vista la comprensione passiva dell'ostetrica, l'interprete alla fine non traduce, ma valuta la competenza dell'operatrice con l'*assessment* "brava", e rivendica così la responsabilità di una comunicazione che è stata costruita congiuntamente.

Es. 4.19 I reinserimenti dell'operatore 1 [da 10IFCa]

```
01  A  OPE:      la primissima mestruazione l'ha avuta a che età {domanda}
02  I  INT:      la première fois que tu as eu les règles <pausa>  quel âge
                 avais-tu {domanda}
03                <3>
04  A  OPE:      più o meno [dodici tredici anni]
05  B  PAZ:                [quinze ans quinze ans]
06  I  INT:      plus ou moins c'est pas ehm
07  B  PAZ:      quinze ans j'ai dit
08  A  OPE:      [quindici]
09  I  INT:      [quinze ans] <pausa> quindici brava
```

Anche nell'esempio 4.20, che è sempre tratto dai dati italiani, l'operatore si reinserisce mostrando la propria competenza passiva in francese, ma questa volta l'interprete interviene per "correggere" la sua errata comprensione. Nei turni immediatamente prima dell'estratto, emerge che un figlio che aspettava in precedenza è morto alla nascita a causa di complicazioni durante il parto, e la paziente vi ricollega il fatto di aver avuto difficoltà intestinali durante la gravidanza. Interpretando il silenzio che segue il proprio turno come una richiesta di chiarimento, la paziente ripete quanto ha appena detto (cfr. "non facevo la cacca" al turno 01). Viene interrotta dall'ostetrica che, reinserendosi prima ancora che la paziente abbia finito di parlare, mostra di avere inteso che il bambino ha fatto la cacca una volta nato. Entra così nella sfera di competenza dell'interprete e mostra di orientarsi a un'interazione diretta con la paziente. Accorgendosi, però, dell'incomprensione tra i due partecipanti primari, l'interprete, che si era fino a quel momento limitata a monitorare il loro scambio non mediato, interviene con un'etero-correzione del turno dell'operatrice (cfr. "no quando lei era incinta non faceva la cacca"), che vi si allinea (cfr. "ah"), avviandosi poi a esprimere un giudizio sulla non rilevanza del contributo della paziente a cui l'interprete a sua volta si allinea.

Es. 4.20 I reinserimenti dell'operatore 2 [da 8IRE]

```
01  B  PAZ:      parce que quand j'avais la grossesse je ne faisais pas caca
02                <1>
03  B  PAZ:      je ne faisais [pas caca]
04  A  OPE:                   [quando è] nato ha fatto [la cacca]
05  I  INT:                                            [ehm no] no <pausa>
                 quando lei era incinta non faceva la cacca
06  A  OPE:      ah <pausa> va bene questo
07  I  INT:      [sì è un'altra cosa ehm]
```

Nell'esempio 4.21, a reintrodursi sono non uno, ma due operatori sanitari: un medico specialista in ortopedia e un'infermiera che lo affianca. Entrambi dimostrano, in più occasioni, di non aver bisogno della traduzione dell'INT-B1 dal momento che capiscono da soli (il verbo "comprendre", lett. capire, torna in ciascuno dei due estratti che abbiamo deciso di mostrare così come in molti altri che qui non mostriamo). In tutti e due i casi la manifestazione di comprensione attraverso la forma "sì sì capisco" negozia la non rilevanza della traduzione. Vediamo però più nel dettaglio a cosa si orienti l'interprete nei propri turni, dal momento che l'attività per la quale è stata "idealmente" chiamata in causa non è qui sempre necessaria.

Nel primo estratto, infermiera e medico si reinseriscono interrompendo l'interprete che si accingeva a tradurre quanto detto dalla madre della piccola paziente ed esprimendo in parziale sovrapposizione lo stesso contenuto proposizionale: capiscono, ma non possono far nulla per la paziente, perché a seguirla è un collega, di cui viene esplicitato il nome. L'interprete manifesta ricezione di quanto le viene detto (cfr. "sì sì questo l'ho capito" al turno 09 e "mm hm" al turno 12) e chiede un chiarimento sul giorno in cui la paziente dovrebbe ripresentarsi (cfr. "mercoledì pomeriggio" al turno 14). Così costruisce la traducibilità di contenuti che "ri-disegna" poi per la paziente al turno 17. In altre parole, appurato che gli operatori non hanno bisogno della sua traduzione, l'interprete si orienta a costruire e "ri-disegnare" i contenuti per la paziente e i suoi accompagnatori, che ne hanno invece bisogno.

Es. 4.21 I reinserimenti dell'operatore 3 [da 2BCH]

01	**I**	**INT:**	**apparemment donc elle dit [que]**
02	**A**	**OPE2:**	**[oui]**
03	**I**	**INT:**	**[celle là elle est plus]**
04	**A**	**OPE2:**	**[oui oui mais]**
05	**A**	**OPE1:**	**[oui oui je je comprends]**
06	A	OPE2:	[nous on n'est ehm lui il ne]
07	A	OPE1:	[mais ça c'est pas moi qui ai fait]
08	A	OPE2:	lui il n'est pas c'est pas monsieur Sondoit donc il [peut rien faire]
09	**I**	**INT:**	**[oui oui ça j'ai compris oui]**
10	A	OPE1:	[je suis bloqué là désolé ehm]
11	A	OPE2:	[donc qu'elle revienne la semaine] prochaine mercredi après-midi on va expliquer à monsieu Sondoit
12	**I**	**INT:**	**mm hm**
13	A	OPE2:	et il va trouver une solution
14	**I**	**INT:**	**mercredi après-midi {domanda}**
15	A	OPE1:	[oue oue]
16	A	OPE2:	[oui] quand
17	**I**	**INT:**	**dunque lui ehm rimpiazza il dottor Sondoit dunque lui non lo sa che cosa ha fatto il dottor Sondoit <pausa> dunque la signora qui propo propone di <pausa> venire di nuovo mercoledì pomeriggio <pausa> e vedere col dottor Sondoit ehm <pausa> che cosa ha fatto**

Nel secondo estratto è l'infermiera a reintrodursi per prima per manifestare, così come il medico, la propria comprensione (sia intesa come *understanding* del contenuto proposizionale prima espresso, che come umana comprensione rispetto alla difficile situazione della bambina). Lo fa sovrapponendosi al turno traduttivo dell'interprete, che viene quindi trattato come non rilevante, e proiettando la reazione del medico, che si allinea a quanto da lei espresso e afferma, ancora una volta, di capire (cfr. 24). Dopo aver mostrato qualche esitazione circa l'attività che si rende a quel punto rilevante per lei (cfr. 23), l'interprete finisce con l'orientarsi a monitorare la negoziazione del significato (la bambina prova dolore o malessere?) per favorire la costruzione di un terreno comune (la comprensione rispetto al problema della bambina). I suoi turni mostrano infatti un'attività di *sense-making* che l'interprete condivide pubblicamente sia con la madre della piccola (cfr. "ah qui diciamo che non ha male è più scomoda") che con i due operatori (cfr. "non mal non c'est", "elle se sent mal quoi", "oui bon à mon avis un pied ça va et l'autre", "elle a l'impression que ça ne va pas quoi"), contribuendo così a coordinare esplicitamente l'interazione e a costruire una comprensione pubblicamente condivisa. Ci pare significativo sottolineare come l'interprete e i due operatori cerchino di *make sense* anche di quanto viene detto in rumeno, ossia la lingua madre della paziente e dei suoi accompagnatori. A ogni turno in rumeno segue infatti il tentativo, da parte di INT, OPE1 e OPE2, di accordarsi su quale sia il problema della bambina (cfr. 29, 31, 33, 35-36 e 39-40), dal momento che quando si ascolta – dice alla fine l'infermiera – si capisce che qualcosa non va (40).

18	B	ACC1:	con quella scarpa non [puoi]
19	I	INT:	[oue]
20	B	ACC1:	andare
21	**I**	**INT:**	**oue [oue ça c'est bien c'est la chaussure pour ça fille]**
22	**A**	**OPE2:**	**[oui on comprend <pausa> oui <pausa> ben oui]**
23	**I**	**INT:**	**[mm hm <pausa> hm <pausa> donc ehm]**
24	**A**	**OPE1:**	**[oue oue oue je comprend je comprend] [pour que]**
25	B	ACC1:	[come] andare alla scuola quando fa male li piedi non non puoi andare
26	A	OPE2:	ben oui
27	**I**	**INT:**	**ah qui diciamo che non ha male perché è più scomoda <pausa> a con quella scarpa che l'altra diciamo <pausa> sennò male non hai male {domanda}**
28			<ACC1 e ACC2 parlano in rumeno>
29	**I**	**INT:**	**non mal non c'est <pausa> à moins qu'elle ait**
30			<ACC1 e ACC2 parlano in rumeno>
31	**A**	**OPE1:**	**elle se sent mal quoi**
32			<ACC1 e ACC2 parlano in rumeno>
33	**A**	**OPE2:**	**oue et bien c'est désa <pausa> je crois que ça doit etre désagréable**
34			<ACC1 e ACC2 parlano in rumeno>
35	**I**	**INT:**	**oui bon à mon avis un pied ça va et l'autre [ça]**
36	**A**	**OPE2:**	**[voilà]**
37			<ACC1 e ACC2 parlano in rumeno>
38	A	OPE1:	mm hm
39	**I**	**INT:**	**elle a l'impression que ça ne va pas [quoi]**
40	**A**	**OPE2:**	**[oue oue] seulement c'est vrai quand on écoute on voit qu'il y a quelque chose**

Come nota Anderson (in stampa), uno dei limiti del modello idealizzato è il dare per scontato che non ci sia nessuna permeabilità nell'interazione. L'analisi di interazioni reali per lingue come l'italiano e il francese mostra che gli interlocutori (nei casi visti sopra gli operatori sanitari) hanno almeno un certo grado di competenza passiva, e in un caso anche attiva (cfr. sotto), nella lingua del paziente.[148] Questa si manifesta attraverso dei reinserimenti con cui gli operatori si orientano alla costruzione di un'interazione diretta con il paziente, allontanandosi così da un modello che prevederebbe la traduzione di ogni turno. Abbiamo visto negli esempi come queste manifestazioni dirette di comprensione (a) rendano la traduzione irrilevante o (b) rendano rilevante una correzione (quando la comprensione è sbagliata). In entrambi i casi si determina una rinegoziazione dell'attività dell'interprete, che anche nei nostri dati pare mettersi in modalità "stand-by" (cfr. Anderson in stampa) orientandosi a monitorare la comprensione nell'interazione e a intervenenire solo quando l'attività di traduzione e/o correzione è resa rilevante dai partecipanti oppure quando può contribuire, con i propri "display of understanding", a co-costruire un terreno comune. L'esempio mostra inoltre come si creino occasioni di conversazione plurilingue, in cui i partecipanti alternano la propria lingua madre con la lingua veicolare parlata dagli interpreti e la lingua parlata dalle istituzioni (ciò si verifica anche nell'interazione 11IRN, dove ad alternarsi sono un dialetto alsaziano, il francese e l'italiano).

4.2.2.2.2.2 I reinserimenti del paziente

Se gli operatori mostrano in prevalenza una competenza passiva nella lingua dei pazienti, questi ultimi mostrano invece, con i propri reinserimenti, di avere un qualche grado di competenza anche attiva nella lingua del paese d'accoglienza. E questo sia che si tratti di migranti residenti nel paese in cui si trova l'istituzione, il che confermerebbe quanto espresso da Meyer (in stampa) e Anderson (in stampa), sia che si tratti di stranieri "occasionali" (per es. turisti). Lo illustreremo per mezzo di due esempi.

Nell'esempio 4.22 il paziente francofono si reinserisce al turno 02 rispondendo direttamente alla domanda che il cardiologo gli ha posto in italiano e rende così irrilevante la traduzione dell'interprete dall'italiano al francese. Essendo però in francese, la risposta del paziente rende rilevante la traduzione dal francese all'italiano. L'interprete quindi si allinea come ascoltatore e mostra comprensione (cfr. "hu hu", "oue" e "ah" ai turni 03, 05, 07). Abbiamo poi una sequenza in cui paziente e interprete negoziano la conclusione del turno del paziente e il passaggio alla traduzione, che avviene al turno 15.

[148] Questo pare esser vero anche per l'italiano e l'inglese (cfr. Anderson in stampa) o per il tedesco, il turco e il portoghese (cfr. Meyer 2002; Meyer et al.2003).

Es. 5.22 I reinserimenti del paziente 1 [da 12IRN]

```
01  A  OPE:      e la diagnosi del morbo di lyme chi l'ha fatta {domanda}
02  B  PAZ:      alors analyse de sang tous les trois quatre mois
03  I  INT:      hu hu
04  B  PAZ:      c'est cent pour cent médicament
05  I  INT:      oue
06  B  PAZ:      et le lyme ehm <pausa> ça baisse [parce]
07  I  INT:                                      [ah] ok
08  B  PAZ:      le INUDIBILE zéro deux où je sais pas moi combien de <pausa>
                 mais normalement d'après le docteur il reste toujours une trace
                 <pausa> même dix ans après
09  I  INT:      ah ok
10  B  PAZ:      il y a toujours quelque chose dans le sang pour que ehm ehm
11  I  INT:      ah ok
12  B  PAZ:      mais c'était en baisse <pausa> sans sans médicaments
13  I  INT:      ah ok
14  B  PAZ:      sans médicaments ça ça baisse
15  I  INT:      dice che ehm la diagnosi l'aveva fatta il suo medico curante a
                 casa <pausa> dice che è stato tre quattro mesi senza prendere
                 medicine e il livello si è abbassato anche se il medico gli ha
                 detto che possono sempre restare
```

Riflettendo sulla plausibile trasparenza interlinguistica di elementi come l' "ah" e l' "ok" di cui questa interprete fa largo uso, potremmo unirci a Gavioli (in stampa) nel sospettare che certe risposte minime abbiano una valenza "semaforica" per gli interlocutori primari: quando l'interprete le produce durante la propria attività di ascoltatore, ad esempio per invitare il paziente a proseguire il proprio racconto, tali risposte minime comprensibili a entrambi gli interlocutori segnalano infatti all'uno che può proseguire il racconto e all'altro che deve aspettare per ottenere la traduzione, perché l'interprete sta per l'appunto ascoltando. In questo modo, le risposte minime svolgono una funzione di coordinamento esplicito di un'interazione in cui l'interprete dà voce agli interlocutori solo se e quando ne hanno bisogno. Qui ad averne bisogno è il paziente, che pur dimostrando di capire l'italiano ha la necessità che qualcuno negozi la traducibilità di quanto vuole dire al medico (03-14) e poi lo traduca (15).

L'esempio 4.23 è un raro caso in cui, nei nostri dati, un medico italiano manifesta una certa competenza attiva in francese. Dopo aver posto una domanda in italiano (01), la riformula infatti in francese operando una commutazione di codice. Segue una risposta del paziente francofono in italiano, un'altra domanda del medico questa volta in italiano e una risposta del paziente, sempre in italiano. In questa sequenza l'interprete non si inserisce con una traduzione, ma si limita a confermare (cfr. "hm" in 02 e 05) che gli interlocutori si stanno capendo correttamente.

Es. 4.23 I reinserimenti del paziente 2 [da 7IREb]

```
01  A  OPE1:     raffreddore {domanda}
02  I  INT:      hm
03  A  OPE1:     § rhume et et lacrimation {domanda}
04  B  PAZ:      sì sì
```

05 I INT: hm
06 <pausa>
07 A OPE1: da quanto tempo {domanda}
08 <pausa>
09 B PAZ: § ehm <pausa> due giorno tre giorno

L'interprete torna a tradurre solo diversi turni dopo, all'inizio del secondo estratto che mostriamo, dove comunque la sua traduzione viene trattata come non rilevante dal paziente che le si sovrappone rispondendo direttamente al medico, prima in francese e poi direttamente in italiano. Il paziente riafferma così la propria volontà e capacità di comunicare direttamente con il medico. Tanto che, nei turni successivi, l'interprete torna nuovamente in modalità "stand-by" per re-intervenire solo quando il paziente non riesce a rispondere al medico, che reitera la propria domanda (cfr. 12 e 15).

10 I INT: tu as [tu as déjà fait ehm la visite] {domanda}
11 B PAZ: [si j'ai fait § ho fatto visita]
12 A OPE1: e cosa t'han detto {domanda}
13 B PAZ: ein
14 <pausa>
15 A OPE1: cosa ti hanno detto {domanda}
16 I INT: qu'est-ce qu'il a dit le docteur {domanda}
17 B PAZ: <pausa> ehm il dottor niente
18 A OPE1: [non hai non hai la risposta] {domanda}
19 I INT: [pour les yeux pour les yeux le feuil] {domanda} la réponse du docteur tu es ehm tu as porté la

Nel momento in cui gli interlocutori manifestano anche una competenza attiva, si aprono quindi scenari complessi dove è difficile generalizzare il comportamento dell'interprete sulla base dei pochi dati a nostra disposizione. Possiamo però confermare i risultati presentati da Meyer (in stampa) e Anderson (in stampa), ossia il fatto che gli interpreti si ritirino dall'interazione (*step back*) per lasciare che gli interlocutori comunichino direttamente e vi rientrino (*step in*) solo quando tale comunicazione diretta sembra in difficoltà. E ci pare lecito affermare che è in virtù della sua responsabilità comunicativa che l'interprete decide quando è rilevante tradurre, coordinare esplicitamente e/o monitorare l'interazione, al fine di garantire la mutua comprensione di quanto sta succedendo.

Come abbiamo già notato altrove, in questi esempi la traduzione non è affatto sistematica, ma sistematicamente impiegata nel momento in cui sorge un problema comunicativo, in maniera non dissimile da quanto succede nelle riunioni plurilingue descritte da Traverso (in stampa). Il che ci porta a mettere in discussione sia il modello idealizzato, sia il presunto monolinguismo degli interlocutori primari (cfr. Meyer in stampa), i quali impiegano le conoscenze linguistiche che hanno a disposizione al fine di interagire tra loro. Non si tratta, come si può vedere dagli esempi, di competenze tali da mettere gli interlocutori nelle condizioni di poter far completamente a meno dell'interprete, ma di sequenze che si verificano e di cui l'interprete deve tener conto nella propria gestione della partecipazione degli interlocutori. Tale variabile, oltre a essere interessante perché mostra

modi in cui l'interazione mediata può promuovere conversazioni plurilingue, pone un ulteriore limite alla realizzazione del modello idealizzato.

4.3 Conclusione: risultati delle analisi nelle interazioni reali

La comprensione nelle interazioni mediate, come in quelle non mediate, è un problema "pubblico" che gli interlocutori co-costruiscono. La traduzione entra nel meccanismo di gestione della comprensione, per cui non è scontato che la resa turno per turno "secondo modello" permetta ai partecipanti di capire ciò che sta succedendo nell'interazione, e quindi di essere partecipi. Assumendosi la responsabilità della comunicazione, l'interprete valuta dunque volta per volta che cosa fare, agendo (in primo turno) o reagendo (in secondo turno) al fine di permettere, promuovere o migliorare la reciproca comprensione dei partecipanti nell'interazione.

Contrariamente a quanto prescrive il modello idealizzato dell'interpretazione dialogica, la traduzione turno per turno non è affatto la reazione più frequente ai turni originali degli interlocutori primari, sebbene se ne riscontrino alcune che sono chiaramente "disegnate" per il ricevente (cfr. le traduzioni spezzate e espanse). Tra le reazioni dell'interprete in secondo turno abbiamo infatti osservato almeno altre tre tipologie ricorrenti: (1) la traduzione di significati negoziati su più turni o con più interlocutori primari; (2) la risposta autonoma agli operatori sanitari in cui gli interpreti "recuperano" delle informazioni sul paziente che possono essere prese per buone o rinegoziate insieme al diretto interessato; (3) la risposta autonoma al paziente in cui gli interpreti comunicano delle informazioni sul funzionamento del sistema sanitario. Queste reazioni sono in genere fortemente orientate alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente, che può essere sia il medico che (più di frequente nei nostri dati) il paziente. Tutte e tre mostrano l' "informational gatekeeping" dell'interprete, che decide non solo cosa filtrare di quanto dice il paziente ponendosi così al servizio dell'istituzione (cfr. Davidson 2000), ma anche quali informazioni sanitarie "far passare" al paziente, aggiungendole magari anche di propria iniziativa, per metterlo nelle condizioni di partecipare all'interazione mediata.

Ma i nostri interpreti non si limitano naturalmente a reagire ai turni degli interlocutori primari. Dalle analisi è infatti emersa una serie di azioni in primo turno in cui l'interprete mostra chiaramente di orientarsi alla costruzione e al monitoraggio della comprensione nell'interazione. Tra queste azioni abbiamo illustrato (a) le sollecitazioni della narrazione del paziente per mezzo di domande promozionali; (b) le sollecitazioni all'operatore affinché negozi quanto sarà poi rilevante tradurre al paziente (per es. la quantità di un farmaco) o contribuisca a risolvere un problema comunicativo (per es.

facendo la fotocopia degli appuntamenti della paziente); (c) le domande anamnestiche che l'interprete formula autonomamente quando viene delegata a collaborare con il medico alla raccolta delle informazioni; (d) le indicazioni e le spiegazioni che l'interprete è delegata a fornire al paziente e che spesso si strutturano come sequenze a cui il paziente partecipa attivamente; (e) le richieste di chiarimento su termini e dati personali del paziente che sono rilevanti per l'attività in corso. Non si tratta certo di un elenco esaustivo, ma mostra ciò che può entrare in gioco nel "da tradurre".

È quindi nella commistione tra azioni e reazioni che l'interprete contribuisce a costruire una comprensione che sia pubblica a entrambi gli interlocutori, il che è particolarmente evidente laddove l'interprete "traduce" le proprie difficoltà di comprensione di un interlocutore (in genere il paziente straniero) rendendo rilevante la collaborazione dell'altro (in genere il medico autoctono) per la costruzione di un terreno comune su cui far andare avanti l'interazione (cfr. il turno "infatti adesso me lo spiega bene perché non riesco neanche io a capire", con cui l'interprete reagisce ai turni precedenti della paziente e proietta quelli successivi dell'operatore).

Come si diceva sopra, è in virtù della propria responsabilità comunicativa che l'interprete valuta come agire o reagire nell'interazione e opta per diverse azioni e reazioni in funzione di ciò che è rilevante *hic et nunc* per l'attività e l'interazione in corso, o per il percorso di cura in cui entrambe si inseriscono, rispetto al quale l'interprete si pone come figura di coordinamento. L'interpretazione dialogica non è quindi solo *traduzione* ma anche *mediazione*, un'etichetta che vorremmo avere contribuito a riempire di significato mostrando cosa possa esservi in "tutto ciò che non è traduzione diretta" (cfr. Bolden 2000) e in che modo tutto ciò possa essere al servizio della comunicazione tra i partecipanti.

CAPITOLO 5
Interazioni simulate e reali a confronto

There is some limited evidence
that role-play interactions
do differ from actual encounters,
although there are no studies
that make a direct comparison.

Stokoe, E. (2011a: 121)
Simulated interactions and communication skills

5.1 Introduzione

Nel terzo e nel quarto capitolo ci siamo concentrati sulle sequenze di avvicinamento al formato AIBIA e di allontanamento da esso, mostrando che le interazioni simulate si orientano a un modello di didattica dell'interpretazione che rappresenta il formato "idealizzato", ma che in assenza di questa cornice di gioco, nei dati reali, la traduzione prende forme molto diverse.

È chiaro, come era chiaro all'inizio, che i due set di dati non fanno che mostrare i propri orientamenti ai propri diversi scopi. Aldilà del fatto che si tratta di interazioni diverse, è tuttavia interessante vedere come si costruisce questa differenza e che cosa avviene esattamente nei due set per cercare di capire: (a) che cosa esercitino i giochi di ruolo e (b) se e per che cosa questo esercizio può essere utile all'interprete dialogico in formazione per prepararsi al mondo "reale".

Torneremo quindi a osservare alcune sequenze di interpretazione, mettendo in luce il diverso modo in cui l'interprete simulato e quello reale (re)agiscono rispetto ai turni precedenti e coordinano l'interazione mediata (Wadensjö 1998; Baraldi e Gavioli in stampa). Useremo inoltre il concetto di autorità epistemica così come è trattato da Heritage e Raymond (2005, 2006), per verificare quali sono le conoscenze in gioco e chi le detiene nei due tipi di interazione, insistendo in particolare su quelle di chi agisce e reagisce come interprete.

5.2 Movimenti a confronto

Sebbene i dati reali si allontanino dal modello idealizzato al punto da renderlo quasi non identificabile, nel terzo e nel quarto capitolo abbiamo fatto la scelta operativa di analizzare come le interazioni in ciascun set "si avvicinassero" o "si allontanassero" da tale modello di traduzione. Nel presente capitolo, tenteremo quindi di mettere a confronto questi "movimenti" di avvicinamento e allontanamento e di capire come vengono costruiti nei due tipi di interazione.

Cominceremo col paragonare due sequenze in cui i partecipanti alle interazioni simulate e reali si orientano a un'organizzazione della traduzione turno-per-turno, mettendo in evidenza come anche a parità di formato AIBIA già affiorino delle differenze. Lasceremo poi ampio spazio alle sequenze di allontanamento, dove le specificità dei due set emergono in maniera più marcata.

5.2.1 Avvicinamenti al formato idealizzato

Come sappiamo, il modello idealizzato di alternanza dei turni in un'interazione mediata (simulata o reale) prevede che l'interprete "risponda" ai turni originali degli interlocutori primari fornendo subito la propria *versione di* quegli stessi turni. Al rispetto di questo formato AIBIA concorrono tutti e tre i partecipanti, che sempre "idealmente" prendono la parola senza pause né sovrapposizioni tra un turno e l'altro.

Dalle analisi dei dati didattici e reali è emerso come i primi presentino molte sequenze di avvicinamento mentre i secondi ne presentano pochissime, e questa già di per sé non è una differenza irrilevante, sebbene attesa. Forse meno atteso è che le "risposte" traduttive degli interpreti, pur contribuendo in entrambi i casi a costruire il formato AIBIA ed essendo strutturalmente simili, mostrino di orientarsi a due concezioni diverse del parlato.

5.2.1.1 La transizione di turno

L'analisi della conversazione osserva che il parlato si orienta a essere organizzato turno dopo turno con relativamente poche pause e sovrapposizioni e che piccole disfluenze confermano la tendenza generale. Per quanto avvicinandosi al formato AIBIA i turni dovrebbero "idealmente" susseguirsi senza pause né sovrapposizioni, il fatto che se ne occasionino ai margini dei turni originali e di quelli traduttivi non sarebbe, quindi, che un'eccezione a conferma della regola.

Sia le interazioni simulate che le interazioni reali presentano in effetti delle transizioni marcate da pause o sovrapposizioni, ma dal confronto tra le "risposte" traduttive degli interpreti emerge una differenza sostanziale: gli interpreti simulati prendono la parola quando il turno precedente è completo e non di rado dopo una pausa e un'esitazione e non si sovrappongono quasi mai alla fine del turno dell'interlocutore primario, che è l'unico a orientarsi a un'alternanza dei turni. Gli interpreti reali si orientano invece spesso alla presa del turno, sovrapponendosi alla fine del turno dell'interlocutore precedente quando questo si trova in posizione terminale. Lo illustreremo per mezzo di due esempi.

L'esempio 5.1 è tratto dal *corpus* didattico e presenta tre "risposte" traduttive che iniziano quando il turno degli interlocutori primari è in posizione di completezza. Nel primo caso (02), l'interprete prende la parola dopo una breve pausa. Nel secondo (04), l'interprete prende la parola con un'esitazione. Nel terzo (06), l'interprete prende la parola lasciando quel piccolo spazio che caratterizza la maggior parte delle transizioni, dove il secondo turno non viene sovrapposto né posticipato, ma semplicemente avviato dopo il primo. In questi turni l'interprete si orienta a un parlato monologico in cui i significati da tradurre non

vengono negoziati ma ricevuti e (ri)prodotti "per intero" nel turno immediatamente successivo a quello dell'interlocutore primario, cui viene lasciato il tempo di completare un'unità di traduzione che non è messa in discussione dall'interprete. In altre parole, non vi è divergenza tra gli interlocutori primari che vogliono essere tradotti e l'interprete che vuole tradurli, e tutti e tre i partecipanti co-costruiscono un'attività traduttiva secondo modello. L'unica variazione è data dalle due sovrapposizioni tra operatore e interprete. La prima è occasionata dal fatto che mentre l'interprete si orienta a tradurre il turno del medico quando questo ha raggiunto un punto di completezza, il medico si orienta a riformulare quanto ha appena detto in altri termini, aggiungendovi la parola "cianotica" (03-04). Come direbbe Jefferson (1984), entrambi fanno qualcosa di pienamente lecito, ossia iniziare a parlare dopo un TRP e orientarsi alla costruzione di un turno multiunità, e la sovrapposizione che si determina rientra tra le eccezioni a conferma di un'ordine conversazionale. Lo stesso dicasi per la seconda sovrapposizione, dove il medico si orienta a prendere la parola prima che l'interprete abbia finito di tradurre, "riconoscendo" che il suo turno è in posizione terminale. Tale "riconoscimento" avviene prima dell'ultima parola, come vorrebbe il "recognitional terminal overlap" di Jefferson (1984), il che ci fa sospettare che questo sia un caso particolare di "pre-completor onset", dove il medico inzia a parlare prima della fine della traduzione perché ha perfettamente compreso l' "originale" della finta paziente ed è quindi in grado di prevedere il completamento del turno dell'interprete. Diversamente dall'INT, che tende a prendere il turno solo dopo dei TRP, l'OPE si orienta quindi a un'alternanza dei turni che pare avere un significato didattico-valutativo: avendo già ottenuto e valutato la "risposta" traduttiva proiettata dal turno della collega esaminatrice, il medico-esaminatore avvia un nuovo turno "originale" con cui rende rilevante una nuova traduzione valutabile (turni che non mostriamo).

Es. 5.1 Transizione marcata da pausa ed esitazione: interazione simulata [da 2ISS]

01	A	OPE:	signora buongiorno
02	**I**	**INT:**	**<pausa> bonjour madame**
03	A	OPE:	<pausa> mm hm <pausa> ehm qui c'è è scritto <pausa> al triage hanno scritto che <pausa> dichiara di aver la co la pelle color blu è così {domanda} [cianotica]
04	**I**	**INT:**	**[ehm] ici on a écrit que ehm vous avez la peau bleue {domanda}**
05	B	PAZ:	<pausa> ein oui docteur j'ai eu très peur qu'est-ce que vous vous rendez compte changer de couleur de peau comme ça et et et et ça fait déjà depuis quelques heures que je suis bleue
06	**I**	**INT:**	**è si dottore capisce cambiare <pausa> colore così veloce velocemente ed è da tre ore che [sono così]**
07	A	OPE:	[sì ma è] così su tutto il corpo o solo alle gambe alle braccia

Nell'esempio 5.2, che è tratto dal *corpus* reale, l'orientamento all'alternanza dei turni ha un significato totalmente diverso. La "risposta" traduttiva dell'interprete al turno 02

viene avviata in sovrapposizione con l'ultima parola dell'operatore, ossia nel momento in cui il completamento del turno è riconoscibile, proiettabile e quindi anticipabile (trattasi di un chiaro caso di "recognitional terminal overlap"). Oltre a orientarsi alla presa del turno contribuendo così a negoziare l'unità traduttiva, l'interprete costruisce i propri enunciati in funzione del paziente, dunque "ri-disegna" il turno del medico insieme al paziente (cfr. il "no" al turno 03) ed espande la propria resa (cfr. "non lo mettete più" al turno 04). Vi è quindi intersezione tra (a) un'attività di traduzione e di ri-progettazione dell'interprete e (b) l'agenda del medico, che si orienta prospettivamente a proseguire quanto stava dicendo e si sovrappone all'interprete.

Es. 5.2 Transizione marcata da sovrapposizione: interazione reale [da 1BCH]

```
01  A  OPE6:    bon je vais regarder et c'est qu'il mette plus ça sans [savoir]
02  I  INT:                                                          [non]
                 mettete più questo
03  B  PAZ:     no
04  I  INT:     [non lo mettete più]
05  A  OPE6:    [je vais regarder mais] aujourd'hui je ne pense pas
```

Se si confrontano le transizioni tra la parola da tradurre e la parola tradotta nei due set emerge, dunque, come gli interpreti simulati siano orientati a riprodurre i significati espressi in unità traduttive non negoziabili (dei monologhi), mentre quelli reali sono orientati a un parlato dialogico dove i significati, e le unità di traduzione, sono negoziati insieme agli interlocutori (quello precedente, con cui viene negoziata la transizione di turno e quello successivo, con cui e per cui il significato viene negoziato e "ri-disegnato") e dove l'attività traduttiva si interseca con le altre attività portate avanti dall'interprete e dagli altri partecipanti.

La co-costruzione e l'intersezione che qui si vedono solo *in nuce* saranno oltremodo evidenti nelle sequenze di allontanamento dal modello che discuteremo sotto.

5.2.2 Allontanamenti dal formato idealizzato

Nei capitoli precedenti abbiamo visto che le interazioni simulate e quelle reali si distinguono per quantità e qualità degli allontanamenti dal formato AIBIA. Nel primo caso le sequenze di allontanamento sono poche e si strutturano come delle brevi sequenze d'inserimento che vengono coordinate dai due interlocutori primari e in special modo dal medico-esaminatore. Nel caso delle interazioni reali, invece, le sequenze di allontanamento sono talmente numerose che è persino difficile identificare se il modello idealizzato permanga in una qualche forma. Possono andare dalla breve sequenza di inserimento in cui l'interprete costruisce la traducibilità dei contenuti che dovrà poi rendere nell'altra lingua (per es. promuovendo la narrazione del paziente o chiedendo chiarimenti), a *side sequences* anche

molto lunghe dove l'interprete pare coordinare non solo l'interazione in corso (cfr. Wadensjö 1998; Baraldi e Gavioli in stampa), ma anche il percorso di cura e assistenza in cui questa si inserisce.

Nei paragrafi che seguono, ci soffermeremo su cinque delle attività di interpretazione che abbiamo riscontrato in entrambi i "corpora":

1. L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente;
2. L'interpretazione dell'esame fisico del paziente;
3. L'interpretazione degli appuntamenti successivi;
4. L'interpretazione della riparazione;
5. L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari.

Per ciascuna di queste presenteremo due o tre esempi discutendo chi siano gli interlocutori coinvolti, i loro orientamenti e le conoscenze che mettono in campo, e mettendo in luce ciò che accomuna, e soprattutto ciò che diversifica, le due tipologie di interazione. Rimandando ai capitoli quattro e cinque per una descrizione conversazionale dettagliata degli esempi che sono già stati introdotti, ci limiteremo a descrivere nel dettaglio gli estratti che vengono presentati per la prima volta, e faremo subito il punto sulle differenze significative in tutti gli altri casi.

5.2.2.1 L'interpretazione della raccolta di informazioni sul paziente

In entrambi i set di dati questa attività è caratterizzata da una successione di domande con cui l'operatore raccoglie informazioni sul paziente al fine di ricostruirne la storia clinica, e in entrambi i set avviene che queste domande vengano tradotte dall'interprete nel turno successivo. Gli allontanamenti dalla traduzione turno per turno, che sono pochi nei dati didattici e molti in quelli reali, mostrano però delle differenze sostanziali che illustreremo per mezzo di tre esempi.

I primi due, rispettivamente tratti dai dati didattici (Es. 5.5) e da quelli reali (Es. 5.6), saranno brevi esemplificazioni delle sequenze di inserimento che abbiamo riscontrato in entrambe le raccolte, che si distinguono però per interlocutori coinvolti e orientamenti. Il lungo esempio 5.7, che sarà diviso in quattro estratti, mostrerà invece quanto lontano possa spingersi l'interprete per ottenere una risposta "sì/no" a una sola domanda dell'operatore. Questo lungo esempio mostrerà inoltre l'intersezione tra l'attività di traduzione e le altre attività che vengono negoziate dai partecipanti e la funzione di coordinamento dell'interprete rispetto all'interazione in corso.

Nell'esempio 5.5 l'allontanamento dal modello è co-costruito da A e I, ossia dal medico-esaminatore e dallo studente-interprete. A coordinarlo sono i due interlocutori

primari: B che non prendendo la parola dopo la "risposta" traduttiva dell'interprete la tratta come potenzialmente problematica e A che si reinserisce riformulando l'aggettivo "pulsante" (05) in "come delle pulsazioni" (08), orientandosi alla traduzione di quella parte di turno che non è stata resa e che è importante per fare in modo che il turno della paziente si colleghi logicamente a quello precedente del medico (cfr. "è come lei dice dottore pulsante" al turno 10).

Es. 5.5 L'interpretazione della raccolta di informazioni: interazione simulata [da 3ISS]

01	A	OPE:	no <1> non è caduta {domanda}
02	I	INT:	<pausa> ehm <pausa> est-ce que vous êtes tombée de quelque part {domanda}
03	B	PAZ:	<pausa> mm <pausa> pas récemment il y a <pausa> très longtemps ehm ehm je suis tombée mais <pausa> d'un ponnet ehm ça ne fait rien de sérieux
04	I	INT:	sì ehm diciamo non di recente <pausa> è caduta ma non è successo niente di di grave
05	**A**	**OPE:**	**<1> ehm vabbè {inala} senta <pausa> e <1> è un dolore <pausa> me lo può descrivere {domanda} è un po' pulsante oppure è un dolore profondo {domanda}**
06	**I**	**INT:**	**est-ce que vous pouvez décrire votre ehm votre malaise la douleur {domanda} <pausa> c'est très forte {domanda}**
07			**<1>**
08	**A**	**OPE:**	**cioè <pausa> come delle pulsazioni {domanda}**
09	**I**	**INT:**	**<pausa> et cette et cette douleur c'est comme des pulsations {domanda}**
10	B	PAZ:	<1> au départ elle est comme vous dites docteur pulsante <pausa> comme si on m'enfonçait des clous dans la tête <pausa> ensuite elle se <pausa> transforme elle devient profonde elle s'irradie

Nell'esempio 5.6 l'allontanamento dal modello è invece co-costruito da I e B, ossia dall'interprete e dalla paziente. Malgrado la versione traduttiva dell'interprete in 02 sia visibilmente "disegnata" in funzione della paziente, questa fatica a rispondere alla domanda del medico e rende rilevanti una serie di domande che ne promuovano la narrazione. La costruzione della traducibilità della prima mestruazione si interseca con un'altra attività: al turno 12 l'interprete recupera, infatti, un significato che è già stato negoziato con la paziente, contribuendo così a coordinare l'attività di co-intervista a cui è stata esplicitamente delegata dall'ostetrica.

Es. 5.6 L'interpretazione della raccolta di informazioni: interazione reale [da 8IRE]

01	A	OPE:	menarca ?
02	**I**	**INT:**	**allora la la première fois que tu as eu la <pausa> les règles ?**
03			**<pausa>**
04	**B**	**PAZ:**	**mm hm**
05	**I**	**INT:**	**la première fois <pausa> à quelle età ?**
06			**<pausa>**
07	**I**	**INT:**	**onze ans douze ans treize ans ?**
08			**<1>**
09	**I**	**INT:**	**les règles <pausa> le sang ?**
10	**B**	**PAZ:**	**ehm <pausa> en ce moment j' avais**
11			**<2>**
12	**I**	**INT:**	**allora lei [è sana nega patologie]**
13	**B**	**PAZ:**	**[treize ans comme ça]**

14 I INT: treize ?
15 B PAZ: mm [hm]
16 I INT: [tredici] più o meno
17 A OPE: ok tredici anni

Dagli esempi emerge come nei dati didattici sia la traduzione ad avere delle implicazioni sequenziali. Poiché la simulazione si basa su un copione in cui i turni del medico proiettano quelli della paziente (e viceversa), la traduzione deve necessariamente riprodurre, e subito, tutto quanto viene espresso dagli interlocutori primari. Nelle simulazioni, in altre parole, il significato da tradurre è contenuto nei singoli turni degli interlocutori primari, che sono piccoli monologhi da riprodurre più che enunciati di un dialogo da costruire. Una "risposta" traduttiva incompleta o sbagliata (come in questo caso, dove non è stato reso il termine "pulsante") rende rilevante un intervento da parte degli interlocutori primari (e soprattutto del medico-esaminatore), i quali coordinano delle brevi sequenze di allontanamento in cui si orientano alla restituzione del testo mancante mostrando anche conoscenze linguistiche che hanno in quanto esaminatori, non (ipoteticamente) in quanto medico e paziente. Proprio come nell'esempio sopra, dove riformulando quel "pulsante" il finto medico italofono mostra: (a) di aver perfettamente compreso il turno in francese e di sapere che l'interprete non ha tradotto "tutto"; (b) di essere il coordinatore dell'attività di traduzione dei singoli monologhi di medico e paziente, che lui si preoccupa di tenere logicamente insieme.

Diverso è il caso delle interazioni reali, dove è l'attività in corso ad avere delle implicazioni sequenziali. Per esempio, durante l'attività di intervista è rilevante che la paziente risponda alle domande del medico. Se ciò non avviene, allora l'interprete interviene con azioni di coordinamento che favoriscono la comprensione e l'espressione dei significati che dovrà poi tradurre. Promuovendo la narrazione della paziente con domande che non hanno un corrispettivo nel turno precedente (e che sono quindi in un certo qual modo "autonome"), l'interprete non si sostituisce al personale sanitario, ma usa la propria competenza comunicativa per costruire la comprensione e la partecipazione nell'interazione.

L'esempio successivo mostrerà come questa autorità linguistica, e la responsabilità che ne deriva, venga esercitata non solo rispetto alla singola attività che viene resa rilevante dai partecipanti (cfr. la raccolta di informazioni sul paziente), ma anche rispetto all'interazione in corso e al "percorso nascita" in cui questa si inserisce. Vedremo, in particolare, che l'interprete si assume la responsabilità di riavviare, in diversi punti dell'interazione, delle sequenze di negoziazione di significati che non sono stati pienamente costruiti con il paziente, e quindi comunicati all'operatore che le aveva inizialmente avviate.

Sin dal primo turno dell'Es. 5.7 si vede come diverse attività possano intersecarsi nell'interazione: un dato personale della paziente, che è stato appurato durante l'attività di raccolta dati, rende rilevante l'apertura di una sequenza dedicata agli esami di diagnostica prenatale, alcuni dei quali sono consigliati e finanziati dal sistema sanitario nazionale nel momento in cui la paziente abbia più di trentacinque anni. Poiché ne ha trentasette compiuti, l'ostetrica chiede se abbia voluto fare "amniocentesi queste cose qua" (01). Anziché reagire traducendo il contenuto di questo turno, l'interprete avvia una sequenza di allontanamento dal modello in cui esercita la responsabilità di: far capire alla paziente cosa sia l'amniocentesi "ri-disegnando" più volte la domanda del medico e ricollegandola a delle spiegazioni che sono già state date verbalmente e per iscritto in fasi precedenti del "percorso nascita" (cfr. 02, 04, 10, 15); far pressione sulla paziente affinché comunichi quello che ha deciso, pena l'impossibilità di sottoporsi poi all'esame (cfr. 12); negoziare con l'operatore fino a quando la paziente ha tempo di pensarci (cfr. 18-43). L'esercizio della responsabilità comunicativa dell'interprete, che sta "mediando" tra paziente e operatrice al fine di costruire la traducibilità della decisione in merito all'amniocentesi, si incrocia con l'agenda della paziente, che ripetutamente chiede se l'esame sia "duro da fare" (cfr. 07, 11, 44, 47). L'interprete mostra una certa resistenza a rispondere a questa domanda (cfr. 46, 49) e dà una spiegazione generale relativa alla prassi in base alla quale normalmente si decide se fare l'amniocentesi, sottolineando il bisogno di prendere una decisione (54 e 61). In sostanza, mentre la paziente pare proiettare una manifestazione di solidarietà da parte dell'interlocutore (sono spaventata e ti sto chiedendo se sarà dura), l'interprete vi reagisce portando avanti l'agenda del medico (ti ho già detto come funziona e ora devi decidere).[149] Proprio per stimolare la paziente a decidere l'interprete chiude con la considerazione che vale la pena fare l'esame solo se si sa che si è eventualmente disposti ad abortire (cfr. 63).

Es. 5.7 L'interpretazione della raccolta di informazioni: il caso degli esami di diagnostica prenatale [da 10IFCa/b]

01	A	OPE:	è giovane no bè insomma ha trentasette anni trentasei qui c'è scritto trentasette hai già compiuto <pausa> lei non ha voluto fare niente amniocentesi queste cose qua {domanda}
02	**I**	**INT:**	**<pausa> pour les le problème de l'amniocenthèse que je t'avais <pausa> parlé problème c'est c'est une <pausa> sont des ehm**
03	A	OPE:	trentasei trentasette
04	**I**	**INT:**	**procédure qu'on fait <pausa> quand quand qu'on conseille à les femmes et elles décident de faire ou non qu'est-ce que tu as décidé {domanda} tu m'avais dit que tu vas parler à la maison avec ton mari <pausa> qu'est-ce que vous avez décidé {domanda}**
05			<1>
06	A	OPE:	a ormai
07	B	PAZ:	c'est dur si tu fais ça c'est {domanda}
08	I	INT:	hm

[149] Cfr. Jefferson e Lee (1992) a proposito della differenza tra "troubles-telling", dove si proietta ed accetta una certa reciprocità emotiva e "service encounter", dove si proietta ed accetta un consiglio. Come mostrano i due autori, vi sono casi di convergenza in cui, all'interno di un incontro medico, i pazienti paiono cercare non un consiglio, ma una certa simpatia, ed ottengono, anziché simpatia, un "trattamento".

09 B PAZ: <pausa> tu es malade ou bien qu'est-ce qu'on te fait {domanda}
10 I INT: <pausa> non non pour l'examen que je t'avais dit pour l'amniocenthèse
11 B PAZ: est-ce que c'est dur à faire {domanda}
12 I INT: ehm mais si tu ehm si tu attends de réfléchir on est on est plus en temps de faire parce qu'on doit faire entre ehm quatorze semaines <pausa> après quatorze semaines on peut plus faire même si tu décides de faire
13 B PAZ: je sais pas
14 A OPE: [lo voleva fare] {domanda}
15 I INT: [ehm ehm ben] l'autre fois on t'avait [expliqué je t'avais]
16 B PAZ: [ehm mais moi]
17 I INT: donné tous les formulaires
18 B PAZ: ehm c'est passé maintenant {domanda}
19 I INT: <pausa> je je sais pas ehm
20 A OPE: lo voleva fare {domanda}
21 I INT: è ancora in tempo {domanda}
22 <pausa>
23 I INT: [è ancora in tempo]
24 A OPE: [ancora in tempo]
25 I INT: di [farlo] {domanda}
26 A OPE: [ehm] l'amnio {domanda}
27 <pausa>
28 I INT: ah [perché credo che c'è solo]
29 A OPE: [ah sì direi di sì]
30 I INT: quello che ha [ancora in tempo]
31 A OPE: [sì sì è ancora in tempo]
32 I INT: il b test non siamo [oltre è]
33 A OPE: [no no no no] poi l'amnio non la paga lei che [trentasette anni]
34 I INT: [è ancora in] tempo [fino a] {domanda}
35 A OPE: [ah è ancora in tempo]
36 <pausa>
37 I INT: [a quattordici] {domanda}
38 A OPE: [ah fino] no no fino a diciassette lei è il sedici
39 I INT: ehm ha ancora una settimana {domanda}
40 A OPE: il tempo di prenotare [giusto il tempo di]
41 I INT: [tu as encore] une semaine [pour]
42 B PAZ: [c'est]
43 I INT: décider
44 B PAZ: c'est dur à faire {domanda}
45 A OPE: [ehm cioè se lo vuole fare possiamo anche]
46 I INT: [enfin c'est dur je t'ai donné toutes les es] explications pour de <pausa> vous pouvez lire je peux pas dire moi
47 B PA>: non les analyses si c'est dur {domanda}
48 <1>
49 I INT: c'est écrit non <pausa> comment ça se fait <pausa> quand je t'avais donné les photocopies <pausa> écrit en français <pausa> pour l'amnio ehm
50 B PAZ: c'est
51 I INT: [l'amniocenthèse]
52 A OPE: [vedi vedi qua]
53 <1>
54 I INT: et tu dois faire une colloquio avec les opératrices qui qui font ça <pausa> si tu décides de faire si tu décides pas on a parlé l'autre fois non
55 B PAZ: <pausa> mm hm
56 I INT: tu te rappelles pas {domanda}
57 <pausa>
58 I INT: on a parlé et je t'avais dit que
59 <1>
60 B PAZ: oue tu m'avais
61 I INT: tu dois penser à la maison avec ton mari vous avez vous devez décider vous <1> et tu dois calculer même le temps parce que <pausa> lorsqu'on est <pausa> à dix-huit semaines on peut plus faire parce que <pausa> si tu décides de faire on va <pausa> te donner un rendez-vous pour faire un colloquio avec ehm les les ostetriche del de l'hôpital là-bas <pausa> et on va faire un

colloquio pour <2> pour comprendre qu'est-ce que vous voulez faire si vous êtes ehm convaincus de faire ça ou non <1> et ça te donne les les ehm <1> pourcentage élevé pour savoir si ton enfant est <pausa> {inala} <pausa> il a les malformations ou non

62 <3>

63 I INT: mais ça on fait seulement si on décide [de avorter ehm]

64 A OPE: [suo marito fuma]

<pausa> suo marito fuma {domanda}

La considerazione sull'aborto viene ripresa alcuni minuti dopo, quando approfittando di un silenzio dell'ostetrica, che sta annotando al computer alcune informazioni relative alla storia clinica dei famigliari della donna, l'interprete riapre la questione degli esami di diagnostica prenatale che era stata temporaneamente accantonata. Per stimolare la paziente a prendere una decisione che dovrà poi essere comunicata, l'interprete fa nuovamente leva sull'appartenenza culturale della paziente, dicendole che è del tutto inutile sottoporsi all'amniocentesi nella misura in cui si accetta il feto così com'è e non si è disposti ad abortire. Ci pare significativo notare come la mediatrice non rivendichi un accesso diretto a questa conoscenza, ma mostri di riportare quanto dicono altri (cfr. "on dit ça" al turno 72), rivendicando per sé la sola autorità di comunicarlo. Dopo un breve intervento dell'operatrice, che accenna a un'alterazione degli esami della tiroide, viene a crearsi un nuovo silenzio, di cui l'interprete ancora una volta approfitta per riselezionarsi e chiedere alla paziente se ha preso quella decisione che lei ha la responsabilità di comunicare all'operatrice. Vista l'indecisione della donna, l'interprete produce una seconda spiegazione che viene però interrotta dall'ostetrica nel momento in cui inizia l'esame fisico della paziente (turni che non mostriamo).

65 <3>

66 I INT: alors pour ehm <pausa> ehm <pausa> les analyses qu'on qu'on a dit <pausa> tu veux ehm on fait ça seulement si on décide de faire

67 B PAZ: mm hm

68 I INT: l'avortement

69 B PAZ: mm

70 I INT: si tu fais pas ça c'est c'est inutile de faire ces analyses

71 B PAZ: tu sais

72 I INT: si tu accepte <2> le foetus <2> comme il est <1> c'est inutile de faire les analyses <pausa> ben si <pausa> on dit ça

73 B PAZ: mm hm

74 <pausa>

75 I INT: mais c'est à vous de décider

76 <3>

77 A OPE: adesso fanno degli esami anche le dottoresse perché ci sono quelle della <pausa> della tiroide un po' alterate

78 I INT: ah sì

79 <2>

80 I INT: hm

81 (12)

82 I INT: oui Dike tu as compris {domanda}

83 B PAZ: j'ai compris

84 I INT: et alors qu'est-ce que tu veux {domanda}

85 <1>

86 I INT: tu sais pas encore

87 <1>

All'esame fisico segue la verifica degli appuntamenti successivi all'interazione in corso ed è proprio durante questa attività che l'interprete riapre, per altre due volte, la questione dell'amniocentesi. La prima volta, che è documentata dal terzo estratto, il discorso viene riaperto mentre l'interprete sta guardando, insieme alla paziente, gli appuntamenti a cui questa dovrà successivamente presentarsi. Tra i vari fogli di prenotazione vi è, infatti, anche la documentazione che la mediatrice aveva dato, in passato, alla paziente, affinché potesse leggerla a casa con il marito e prendere quindi una decisione (cfr. sopra ai turni 46, 49). La presenza di questa documentazione (cfr. "ça") è resa rilevante dall'interprete, che dal turno 88 al 98 appura se sia stata effettivamente letta e compresa e dice alla paziente che "dopo" (cfr. 98) dovrà dire se vuole fare l'amniocentesi oppure no.

88	**I**	**INT:**	**vous avez li ça à la maison ou non {domanda}**
89			<1>
90	**I**	**INT:**	**pour faire le dépistage vous avez lit {domanda}**
91	B	PAZ:	j'avais commencé mais j'ai pas continué
92	**I**	**INT:**	**ehm qu'est-ce qu'est-ce que tu veux comprendre ici t'as pas compris {domanda}**
93	B	PAZ:	j'ai compris maintenant c'est bon
94	**I**	**INT:**	**tu as compris {domanda}**
95	B	PAZ:	mm hm
96	**I**	**INT:**	**tout est clair {domanda}**
97			<1>
98	I	INT:	alors <pausa> ehm après je sais pas si vous voulez faire si vous voulez pas faire après tu tu <1> tu nous dises

Il "dopo" non tarda ad arrivare: una volta verificati gli esami che la paziente dovrà fare sia per prassi (l'ecografia morfologica) che per via dei risultati problematici di alcune analisi (la visita alla tiroide) l'interprete riapre, per la quarta e ultima volta, la questione dell'amniocentesi. A fronte degli ennesimi silenzi della paziente (cfr. 100 e 102), l'interprete dice all'operatrice che la paziente è indecisa, traducendo così un significato che è stato costruito nell'interazione attraverso i ripetuti tentativi di negoziare, con la paziente, la sua decisione in merito. L'indecisione infine comunicata dall'interprete proietta la reazione dell'ostetrica, che insiste sulla necessità di decidere immediatamente per avere il tempo di prenotare e di ottenere un appuntamento e poi lascia all'interprete la responsabilità di appurare la volontà della paziente e di comunicargliela in un secondo momento. Una responsabilità che l'interprete ha già mostrato di assumersi nelle quattro "riprese" della questione amniocentesi e che viene nuovamente assunta nella fase finale dell'interazione (cfr. "d'accordo" al turno 117), dove l'interprete, in turni che non mostriamo, si orienterà agli scopi dell'attività in corso (appurare la decisione della paziente) e al percorso di assistenza che seguirà (comunicare la decisione per avviare la macchina organizzativa che le permetterà eventualmente di sottoporsi all'esame).

99	**I**	**INT:**	**pour le ehm dépistage prénatal tu n'as pas décidé alors {domanda}**

100 (4)
101 I INT: tu sais pas
102 <1>
103 I INT: è indecisa per ehm
104 A OPE: ah bisogna che si decida perché [adesso]
105 I INT: [ah] ormai
106 <pausa>
107 I INT: [entro ehm il entro il diciotto deve fare]
108 A OPE: [cioè ormai siamo sul tardi perché si deve] prenotare
109 I INT: [eh]
110 A OPE: [ora] che prenota <pausa> che ti dà un appuntamento
111 I INT: c'est le moment de décider ou tu décides de faire <pausa> ou de non de ne pas faire
112 A OPE: intanto vado a cercare
113 I INT: cosa {domanda}
114 A OPE: una stanza per fare un pap test a una signora
115 I INT: ok <pausa> e
116 A OPE: se va via che decide me lo dici che chiamo il day hospital
117 I INT: d'accordo

In questo lungo esempio vediamo dunque fino a che punto l'interprete si possa allontanare da un modello idealizzato per tradurre l'informazione che il medico sta cercando di raccogliere e come questa traduzione si mescoli con altre attività. L'interprete qui non si limita a reagire "ri-disegnando" il turno del medico in funzione della paziente, ma agisce orientandosi alla costruzione della comprensione nell'interazione: sollecita la paziente a rispondere, negozia con l'operatore le tempistiche per sottoporsi all'esame, fornisce spiegazioni che aiutino la paziente a prendere una decisione, e riprende la questione quando ciò è rilevante nell'interazione. Così facendo coordina esplicitamente l'interazione ma non pare sostituirsi al personale sanitario, tanto che (a) le spiegazioni relative all'amniocentesi sono demandate ad altri/altro (cfr. le fotocopie/spiegazioni ai turni 46 e 49 o il "così si dice" al turno 72) o fornite solo dopo aver mostrato una certa resistenza e (b) le "riprese" della questione avvengono nel momento in cui ciò non intralcia l'agenda del medico (ossia quando questi sta facendo altro o non sta parlando). L'interprete pare semmai usare la propria autorità in ambito linguistico – ossia il proprio accesso diretto alla conoscenza di come dire le cose alla paziente – per costruire la sua comprensione e quindi la sua risposta alla domanda iniziale del medico. Le conoscenze di natura sanitaria che vengono messe in campo dall'interprete non portano a una negoziazione di autorità epistemica con l'operatore, in altre parole non vi sono quelle che Heritage e Raymond (2005, 2006) qualificherebbero come "rivendicazioni" o "mitigazioni" di conoscenze, ma appaiono al servizio di un'autorità di tipo comunicativo: l'interprete non le rivendica, ma se ne serve per assicurare una comunicazione di cui è responsabile e che non manca peraltro mai di monitorare (cfr. le verifiche della comprensione ai turni 82, 92, 94, 96).

5.2.2.2 L'interpretazione dell'esame fisico

In entrambi i set di dati, questa attività è caratterizzata da una successione di indicazioni con cui l'operatore istruisce il paziente su come sottoporsi alle varie manovre che caratterizzano l'esame fisico, e in entrambi i set queste indicazioni vengono tradotte al paziente. Vedremo però che nelle interazioni simulate l'allontanamento dal formato idealizzato si struttura come una breve sequenza di inserimento tra A e I in cui il paziente non ha pressoché mai la parola, mentre nelle interazioni reali il paziente contribuisce attivamente alla costruzione dell'attività in corso, la quale rende rilevante quello che c'è da dire, da fare e quindi da tradurre.

L'esempio 5.8 illustra la tipica struttura sequenziale dell'esame fisico nelle interazioni simulate: una serie di coppie adiacenti dove il primo turno è rappresentato dall'iniziazione del medico (A) e il secondo dalla "risposta" traduttiva dell'interprete (I). Come si diceva nel quarto capitolo, l'assenza dei turni di B potrebbe essere motivata dal fatto che questi ipoteticamente esegua, senza fiatare, i comandi di A tradotti da I. Anche ammettendo una possibilità che verrà presto confutata dall'esempio successivo, resta comunque il fatto che l'unica attività conversazionale che i tre partecipanti concorrono a costruire è un'attività di traduzione e non di reale "fornitura" di istruzioni. Alla costruzione dell'attività di traduzione concorrono: A, che insiste sulla ripetizione di contenuti di cui proietta una resa; I, che traduce "testualmente", senza negoziare la propria comprensione; e B, che dovrebbe essere il ricevente della traduzione, ma che non reagisce (né mostrando di comprendere né mostrando di non comprendere). Nell'ultima parte dell'estratto (cfr. i turni 14-16) si nota poi l'orientamento alla valutazione di questa attività traduttiva e la superiorità epistemica del finto medico in campo linguistico. Interpretando la breve pausa in 15 come un segnale di valutazione negativo alla versione traduttiva proposta in 14 (le versioni precedenti erano infatti seguite da "mm hm" o da una nuova iniziazione del medico) l'interprete si affretta ad aggiungere "dehors" per rendere il "fuori" che era presente nel turno originale. Così facendo mostra di orientarsi a rendere tutti i pezzi del testo originale trattandoli come egualmente significativi, di essere insicura della propria produzione linguistica (che finisce per compromettere dal momento che l'espressione giusta in francese era quella senza il "dehors"), e di interpretare il silenzio dell'interlocutore primario come significativo e, nel caso specifico, come indicativo di un problema nella resa. L'interprete conferma così di aver interpretato i "mm hm" del medico come segnali di valutazione (positiva) lanciati da chi ha l'autorità per giudicare la resa e per coordinare l'alternanza dei turni.

Es. 5.8 L'interpretazione dell'esame fisico: interazioni simulate [da 7ISS]

```
01  A  OPE:     signora respiri profondamente <pausa> a bocca aperta
02  I  INT:     ehm respirez profondément la bouche ouverte
03  A  OPE:     <pausa> mm hm <pausa> adesso respiri solo con il naso
04  I  INT:     maintenant seulement par le nez
05  A  OPE:     mm hm <pausa> tossisca
06  I  INT:     toussez
07  A  OPE:     mm hm <pausa> apra la bocca
08  I  INT:     ouvrez la bouche
09  A  OPE:     faccia vedere
10  I  INT:     montrez-moi
11  A  OPE:     mm hm deglutisca
12  I  INT:     avalez
13  A  OPE:     tiri fuori la lingua
14  I  INT:     tirez la langue
15              <pausa>
16  I  INT:     [dehors]
17  A  OPE:     [bene] si può alzare e si può rivestire
18  I  INT:     ehm vous pouvez ehm vous lever et réhabiller
```

Anche l'esempio 5.9 inizia con una coppia di turni A-I ma tarda poco a confutare l'ipotesi che l'esame fisico si strutturi come una serie di comandi (tradotti) che la paziente esegue senza intervenire. E questo non solo perché la paziente partecipa attivamente alla costruzione dell'attività in corso con le proprie risate (cfr. 07) o risposte minime (cfr. 14, 19, 26), ma anche perché lo stesso turno di I in 03 non è solo una "risposta" traduttiva che "ri-disegna" il turno del medico per la paziente (cfr. l'aggiunta del fatto che ascolteranno il cuore del bimbo), ma anche una reazione a quanto la paziente sta facendo (cfr. il "no lascia lascia" con cui l'interprete verosimilmente le dice di non togliersi un indumento). Vediamo quindi come sia l'attività che si interseca con la traduzione, e non necessariamente il turno originale del medico, a costruire il da tradursi e come l'interprete eserciti la responsabilità di comunicare i significati costruiti con i partecipanti nel momento in cui sono rilevanti per l'attività che si sta svolgendo (per es. l'ecografia o la misurazione del peso). È in virtù di questa responsabilità comunicativa che l'interprete si allontana dal modello e comunica direttamente con gli operatori (cfr. 05-11) o con i pazienti (13-21) per poi restituire quei significati che sono rilevanti per l'azione in corso in una maniera che sia adatta all'interlocutore. Così facendo non rivendica un'autorità di tipo medico, ma semmai una di tipo comunicativo: l'operatore ha infatti l'autorità di "curare", mentre l'interprete ha quella di comunicare e i due collaborano alla costruzione dell'attività in corso, spesso mostrandosi come membri di una squadra (cfr. "l'abbiam pesata" al turno 05).

Es. 5.9 L'interpretazione dell'esame fisico: interazioni reali [da 8IRE]

```
01              <misurazione pressione>
02  A  OPE:     perfetto <pausa> adesso ti accomodi sul lettino [mi scopri solo
                la pancia]
03  I  INT:                                                    [ehm tu viens
                ici et] ehm seulement la le ventre <1> pour <pausa> prouver à
                trouver <pausa> ad écouter le coeur du bébé non non laisse
                laisse
04              <1>
```

05 A OPE: quanto pesa {domanda} l'abbiam pesata [prima bè dopo dopo]
06 I INT: [no perché aspettavo] sì
sì sì aspettavo che finisci <pausa> ok <pausa> o là-bas o ici
comme tu veux ok tu viens en avant <pausa> c'est bien ok
<pausa> et tu <1> ok [{ride}]
07 B PAZ: [{ride}]
08 <3>
09 <NN digita>
10 A OPE: arrivo è
11 I INT: mm hm

Anche quando, come nella seconda parte dell'esempio, all'interprete vengono delegate delle azioni (per es. il fatto di pesare la paziente), queste rientrano comunque in una attività che è di competenza dell'operatore. Vediamo, in effetti, che l'interprete prima comunica alla paziente che la peseranno (13) e che si deve spostare restando vestita (18) e poi riferisce all'ostetrica il peso che legge sulla bilancia (cfr. "ottantadue" al turno 23). Ma è comunque l'ostetrica a decidere quale sia il peso da registrare nella cartella clinica della paziente (cfr. "ottanta al turno 24) rivendicando così la propria autorità in materia sanitaria (come riscontrato da Heritage e Raymond 2005, 2006 tale rivendicazione avviene in seconda posizione). Ed è comunque l'ostetrica a chiedere all'interprete di pesare la paziente mostrando così la propria responsabilità su questa azione (e la possibilità che lei sola ha di delegarla ad altri). L'interprete accetta la rivendicazione dell'operatrice allineandosi alla sua decisione e traducendo il peso definitivo per la paziente, che lo recepisce con un "ok".

12 A OPE: ok puoi scendere
13 I INT: ok ça va {inala} on va voir le poids maintenant
14 B PAZ: mm hm
15 <4>
16 I INT: viens ici
17 <rumore>
18 I INT: non non non laisse laisse laisse [ça ça va]
19 B PAZ: [hm mm hm]
20 <2>
21 I INT: {esala} {ride}
22 <pausa>
23 I INT: alors <pausa> ok <pausa> siamo a ottantadue <pausa> vestita
24 A OPE: ottanta
25 I INT: ottanta <pausa> ok <pausa> quatre-vingt
26 B PAZ: ok

Dal confronto emerge dunque come i due tipi di interazione si distinguano per orientamenti, coordinamenti e autorità. Mentre l'interprete simulato si orienta, insieme al finto medico, alla riproduzione del turno originale per fini valutativi (cfr. i "mm hm" con cui il medico-esaminatore recepisce gran parte delle "risposte" traduttive), l'interprete reale si orienta alla costruzione della comprensione e della partecipazione nell'interazione, che vengono promosse sia con "risposte" traduttive che "ri-disegnano" il turno dell'operatore in funzione del ricevente, sia con azioni (verbali e non) che costruiscono l'attività in corso, istruendo la paziente su cosa debba fare, o non fare, per renderla possibile o negoziando per l'operatore quei significati a cui è stata delegata. Se nelle interazioni simulate è il medico-esaminatore il

"regista" degli allontanamenti, nei quali l'interprete si limita a reagire ai suoi turni originali mostrandogli delle conoscenze linguistiche su cui è comunque lui a dire l'ultima parola (cfr. i "mm hm" con cui rivendica la propria autorità), nelle interazioni reali è l'interprete che agisce e reagisce verbalmente favorendo la comprensione e l'accettazione, soprattutto da parte della paziente, di ciò che si sta facendo. Non si limita, infatti, a tradurre che deve scoprire la pancia, ma le dice che serve per ascoltare il battito del cuore del bambino. E non si limita a pesare la paziente dandole quelle istruzioni che servono a guidarla verso la bilancia (cfr. "vieni qui") o a non farle togliere i vestiti (cfr. "no no lascia lascia"), ma le comunica cosa stanno facendo (cfr. "ora vediamo il peso"). Mettendo le proprie conoscenze (linguistiche e sul funzionamento dell'esame fisico) al servizio della comunicazione tra istituzione e utenza, l'interprete reale coordina esplicitamente la traduzione e l'interazione sul piano comunicativo, non su quello operativo che spetta comunque all'ostetrica, la quale dirige le varie fasi dell'esame (misurazione pressione, ecografia, peso) e decide infine il peso da inserire nella cartella clinica.

5.2.2.3 L'interpretazione degli appuntamenti successivi

L'interpretazione degli appuntamenti ed esami successivi che in genere precede i saluti finali mostra in entrambi i set di dati degli allontanamenti dal modello idealizzato di alternanza dei turni. Nelle interazioni simulate, l'allontanamento si struttura come una sequenza di inserimento AIAIAI dalla quale la paziente, ossia la persona teoricamente più coinvolta dagli appuntamenti, è ancora una volta esclusa (cfr. i due paragrafi sopra). Nelle interazioni reali, invece, gli allontanamenti hanno strutture sequenziali poco generalizzabili. Queste dipendono da cosa venga reso rilevante nell'interazione e nelle varie attività che si intersecano con la traduzione, ma che comunque vedono l'attiva partecipazione della paziente.

Le interazioni simulate saranno illustrate da un solo estratto esemplificativo, mentre la complessità del reale sarà illustrata da due esempi: il 5.11, in cui la traduzione si interseca con un "dare indicazioni", e il 5.12 in cui la traduzione si interseca con delle spiegazioni che vengono fornite. Vedremo come l'interprete reale non si limiti a reagire ai turni degli interlocutori primari, ma agisca per promuovere la narrazione della paziente, per sollecitare l'intervento del medico e per fornire quelle indicazioni (logistiche o terapeutiche) che metteranno la paziente nelle condizioni di comprendere l'interazione in corso e il percorso di cura che seguirà.

L'esempio 5.10 mostra che gli esami successivi vengono interpretati come dei testi da restituire senza negoziarne la comprensione più che come un'attività da costruire

insieme agli interlocutori primari. L'unica attività che viene davvero co-costruita è un'attività traduttiva cui contribuisce A con i propri turni incalzanti, I con le proprie "risposte" traduttive in secondo turno e B con la propria assenza. Ciò che viene proiettato dall'unico turno della paziente non fa che confermare l'orientamento dei dati didattici alla resa del testo originale, dal momento che la risposta autonoma dell'interprete alla paziente (ossia l'unica reazione diversa dalla resa) viene subito bloccata dal medico-esaminatore, che prima la istiga a restituire anche quel turno (cfr. i due "cosa dice") e poi produce insieme a lei quei contenuti che risultano ancora assenti dalla traduzione (cfr. la sovrapposizione in 15-16).

Es. 5.10 L'interpretazione degli appuntamenti successivi: interazioni simulate [da 7ISS]

01	**A**	**OPE:**	**mm hm <1> {inala} va bene e senta io dovrò farla visitare da uno specialista**
02	**I**	**INT:**	**ehm maintenant ehm**
03	**A**	**OPE:**	**dove le faranno degli esami <1> che ora le prescrivo**
04	**I**	**INT:**	**maintenant vous devez ehm aller ehm chez un spécialiste <pausa> et faire des examens ehm que je vais que je dois ehm vous donner <pausa> à faire**
05	**A**	**OPE:**	**mm hm l'accompagnerà l'infermiera e anche l'interprete**
06	**I**	**INT:**	**l'infirmière et moi aussi ehm nous allons vous accompagner**
07	A	OPE:	va bene
08	B	PAZ:	ah vous faites partie du personnel de service {domanda}
09	I	INT:	[ehm désormais] {ride}
10	A	OPE:	[cosa dice] {domanda}
11	I	INT:	[{esala}]
12	A	OPE:	[cosa dice] {domanda}
13	I	INT:	mi chiede se faccio parte del ehm
14	A	OPE:	ah ora capisco
15	I	INT:	dello [staff ehm medico]
16	A	OPE:	[dello staff ah ormai] guardi {esala} <pausa> va bene grazie ti richiamiamo anzi vado a prendere il libretto

L'analisi dell'esempio 5.11 mostra invece come l'interprete si assuma la responsabilità di comunicare alla paziente non solo il significato che viene negoziato con l'operatrice "ri-disegnandolo" per lei (cfr. il tampone), ma anche che è importante che lei faccia questo esame recandosi in un luogo di cui fornisce tutte le indicazioni, costruendo insieme alla paziente una sequenza di "direction giving" (cfr. Psathas 1991).

Es. 5.11 L'interpretazione degli appuntamenti successivi: interazioni reali [da 8IRE]

01	A	OPE:	benissimo allora merco ci vanno il mercoledì o il giovedì <pausa> questa settimana mercoledì mattina gli prenderanno lì quindici euro digli per fare il tampone
02	**I**	**INT:**	**alors <pausa> ehm pour refaire cette ehm cette ehm il tampone <pausa> ein <pausa> ce cette ehm <pausa> examen là <pausa> tu dois venir ici à il y a un ambulator un ambulatoire privé <pausa> de san Raffaele il appartient toujours à cette structure là <pausa> ehm <pausa> tu dois payer ehm quinze euros plus ou moins <pausa> et tu refais <pausa> ça <pausa> ok pour voir si ehm <pausa> si ces ehm pertes blanches sont finies si la chose est finie**
03	B	PAZ:	mm hm
04	I	INT:	ok {domanda}
05	B	PAZ:	mm hm

06 <pausa>
07 I INT: mais tu dois faire
08 B PAZ: mm hm
09 <1>
10 B PAZ: donc ça je dois prendre ça alors
11 I INT: ehm la ehm si c'est tu alors ehm
12 B PAZ: c'est quand [je vais]
13 I INT: [tu]
14 B PAZ: santa
15 I INT: non c'est pas là <pausa> c'est pas ici <pausa> quand tu tu vas ehm dehors
16 B PAZ: mm hm
17 I INT: c'est de l'autre part
18 B PAZ: mm hm
19 <pausa>
20 I INT: c'est de l' autre c'est la même vue ehm rue ici
21 B PAZ: hu hu
22 I INT: mais c'est
23 <pausa>
24 B PAZ: ah de l'autre côté
25 I INT: de l'autre côté
26 B PAZ: mm hm
27 I INT: ok <pausa> il est écrit il y a une banque là et il est écrit ambulatoire privé san Raffaele <pausa> comme ça plus ou moins
28 B PAZ: hm
29 I INT: quand tu vas de l'autre côté <pausa> ehm tu fais quelques pas <pausa> pour aller où il y a le feu rouge <pausa> mais c'est avant ein c'est avant <pausa> ok
30 B PAZ: mm hm
31 I INT: c'est pas c'est c'est ici quand même <pausa> c'est dans cette rue là
32 B PAZ: mm hm
33 I INT: hm c'est petite et ehm ehm tu vas tu vas voir <pausa> hm <pausa> tu vas trouver facilement
34 B PAZ: mm hm
35 I INT: ok <1> et tu vas sans sans rendez-vous tu vas là tu vas là-bas le matin <pausa> et ehm et il va te faire cette chose là
36 B PAZ: mm hm
37 I INT: ok

Questa responsabilità viene mostrata in maniera ancora più evidente nella seconda parte dell'esempio, dove l'interprete reagisce al breve turno dell'ostetrica (cfr. "metti mo tutto dentro questo qua") espandendo cosa sia quel "qua", ossia la cartella della gravidanza, e quel "tutto", ossia i prossimi appuntamenti. Oltre a progettare le proprie versioni traduttive per la paziente, l'interprete prende l'iniziativa di ricordarle che prima di fare le visite successive deve andare in un certo luogo per scegliere il medico di base e ottenere quella tessera di cui si era tanto discusso all'inizio dell'interazione (cfr. l'Es. 4.9). Mostra così di "recuperare" informazioni già negoziate e in suo possesso nel momento in cui questo è reso rilevante dall'attività in corso, assumendosi la responsabilità di promuovere la comprensione della paziente, che partecipa attivamente all'interazione con le proprie risposte minime e le proprie richieste di chiarimento, ed esercitando una funzione di coordinamento dell'interazione in corso e del percorso di cura in cui si inserisce.

38 A OPE: metti mo tutto dentro questo qua
39 I INT: tu dois avoir <pausa> tout ça avec toi toujours
40 B PAZ: mm hm
41 I INT: ok <pausa> c'est un dossier de de la grossesse

42 B PAZ: mm hm
43 I INT: tu dois faire <pausa> cet examen là <pausa> ici
44 B PAZ: mm hm
45 I INT: tu cherches tu trouves {inala} <pausa> et puis tu dois retourner ici le treize avec dottor Niberta
46 B PAZ: mm hm <pausa> à neuf heures
47 I INT: à neuf heures {inala} et avant tout ça tu dois aller à via Mandorla pour faire pour choisir le médecin et avoir la carte du médecin
48 B PAZ: mm hm
49 I INT: ok {domanda}
50 B PAZ: mm hm

Anche l'analisi dell'esempio 5.12, di cui riproponiamo tre estratti, mostra come l'interprete reale non si limiti a reagire, in secondo turno, agli interlocutori primari, ma si allontani dal modello idealizzato per (a) sollecitare l'operatore a risolvere nel presente (con una fotocopia) un problema comunicativo che si è generato in passato (in una telefonata al marito della paziente) affinché non vi siano problemi in futuro (la paziente che non si presenta all'appuntamento perché non ha capito quando ci sia); (b) verificare con la paziente gli appuntamenti successivi guardando insieme a lei i fogli delle prenotazioni e (c) fornire delle spiegazioni e indicazioni che vengono rese rilevanti dalla negoziazione degli appuntamenti a cui è stata esplicitamente delegata dall'operatore (per esempio la spiegazione dell'ecografia morfologica o le indicazioni su dove andare per sottoporvisi). Nel terzo estratto si vede poi come la "risposta" traduttiva dell'interprete non segua necessariamente il turno originale dell'operatore, ma venga prodotta se e quando ciò è reso rilevante dall'attività in corso. Traduce, infatti, alla paziente che dovrà fare una visita alla tiroide ("ri-disegnando" i turni 22 e 57 dell'ostetrica) solo nel momento in cui la necessità di una consulenza senocrinologica è stata confermata dalla dottoressa e dopo che è stato negoziato il numero di telefono che serve per perfezionare la prenotazione.

Es. 5.12 L'interpretazione degli appuntamenti successivi: interazioni reali [da da 10IFCa]

01 I INT: va bien
02 <1>
03 I INT: tu peux te lever
04 <2>
05 I INT: l'hai fatto vedere alla dottoressa {domanda}
06 A OPE: no <pausa> non sono ancora andata <pausa> adesso ci vado <pausa> a far vedere così
07 I INT: ehm il il ehm la sua scheda c'è l'ecografia {domanda}
08 <1>
09 I INT: quella dell'ospedale viene anche lì {domanda}
10 <pausa>
11 I INT: [nell'elenco]
12 A OPE: [ehm sì] viene il ventinove novembre alle [quattordici e trenta]
13 I INT: [me lo stampi perché] non hanno capito {domanda}
14 A OPE: [sì glielo stampo glielo stampo]
15 I INT: [io ho parlato ehm l'altro ieri] l'altro ieri col marito che lui al telefono mi aveva confermato che ha capito tutto
16 A OPE: glielo stampo

17 I INT: lei adesso è arrivata e mi ha detto che hanno capito tutto male un'altra cosa

(7 secondi omessi)

18 A OPE: hanno provato dalla dottoressa se te gli vuoi far vedere [gliel' han spostata]
19 I INT: [sì sì] d'accordo ci penso io te vai
20 <1>
21 I INT: [adesso gli spiego bene <pausa> è]
22 A OPE: [a dì bisogna fare gli esami per la tiroide] ehm
23 I INT: che forse li prescrive lei però
24 <1>
25 I INT: bo <pausa> non so come essere
26 <3>
27 I INT: elle va faire voir les analyses à la dottoressa Zanotti <pausa> ça sont tes rendez-vous <pausa> alors <pausa> c'est ici guarda <1> regarde <pausa> le vingt-huit onze à quinze heures trente
28 B PAZ: <pausa> hm
29 I INT: eco <pausa> due eco ostetrica ventunoes ventunesima settimana <pausa> hai capito {domanda}
30 <pausa>
31 I INT: ça
32 B PAZ: c'est quoi ventunesima settimana {domanda}
33 I INT: ehm c'est ehm ehm la deuxième l'écographie on la fait ehm vers le vingt vingt-et-un vingt-deux semaines de grossesse
37 B PAZ: ah
38 I INT: c'est ça la date qu'on fait l'écographie <pausa> c'est la deuxième éco qu'elle est très importante pour valuer les organes des foetus on voit le coeur les reins tout
39 B PAZ: hm
40 I INT: s'il y a des problèmes <pausa> c'est très important ça tu dois faire tu dois y aller [c'est ça]
41 B PAZ: [donc]
42 <pausa>
43 I INT: [c'est ça]
44 B PAZ: [quel piano] {domanda}
45 <pausa>
46 I INT: secondo piano ehm ici c'est pas écrit mais ehm le deuxième étage <pausa> non ça c'est vingt vingt-et-un semaines
47 B PAZ: vous pouvez mettre ça {domanda} comme ça comme
48 I INT: deuxième étage
49 <1>
50 I INT: ecco
51 <2>
52 I INT: tu dois aller à l'hôpital ein <pausa> c'est pas ici
53 B PAZ: hm
54 I INT: tu dois aller à l'hôpital ici lì ici le rendez-vous d'aujourd'hui qu'on a fait <1> et tu as un autre rendez-vous ici
55 B PAZ: le dix-huit
56 I INT: le dix-huit novembre avant de faire l'écographie tu as un rendez-vous encore avec nous à neuf heures trente

(254 secondi omessi)

57 A OPE: lei gli ha richiesto una consulenza [senocrinologica]
59 I INT: [ah sì]
60 <rumore>
61 I INT: [ah sì] {domanda}
62 A OPE: [il problema è che adesso] per fare la co per prendere l'appuntamento bisogna fare il fax <pausa> scrivere un numero di telefono della signora ma lei parla italiano {domanda}
63 <1>
64 A OPE: cioè il marito parla italiano {domanda}
65 I INT: ton mari il parle bien l'italien {domanda}

66 B PAZ: sì
67 A OPE: allora diamo il numero di telefono del marito che numero ha il marito {domanda}
68 I INT: ehm è questo qua ce l'ho qui
69 B PAZ: ehm non c'est pas [ça]
70 I INT: [hm]
71 B PAZ: ça [c'est]
72 I INT: [sì]
73 B PAZ: le fixe celui là c'est le cellulaire
74 I INT: cellulare e fisso
75 A OPE: cellulare e fisso
76 <rumore>
77 B PAZ: pas de cellulaire
78 I INT: ein
79 <pausa>
80 A OPE: allora vedo un attimo arrivo è
81 I INT: d'accordo <pausa> d'accordo on va ehm <1> faire un rendez-vous pour <pausa> une visite pour <pausa> l'éco la tiroide <pausa> quelle ehm ce que je t'avais demandé parce que les analyses ils sont pas bien

Dal confronto tra i due set di dati emerge una differenza sostanziale: mentre nell'interpretazione simulata degli esami successivi l'interprete si limita a reagire in secondo turno orientandosi a tradurre l'originale del medico senza negoziarne la comprensione e senza verificare che la paziente abbia effettivamente capito, nell'interpretazione reale l'interprete reagisce e agisce orientandosi a progettare i propri turni per il paziente e a costruire la comprensione dei partecipanti nell'interazione. Tra le reazioni dell'interprete non vi è solo la traduzione nel turno immediatamente successivo, che di per sé non è garanzia di comprensione, ma anche la traduzione di significati che vengono negoziati su più turni e la traduzione che viene "recuperata" nel momento in cui ciò è rilevante per l'attività in corso. Decidendo del come e del quando restituire certi significati (per es. il fatto di dover fare gli esami alla tiroide), l'interprete esercita un'azione di filtraggio delle informazioni che pare al servizio non solo dell'istituzione (perché accennare due volte alla questione "tiroide" quando lo si può fare una volta sola e risparmiare tempo? Perché tradurre subito per la paziente se la cosa più urgente è negoziare il numero di telefono per l'operatore?), ma anche della paziente (perché spaventarla dicendole della visita e degli esami che non vanno bene, se non si è sicuri che la dottoressa richieda una consulenza senocrinologica?). Oltre a filtrare, "ri-disegnare" e tradurre i contenuti espressi dagli interlocutori primari, l'interprete reale agisce in primo turno per permettere agli interlocutori di capirsi e quindi di raggiungere gli scopi delle attività in corso. Nel caso specifico degli appuntamenti successivi, l'interprete interviene per permettere all'operatore e al paziente di condividere esami, date, modalità e luoghi. Lo fa sollecitando l'operatore con domande che rendono rilevante un problema comunicativo e che contribuiscono a risolverlo; lo fa dando indicazioni che permettano alla paziente di recarsi nel luogo dell'appuntamento; e lo fa fornendo delle spiegazioni che permettano alla paziente di capire l'importanza dell'esame a cui deve sottoporsi. Compiendo queste azioni l'interprete non

rivendica l'autorità epistemica dell'operatore. Se anche lo sollecita in primo turno chiedendogli di fare una fotocopia, poi "rimedia" il proprio intervento impositivo dicendo che sembrava che paziente e marito avessero capito ma che invece non è così, e quindi riconducendo il tutto alla comunicazione di cui è responsabile (cfr. l'Es. 5.15 ai turni 13, 15 e 17). O se anche costruisce con la paziente delle attività di "dare istruzioni" o "dare spiegazioni", non rivendica delle conoscenze che l'operatore non ha, ma se ne serve per assicurare la comunicazione di cui è responsabile. In altre parole, l'operatore sa benissimo dove si trova il luogo dell'appuntamento, o in cosa consiste l'esame, ma non ha un accesso diretto a quelle conoscenze linguistiche che permettono di comunicarlo alla paziente e che l'interprete invece possiede. È quindi l'interazione mediata stessa a dare all'interprete la responsabilità della comunicazione tra due interlocutori che non si comprendono. O a toglierla, nel caso delle simulazioni, in cui l'interprete non esercita alcuna responsabilità comunicativa, dal momento che gli interlocutori hanno un gradiente epistemico positivo in materia linguistica e sono perfettamente in grado di capirsi anche senza il suo aiuto.

5.2.2.4 L'interpretazione della riparazione

Come si è già detto, le procedure di riparazione sono di particolare interesse per gli studi sull'interpretazione dialogica poiché rendono osservabile l'attività di coordinamento degli interpreti. Secondo Wadensjö (1998), l'interprete coordina nel momento in cui gestisce l'allocazione dei turni, il che secondo l'autrice viene fatto implicitamente quando traduce, oppure esplicitamente attraverso altre azioni, fra le quali la richiesta di chiarimento.

Dal confronto tra interazioni simulate e reali emerge una differenza sostanziale, che tenteremo di mettere in luce attraverso due esempi in qualche modo "paragonabili", dal momento che la fonte del problema è in ambo i casi di chiara natura linguistica. Vedremo, in particolare, che l'interprete simulato e quello reale reagiscono in maniera molto diversa a un termine francese sconosciuto: l'uno preferendo azzardare una traduzione sbagliata, ma restituita subito secondo modello, piuttosto che allontanarsi per chiedere chiarimenti sul termine "forcené" (Es. 5.13); l'altro mostrando senza esitazione di non aver capito il termine "palu", e adoperandosi in tutti i modi per chiarirlo (Es. 5.14).

Nel quarto capitolo abbiamo visto come sia molto raro, nelle interazioni simulate, che l'interprete costruisca la richiesta di chiarimento con delle modalità simili a quelle della conversazione ordinaria. In genere, infatti, l'interprete opta consapevolmente per una traduzione sbagliata anziché sollecitare chiarimenti su un termine che non conosce, ed è semmai il medico-esaminatore, a seguito di una "risposta" traduttiva inadeguata, a chiedere chiarimenti all'interprete per stimolarlo a correggere la sua (ri)produzione traducendo la

sua richiesta o formulandone una autonomamente.[150] Questo è quanto si verifica nell'esempio 5.13, dove l'interprete prima reagisce con una traduzione sbagliata (02, 04) e poi, stimolata da una richiesta di chiarimento del medico a cui non sa rispondere, chiede alla paziente cosa significhi il termine che non aveva compreso in 01. Questa richiesta di chiarimento non è censurata ma si trova in una sequenza di valutazione dell'interprete che viene costruita: (a) dalle sollecitazioni del medico-esaminatore a terminare le pause e tradurre; (b) dall'interprete che esita prima di chiedere le parole che non conosce; (c) dalla paziente-esaminatrice che valuta la comprensione della studentessa come inadeguata. I tre interlocutori mostrano dunque un orientamento alla valutazione delle conoscenze linguistico/traduttive della studentessa dove le esitazioni sono trattate come "da evitare", le dichiarazioni di non conoscenza di parole vengono prodotte dopo qualche esitazione e la traduzione viene corretta dagli esaminatori che considerano la correzione più rilevante del mantenere il gioco di ruolo (la paziente mostra infatti di capire l'italiano e abbandona il gioco).

Es. 5.13 L'interpretazione della riparazione: interazioni didattiche [da 1ISS]

```
01  B  PAZ:    il appuie comme un forcené
02  I  INT:    <pausa> ehm
03  A  OPE:    cosa dice {domanda}
04  I  INT:    bè certo mi hanno come ehm <pausa> colpito ehm forse ehm
05  A  OPE:    chi è che l'ha colpita {domanda}
06  I  INT:    {esala}
07  A  OPE:    subito
08  I  INT:    ehm excusez-moi forcené {domanda} qu'est-ce
09  B  PAZ:    comme un fou
10  I  INT:    <pausa> e ah ehm <1> come <pausa> mi hanno bruciato
11  B  PAZ:    non il appuie trop fort comme un fou
12  I  INT:    ah ha pro ha spinto troppo forte
```

Le interazioni reali presentano invece molte richieste di chiarimento che vengono formulate autonomamente dagli interpreti, in genere per accertare la loro comprensione di un dato personale del paziente (per es. nome, cognome o numero di telefono) al fine di poterlo rendere all'operatore (« 4.2.2.2.1.1). Vi è quindi un orientamento primario al *testo* che deve essere correttamente tradotto (cfr. Wadensjö 1998: 110). Il lungo esempio 5.14 mostrerà però come le richieste di chiarimento di un termine possano andare oltre quello che viene descritto in Wadensjö (*Ibid.*), dal momento che proiettano delle lunghe sequenze di riparazione che si orientano non solo al testo, ma anche all'attività in corso, e che vengono costruite non solo dall'interprete e dall'interlocutore che ha prodotto il problema (*trouble source*), ma da tutti i partecipanti insieme.

[150] Come abbiamo visto nel terzo capitolo, la sequenza di riparazione che ne deriva è molto più simile alle sequenze di correzione didattica di Macbeth (2004) che non a delle classiche sequenze di riparazione conversazionale.

Rimandando al quarto capitolo per un'analisi conversazionale dettagliata dell'estratto e di ciò che lo precede (cfr. Es. 4.18), ne richiamiamo i punti salienti e ci soffermiamo su quell'ultima parte che non avevamo mostrato. Lo si ricorderà come l'esempio del "palu", dove l'interprete aveva mostrato senza esitazioni di non conoscere il termine usato dalla paziente e etero-iniziato una sequenza diadica di riparazione che si era conclusa con una formulazione per l'ostetrica, a cui l'interprete si era limitata a far "filtrare" che la paziente parlava del vomito. Il termine "palu" era poi ricomparso alcuni minuti dopo, quando, pur di riuscire a costruire un significato che aveva capito essere rilevante per l'attività e l'interazione in corso, l'interprete aveva nuovamente cercato di chiarire il termine con la paziente e poi, non riuscendovi, mostrato pubblicamente la propria non-comprensione (cfr. "infatti adesso mi spiega bene perché non lo riesco neanche io a [capire]") e coinvolto l'ostetrica in una riparazione co-costruita: dalla paziente che si sforzava di spiegare in cosa consistesse la malattia, dall'interprete che la traduceva e dall'operatrice che partecipava sollecitando la traduzione, ponendo domande di chiarimento e manifestando la propria ricezione. Malgrado questo sforzo congiunto, che riproponiamo nell'Es. 5.14 sotto) i tre partecipanti non erano però riusciti a condividere il significato della parola, tanto che alla fine l'interprete aveva proposto di "andare su google a vedere" istruendo l'ostetrica su come usare gli strumenti linguistici del motore di ricerca.

01	**A**	**OPE:**	**malattie ne ha avute {domanda} anche**
02	**I**	**INT:**	**[no dice di no]**
03	**A**	**OPE:**	**[malattie quando era] in Costa [d'Avorio]**
04	**I**	**INT:**	**[no dice no] nega**
05	**A**	**OPE:**	**[tipo malaria niente] {domanda}**
06	**I**	**INT:**	**[tu tu <pausa> non] non tu as tu as mal tu as jamais ehm av avoir des maladies <pausa> in Costa d'Avorio in Côte d'Ivoire <pausa> jamais {domanda}**
07	B	PAZ:	ah non <pausa> puisque quand je ehm en Côte d'Ivoire j'étais petite on m'a emmenée au Burkina
08			<pausa>
09	I	INT:	[mm]
10	B	PAZ:	[donc] j'ai grandi là-bas
11	I	INT:	mm et donc
12	B	PAZ:	[et ehm]
13	**I**	**INT:**	**[anche] in Burkina tu as pas ehm <pausa> avoir rien {domanda}**
14	**B**	**PAZ:**	**non sauf le palu**
15	**I**	**INT:**	**mm hm <pausa> ce palu là <pausa> alors le palu c'est <pausa> ehm <1> cioè tu m'expliques bien qu'est ce que c'est ehm {domanda}**
16			<pausa>
17	B	PAZ:	le le palu c'est <2> huh <1>
18	**I**	**INT:**	**une maladie de de la**
19	B	PAZ:	[c'est c'est]
20	**I**	**INT:**	**[de de la] peau {domanda}**
21	B	PAZ:	non
22	I	INT:	[non]
23	B	PAZ:	[c'est] une maladie de <pausa> huh <pausa> qu'est ce que je vais dire
24	**A**	**OPE:**	**palude somia**
25			<pausa>
26	**I**	**INT:**	**mm hm <pausa> infatti adesso mi spiega bene perché non lo riesco anche io a**

27 <1>
28 B PAZ: ehm le palu ça fait vomi vu [vomissement]
29 I INT: [vomita] dice vomita
30 B PAZ: [voilà]
31 I INT: [ehm] <pausa> questo palu
32 B PAZ: si si si tu as le palu <pausa> tu <pausa> tu vomis mais si tu vomis ça ça finit vite vite
33 I INT: hm
34 B PAZ: mm hm
35 I INT: c'est ma c'est une maladie ehm <pausa> ehm une maladie ehm <pausa> ehm <pausa> perché ehm secondo me sono le nausee però per
36 B PAZ: le palu c'est toutes les générations de <pausa> de l'Afrique tout tout le monde attrape le palu
37 <pausa>
38 I INT: [ah dice che]
39 B PAZ: [c'est voilà] c'est le moustique <pausa> si le moustique te pique tu as le palu
40 I INT: ah [dice]
41 A OPE: [dimmi]
42 I INT: ehm sono allora <pausa> ehm dice tutti hanno questa cosa in in Africa perché
43 A OPE: [perché] {domanda}
44 I INT: [portano le] le le mosche <pausa> quando ti punge la mosca
45 A OPE: ah
46 I INT: cos'è ehm c'è la
47 <2>
48 I INT: tipo la
49 <3>
50 B PAZ: puisque [INUDIBILE]
51 I INT: [è una cosa infettiva praticamente] ti fa venire il vomito dice però è guarita cioè
52 <pausa>
53 A OPE: [cioè]
54 I INT: [tu as] prise des des médecines pour guérir ou ça va <pausa> tout seul <pausa> cette maladie {domanda}
55 B PAZ: <pausa> ah <pausa> si tu vomis ça va toute seule mais si tu ne vomis pas il faut que on fait des perfusions
56 I INT: [c'est]
57 B PAZ: [si on fait] des perfusions <pausa> ça va
58 I INT: ok
59 B PAZ: mm hm
60 I INT: si lei praticamente è guarita perché ha vomitato <pausa> dice se vomiti guarisci <pausa> se non vomiti ti devono fare delle per delle perforazioni delle <pausa> delle ehm
61 A OPE: [ah]
62 I INT: [tipo] antidoto
63 A OPE: palud <pausa> com'è che l'ha chiamata ? [palu]
64 I INT: [palu] palu
65 A OPE: palu
66 B PAZ: palu
67 I INT: palu cioè s si può andare su google e vedere
68 A OPE: huh
69 (4)
70 I INT: allora <pausa> vai su allora google
71 A OPE: mm hm
72 <pausa>
73 I INT: su <pausa> vai su <pausa> allora metti strumenti di lingue qua <pausa> per lingue <pausa> qua qua sì a destra strumenti per lingue <pausa> ok metti cerca palu come si scrive {domanda}
74 B PAZ: palu [disme]
75 I INT: [pal] <pausa> paludisme
76 B PAZ: mm hm
77 I INT: paludisme
78 <1>
79 I INT: me
80 <pausa>
81 A OPE: sme

```
82  I  INT:      <pausa> sì <pausa> poi ehm allora italiano vai <pausa>
                 seleziona traduci <pausa> no no traduci e cerca
83  A  OPE:      hm
84               <2>
85  I  INT:      [malaria]
86  A  OPE:      [malaria]
```

Fermo restando che questa lunga sequenza di riparazione non si sarebbe originata se l'interprete avesse avuto una competenza linguistica tale da conoscere il termine "malaria" o da tradurre correttamente dei termini che avrebbero forse aiutato l'ostetrica a risalire alla malattia in questione[151] (e le interazioni simulate che si strutturano come originali-traduzioni-originali-traduzioni ci paiono dei buoni candidati per testarlo), l'analisi ha mostrato che a fronte di una lacuna terminologica che può sempre verificarsi in una interpretazione dialogica l'interprete esercita la responsabilità di comunicare i significati che vengono costruiti nell'interazione e che sono funzionali al proseguimento dell'attività in corso. È in virtù di questa responsabilità comunicativa che l'interprete (a) si allontana dal modello per negoziare, una prima e una seconda volta, il significato del termine sconosciuto e (b) non esita ad ammettere pubblicamente di non capire la paziente, suggerendo all'operatrice di ricorrere alla rete. In tal modo, esercita una responsabilità rispetto alle conseguenze delle proprie azioni per l'interazione in corso e per il percorso di cura in cui si inserisce, usando le proprie competenze, e le proprie lacune, per costruire insieme agli altri due partecipanti il "da dirsi", il "da tradursi" e in questo caso anche il "da farsi".

Questa pubblica manifestazione di inadeguatezza è seguita da una sequenza in cui operatrice e interprete rinegoziano l'autorità epistemica di tipo linguistico prima di riprendere l'intervista che co-conducono. Come si è visto nel primo capitolo, il concetto di autorità epistemica è stato introdotto da Heritage e Raymond (2005, 2006) per descrivere l'ordine di conoscenza che si produce all'interno di diversi tipi di interazioni ordinarie, dove i partecipanti inizialmente si posizionano a seconda del diverso grado di conoscenza che hanno l'uno dell'altro e della realtà in generale (che può derivare da un accesso di prima o di seconda mano alle informazioni). Nelle sue analisi di interazioni istituzionali medico-paziente, Heritage (2005) usa il concetto di autorità epistemica per mostrare l'asimmetria che si determina tra il medico, che ha l'autorità derivatagli dalla scienza, e la persona malata che ne dipende. Nell'interazione mediata da interprete, dove si aggiunge un terzo partecipante che è a sua volta un partecipante istituzionale, tale concetto può essere rivisto in maniera interessante.

All'interno di un'interazione mediata è facilmente prevedibile che l'interprete sia il detentore dell'autorità linguistica, dal momento che conosce entrambe le lingue degli

[151] Cfr. "moustique" tradotto con "zanzara" anziché con "mosca" e "perfusions" tradotto con "trasfusioni" anziché con "perforazioni".

interlocutori primari. Ciò non esclude, tuttavia, che l'interprete possa mitigare la propria autorità ammettendo pubblicamente di non avere certe conoscenze (per es. quella di un termine) o rivendicarla nel momento in cui altri entrano nella sua sfera di competenza. Questo è proprio ciò che si verifica negli ultimi turni di questo esempio dove l'interprete, che ha pubblicamente ammesso di non sapere cosa sia il "palu" (*downgrading epistemic authority*), coinvolgendo gli interlocutori primari in due sequenze di chiarimento che culminano con la ricerca del termine *online*, torna poi a rivendicare la propria autorità in materia linguistica (*upgrading epistemic authority*). Come riscontrato da Heritage e Raymond (2005, 2006), gli *upgrading* interessano principalmente degli enunciati posti in seconda posizione, vale a dire degli enunciati prodotti in risposta ai turni del parlante precedente. Nel caso specifico, l'interprete afferma di avere una conoscenza linguistica più approfondita rispetto a quella mostrata dall'ostetrica nel primo turno, e quindi rivendica quell'autorità che prima aveva mitigato. Lo fa nel momento in cui l'ostetrica inizia a leggere dal computer la definizione di "paludisme" mettendo in campo delle informazioni linguistiche di seconda mano: al "palud" dell'ostetrica segue, infatti, un turno in cui l'interprete rivendica la propria conoscenza dei francesi, verosimilmente alludendo al fatto che solitamente troncano le parole (cfr. 95); al "da paludise latino" con cui l'ostetrica mette in campo la conoscenza etimologica che ha appena acquisito, segue un turno in cui l'interprete giustifica la propria lacuna terminologica dicendo che non è solita trattare queste cose in francese e lasciando quindi a intendere che tutto ciò non si sarebbe verificato se avesse mediato per una paziente araba (cfr. 97);[152] al turno in cui l'ostetrica cerca di pronunciare "paludisme" in francese, seguono due etero-correzioni con cui l'interprete rivendica la propria conoscenza di come pronunciare il termine (cfr. 99, 101); e ai turni successivi in cui l'ostetrica cerca visibilmente di fare il punto e di tornare alla sua agenda, seguono dei turni in cui l'interprete mostra di voler avere l'ultima parola sulla questione (cfr. "la malaria la malaria", "infatti", "quella perché è la malattia trasmessa dalle mosche poi dagli insetti").

```
87                  <pausa>
88    I  INT:       ecco
89                  <1>
90    I  INT:       e cercavamo {ride}
```

[152] Sappiamo in effetti dalle narrazioni dell'interprete in questione che il suo servizio viene generalmente prestato per le lingue arabo-italiano e che se presta servizio in francese lo fa solo perché si sente in dovere di dare una mano. Le difficoltà incontrate dall'interprete in questa interazione dovrebbero però far riflettere su quella che nelle istituzioni sanitarie pare essere ormai diventata una prassi, ossia l'utilizzo dell'interprete di arabo per mediare anche le interazioni italiano-francese. O meglio, se lo si fa, approfittando di tutta la buona volontà di interpreti che, in assenza di alternative, fanno del loro meglio, bisognerebbe sostenerle in questo compito aggiuntivo fornendo aiuti terminologici e formazioni specifiche per l'area linguistica in cui sono meno forti, senza dare per scontato che tutte le persone provenienti dal Maghreb parlino correntemente francese (anche solo tra la nostra interprete tunisina (INT-I1) e quella marocchina (INT-I2) vi è infatti un visibile divario di competenze nella loro seconda lingua).

91 A OPE: e io prima gli ho [detto è la malaria]
92 I INT: [e non la conosco] e appunto vedi <pausa> è la malaria
93 <pausa>
94 A OPE: palud
95 I INT: che i francesi vedi
96 A OPE: [da paludise latino]
97 I INT: [così <pausa> vedi] quando non si trattano io di solito infatti non li tratto in francese questi cose
98 A OPE: quindi il paludise <pausa> è la [malaria il paludisme dise]
99 I INT: [con la emme palu paludisme] paludisme <pausa> palude <pausa> palud
100 <pausa>
101 I INT: [paludisme]
102 A OPE: [quindi è la] malaria
103 I INT: la malaria <pausa> la malaria
104 A OPE: cioè hai avuto la [malaria]
105 I INT: [infatti] cercavo però ehm cioè per dire ehm e l'hai detta prima
106 A OPE: [però è]
107 I INT: [ehm è] quella perché è la [malattia]
108 A OPE: [è]
109 I INT: trasmessa dalle mosche poi dalle dagli [insetti]
110 A OPE: [sì] e non è <pausa> la malaria <pausa> quando l'ha avuta lei {domanda}

Con queste reazioni l'interprete mostra di voler ristabilire un gradiente epistemico positivo tra se stessa e l'ostetrica, riaffermando la propria responsabilità della comunicazione. In altre parole: è vero che non conosceva quella parola, ed è vero che l'ostetrica l'ha aiutata a trovare una soluzione, ma non l'avrebbero mai trovata se l'interprete non l'avesse resa partecipe della propria difficoltà, contribuendo così a costruire una comprensione davvero condivisa.

Se Davidson (2000: 380) ha ragione quando sostiene che gli interpreti interpretano *per una ragione*, allora interpreti simulati e reali interpretano per due ragioni ben diverse. Dal confronto tra i due esempi precedenti emerge che, mentre gli interpreti simulati interpretano per mostrare le proprie competenze linguistiche a due interlocutori che già si capiscono, gli interpreti reali interpretano per permettere agli interlocutori di capirsi e di raggiungere gli scopi dell'interazione (nella fattispecie quello di ricostruire la storia clinica della paziente). Ora, se nel primo caso riparare la comunicazione con richieste di chiarimento non serve a compensare il fatto di non conoscere un termine, ed è anzi una ancor più pubblica manifestazione di non conoscenza, nel secondo la richiesta di chiarimento può servire a negoziare la traducibilità di qualcosa che gli interlocutori primari devono assolutamente condividere, poiché ciò è rilevante per l'attività e l'interazione in corso. Questa condivisione è più importante di ogni ammissione di inadeguatezza, e la stessa ammissione della difficoltà di tradurre può contribuire a costruire la comprensione insieme agli altri interlocutori.

Come si diceva nel terzo capitolo, il fatto che gli interpreti siano così restii ad allontanarsi da una traduzione turno per turno e a usare quelle strategie interazionali che i

parlanti comunemente adottano per riparare la propria comprensione pare indicativo di una concezione piuttosto riduttiva e idealizzata dell'interpretazione sulla base della quale credono di essere valutati e quindi "disegnano" i propri turni. Riduttiva poiché interpretare "bene" equivarrebbe a tradurre turno per turno i testi degli interlocutori primari. E idealizzata perché una "buona" comunicazione sarebbe quella formalmente corretta che non include la possibilità di non capirsi, che è invece ordinaria amministrazione nelle interazioni reali.

5.2.2.5 L'interpretazione dei reinserimenti degli interlocutori primari

Un quinto e ultimo allontanamento che accomuna interazioni simulate e reali è il reinserimento di un interlocutore, che prende la parola quando non sarebbe "idealmente" il suo turno. Vedremo però come questa iniziativa di operatori e pazienti mostri orientamenti molto diversi e proietti reazioni altrettanto diverse da parte degli interpreti. Se, infatti, il reinserimento di finti operatori e pazienti rende rilevante una "risposta" traduttiva, il reinserimento di medici e pazienti reali spesso rende la traduzione irrilevante e occasiona una rinegoziazione dell'attività e dell'autorità dell'interprete. Lo illustreremo per mezzo di quattro esempi: il 5.15 e il 5.16 presenteranno i reinserimenti degli operatori nei due set di dati, mentre il 5.17 e il 5.18 presenteranno quelli dei pazienti.

L'esempio 5.15 si colloca dopo l'interpretazione degli esami successivi (cfr. 5.10) e subito prima della fine della simulazione. I turni finali del copione prevedono che il finto medico dica alla paziente che sarà accompagnata in reparto dall'infermiera e dall'interprete. Questo turno proietta, come da modello, la traduzione dell'interprete cui segue un "va bene" del medico che mostra il suo orientamento valutativo (è infatti il terzo turno della tripletta IRE) e contestualizza la fine del gioco di ruolo. A questo punto si reinserisce però la paziente, che chiede all'interprete se faccia parte del personale di servizio. Contrariamente a quanto ha fatto in turni precedenti che non mostriamo (cfr. Es. 3.15), l'INT qui interpreta il contributo della paziente come rivolto a se stessa e si avvia a risponderle autonomamente, ma questa reazione diversa dalla resa viene subito bloccata dal medico-esaminatore, che prima la sollecita a restituire anche quel turno (cfr. i due "cosa dice"), e poi produce insieme a lei quei contenuti che aveva mostrato di non aver capito (cfr. la sovrapposizione in 15-16). Così dimostra ancora una volta (a) di aver perfettamente compreso quanto è stato detto in francese rivendicando la propria autorità epistemica in materia linguistica e (b) di essere il vero "regista" di un'interazione simulata in cui è sempre lui a controllare l'allocazione dei turni.

Es. 5.15 L'interpretazione dei reinserimenti dell'operatore: interazioni simulate [da 7ISS]

```
01  A  OPE:      mm hm l'accompagnerà l'infermiera e anche l'interprete
02  I  INT:      l'infirmière et moi aussi ehm nous allons vous accompagner
03  A  OPE:      va bene
04  B  PAZ:      ah vous faites partie du personnel de service {domanda}
05  I  INT:      [ehm désormais] {ride}
06  A  OPE:      [cosa dice] {domanda}
07  I  INT:      [{esala}]
08  A  OPE:      [cosa dice] {domanda}
09  I  INT:      mi chiede se faccio parte del ehm
10  A  OPE:      ah ora capisco
11  I  INT:      dello [staff ehm medico]
12  A  OPE:            [dello staff ah ormai] guardi {esala} <pausa> va bene
                 grazie ti richiamiamo anzi vado a prendere il libretto
```

Da questa interazione emerge come la simulazione della visita medica si basi sull'assunto che medico e paziente non si capiscano e abbiano sempre bisogno dell'interprete per comunicare. Nella finzione del gioco di ruolo gli interlocutori primari fanno finta di avere un gradiente epistemico negativo rispetto all'interprete, che dovrebbe quindi essere la massima autorità in materia linguistica. Questa finta distribuzione delle conoscenze viene apparentemente rinforzata da reinserimenti del tipo "cosa dice", con cui il finto medico finge di non capire i contenuti espressi dalla paziente e manifesta la propria necessità della traduzione. In realtà, però, il contesto sequenziale del reinserimento mostra come il finto operatore non stia affatto mitigando la propria autorità epistemica riconoscendo la superiorità dell'interprete, ma stia semmai riassumendo il controllo dell'alternanza dei turni e coordinando un ritorno a un modello in cui la sola reazione ammessa, per l'interprete, è la traduzione. In termini di autorità epistemica, quindi, questo tipo di reinserimento non è poi così diverso da quelli in cui il finto medico produce il terzo turno della tripletta IRE, ossia quelli in cui reagisce a un contenuto che "idealmente" non dovrebbe nemmeno capire.

Ciò contrasta nettamente con quanto avviene nei reinserimenti reali, dove l'operatore si orienta all'interazione non mediata con il paziente mettendo in campo le proprie conoscenze linguistiche nella lingua del paziente. Nell'esempio 5.16 vediamo infatti che l'ostetrica mostra la propria comprensione della risposta della paziente a una domanda (tradotta) dall'interprete (04). Nel quarto capitolo abbiamo visto come questo tipo di reinserimento dell'operatore proietti due tipi di reazioni da parte dell'interprete. Se l'operatore mostra di aver capito bene, l'interprete lascia che questi comunichi direttamente con il paziente e monitora la comprensione intervenendo solo laddove vi siano problemi. Se invece l'operatore ha capito male, l'interprete interviene per rettificare la sua comprensione e tradurre quanto il paziente aveva effettivamente detto. Questo è ciò che si verifica nell'esempio sotto, dove l'interprete interviene con un'etero-riparazione del turno dell'operatrice (05). In tal modo rivendica la propria autorità epistemica a livello linguistico con un'etero-correzione in seconda posizione che viene accettata dall'operatrice (cfr. "ah"),

la quale si avvia poi a esprimere un giudizio medico sulla non rilevanza del contributo della paziente. L'interprete si allinea alla reazione dell'ostetrica riconoscendole un gradiente epistemico superiore in ambito medico: verbalizza, infatti, che si tratta di "un'altra cosa" e dimostra con esitazioni e pause di trattare, al pari dell'operatrice, i contributi della paziente come non rilevanti ai fini delle indagini sulle sue gravidanze precedenti. Tanto che non lascia "filtrare" l'ultimo turno della paziente per il rappresentante istituzionale, ma vi risponde con due *assessment* (cfr. "c'est bien") che la rassicurano circa il fatto che, come diceva l'ostetrica, quanto racconta è del tutto normale. Talmente normale che non vale la pena tradurlo all'operatrice, che ha fretta di proseguire la propria intervista (cfr. "dai allora" al turno 20).

Es. 5.16 L'interpretazione dei reinserimenti dell'operatore: interazioni reali [da 8IRE]

01	B	PAZ:	parce que quand j'avais la grossesse je ne faisais pas caca
02			<1>
03	B	PAZ:	je ne faisais [pas caca]
04	**A**	**OPE:**	**[quando è] nato ha fatto [la cacca]**
05	**I**	**INT:**	**[ehm no] no <pausa> quando lei era incinta non faceva la cacca**
06	A	OPE:	ah <pausa> va bene questo
07	I	INT:	[sì è un'altra cosa ehm]
08	B	PAZ:	[j'ai mangé les choses] dures [ehm les des trucs]
09	I	INT:	[ehm ha mangiato] delle cose dure dice
10	B	PAZ:	alors
11	I	INT:	[ehm]
12	A	OPE:	[ehm] è norma [non è]
13	I	INT:	[ehm] c'est pas <pausa> c'est pas la
14	A	OPE:	comunque [ma sì dai]
15	I	INT:	[la raison]
16	B	PAZ:	mais ici quand j'ai dit cette grossesse là j'ai fait le caca normal [à chaque] matin
17	I	INT:	[normal] <pausa> c'est bien
18	B	PAZ:	normal [ehm ehm]
19	I	INT:	[c'est bien]
20	**A**	**OPE:**	**dai allora**
21	I	INT:	hm
22	A	OPE:	è <pausa> ventitré settimane

Per quanto riguarda, dunque, i reinserimenti degli operatori abbiamo visto come le interazioni simulate e reali siano sostanzialmente opposte: mentre nelle prime il reinserimento dell'operatore (che finge di non capire) rende rilevante la traduzione, nelle seconde il reinserimento dell'operatore (che mostra di capire) rende la traduzione non rilevante.

La struttura sequenziale non cambia quando a reinserirsi sono i pazienti, con peculiarità che saranno illustrate da due esempi. Gran parte delle interazioni simulate contengono almeno una sequenza in cui l'esaminatore che fa la parte della paziente si reinserisce con un contributo risibile rispetto al quale gli altri due interlocutori devono decidere come posizionarsi. Lo *humour* può culminare in una singola battuta (prima parte

dell'Es. 5.17), oppure distribuirsi su più turni, traducendosi in una serie di esplosioni minori che rendono rilevante una negoziazione della traduzione prima che si possa tornare al modello (seconda parte dell'Es. 5.17). In entrambi i casi, i partecipanti mostrano di orientarsi alla traduzione dei turni "originali" e alla valutazione delle conoscenze linguistiche che questa traduzione manifesta.

Nella prima parte dell'esempio è perfettamente riconoscibile il *pattern* AIBIA: il medico pone una domanda che proietta una prima traduzione dell'interprete, la quale rende rilevante la risposta della paziente, a sua volta tradotta. La sequenza idealizzata termina con un nuovo turno del medico, che si appresta a porre un'altra domanda. A questo punto si seleziona però la paziente, che si reinserisce con un contenuto risibile: riprende, infatti, i concetti di rapporto sessuale e di gravidanza, solitamente in una relazione di causa-effetto, alludendo al caso della vergine, che grazie allo spirito santo ha avuto l'effetto senza la causa. L'interprete reagisce alla battuta con una risata, cui segue però immediatamente la traduzione per il medico, che dopo un breve *assessment* pone la domanda successiva e sancisce un ritorno al modello idealizzato. In questa prima parte dell'interazione vediamo come, pur occasionando la risata dell'interprete, la battuta venga comunque interpretata come contenuto proposizionale da tradurre e rapidamente ricondotta al modello idealizzato, alla cui ri-costruzione concorrono sia l'interprete che il medico.

Es. 5.17 L'interpretazione dei reinserimenti del paziente: interazioni simulate [da 10ISS]

```
01  A  OPE:    <pausa> ma per caso è incinta {domanda}
02  I  INT:    vous êtes enceinte {domanda}
03  B  PAZ:    <pausa>  {inala}  <pausa> ehm non <pausa> ehm vu que je n'ai
               pas eu de rapports ehm depuis ehm six mois
04  I  INT:    ok <pausa> no e non ho rapporti da sei mesi
05  A  OPE:    hm <pausa> va bene
06  B  PAZ:    à moins que ce soit le saint esprit
07  I  INT:    <pausa>  {ride} a meno che non sia lo spirito santo ma
08  A  OPE:    questo non
09  I  INT:    [{ride}]
10  A  OPE:    [non lo] sappiamo <pausa> senta ha mal di testa {domanda}
```

La seconda parte dell'esempio si avvia con una tipica sequenza di indicazioni terapeutiche (cfr. Es. 3.16, 3.17): il medico prescrive alla paziente alcuni comportamenti da tenere per evitare una nuova crisi di ipertensione, l'interprete traduce questo turno e il medico prosegue con un secondo turno di indicazioni, che va però a sovrapporsi con un primo contributo ironico della paziente, che si reinserisce commentando "ma insomma che orrore". Il seguito dell'interazione mostra come non sia tanto il contenuto di questo turno a rendere titubante l'interprete (dal momento che poi lo tradurrà senza problemi linguistici) quanto la difficoltà di interpretarne la natura e quindi di reagirvi: trattasi di un turno di iniziazione che proietta una reazione "da interprete ideale" (ossia una traduzione)? Oppure di un'istanza di "laughter-talk" (Partington 2006) che rende rilevante una reazione "da

studente" (ossia una risata)? A questo dubbio si somma il fatto che il contributo inatteso è prodotto dalla paziente in sovrapposizione con il turno del medico, che deve parimenti essere tradotto. Dopo un'esalazione e una pausa, la studentessa sceglie di tradurre il turno della paziente, mostrando così di orientarsi alla resa del testo risibile. Il medico lo recepisce con un "e bè dovrà resistere un pochino" prima di ripetere quanto è andato perso nella sovrapposizione e tornare quindi al "business as usual" (Jefferson 1988: 419). La paziente non demorde però e, dopo la "risposta" traduttiva dell'interprete, incalza con altri due turni di lamentela che producono un effetto umoristico e che l'interprete si orienta ancora una volta a tradurre (cfr. "allora"). Prima che vi riesca, si auto-seleziona il medico che cerca di tagliare corto e di chiudere il RP, cui segue un'ulteriore battuta della paziente, che afferma di non poter "draguer" (lett. imbroccare) a causa di tutte quelle restrizioni. A questo punto la parola viene presa dall'interprete, che dissociandosi dalla paziente (cfr. "la signora si stava lamentando", dove l'interprete utilizza per la prima volta la terza persona per riferirsi alla paziente) formula il contenuto proposizionale dei turni 19 e 21, ma tralascia la battuta ironica fatta al 23. Così facendo, l'interprete si allinea con il medico-esaminatore, che sta visibilmente tentando di riportare il gioco di ruolo sui binari tracciati dal copione.

11	A	OPE:	è molto caldo in questi giorni quidi deve bere molta molta acqua anche due litri deve sforzarsi anche due litri d'acqua al giorno <pausa> niente caffè niente alcol <pausa> niente sale anche se le piace il salame
12	I	INT:	ok <pausa> je sais qu'il fait très chaud aujourd'hui et pendant cette période mais il faut boire beaucoup d'eau ehm deux litres par jour ehm vous ne devez pas boire de l'alcool et des et manger des aliments salés
13	A	OPE:	{inala} e [e eviti di esporsi al sole]
14	**B**	**PAZ:**	**[mais enfin c'est c'est l'horreur]**
15	I	INT:	{esala} <pausa> per me questo è un PAZimento
16	A	OPE:	e bè dovra resistere un pochino e eviti di stare al sole
17	I	INT:	ok <pausa> non vous devez résister et en plus vous ne pouvez pas vous exposer au soleil
18	A	OPE:	mm hm
19	**B**	**PAZ:**	**enfin je je rentre des vacances alors c'est pas la peine que je reste en vacances**
20	I	INT:	allora [{ride}]
21	**B**	**PAZ:**	**[je peux pas manger je peux pas boire] <pausa> je peux pas rester au soleil**
22	A	OPE:	mm hm <pausa> vabbè ha capito {domanda}
23	**B**	**PAZ:**	**comment je fais pour draguer {domanda}**
24	I	INT:	ehm <pausa> la signora si stava lamentando sul fatto che se deve rimanere qua senza bere e mangiare i cibi che le piacciono allora non ne vale la [pena rimanere in Italia]
25	A	OPE:	[eh signora] è così <pausa> ha capito quello che deve fare no {domanda}
26	I	INT:	vous avez compris [ce que vous devez faire]
27	A	OPE:	[arrivederci]
28	I	INT:	{ride} au revoir
29	A	OPE:	<pausa> {inala} va bene
30	I	INT:	ok

I due estratti di questa interazione simulata mostrano come l'interprete si posizioni rispetto alle occasionali o ripetute esplosioni di *humour* della paziente, la quale si reinserisce

aprendo delle sequenze inattese (ovvero devianti dal copione) rispetto alle quali i due interlocutori devono decidere come comportarsi. Dalle analisi è emerso come la reazione dell'interprete, che è comunque di tipo traduttivo, sia influenzata da come il medico-esaminatore si posiziona rispetto ai colpi di scena della paziente. Quando il medico si allinea a questi allontanamenti e li tratta come parte del gioco di ruolo, lo SI ride e poi procede con la traduzione del contenuto risibile, considerandola una normale e attesa "risposta" all'iniziazione della paziente (cfr. la prima parte dell'esempio). Quando invece il medico non si allinea con l'allontanamento (cfr. la seconda parte dell'esempio), lo SI tende a posizionarsi come il medico-esaminatore, cercando di fare il punto sulla traduzione dei testi rilevanti e di contribuire così a riportare l'interazione sui binari prestabiliti. In tal modo lo studente si allinea agli orientamenti didattico-valutativi del medico-esaminatore, che pare concepire la simulazione come un testo medico da tradurre (e valutare), esercitando un modello idealizzato a cui sempre cerca di fare ritorno. Fermo restando lo stesso orientamento alla traduzione, la paziente-esaminatrice pare dal canto suo più incline a mettere alla prova le capacità linguistiche dello studente e la sua "risposta" traduttiva a turni e testi imprevisti, che non a rispettare un copione e un modello idealizzato da cui non manca di allontanarsi. La sua stessa produzione linguistica, che spesso esula dall'ambito medico, pare del resto confermarlo.

Se i reinserimenti della paziente simulata proiettano una "risposta" traduttiva, per quanto non proprio "ortodossa" da parte dell'interprete (laddove la "retta via" sarebbe quella della finta visita medica), i reinserimenti dei pazienti reali rendono in genere la traduzione dell'interprete non rilevante. I nostri pazienti hanno infatti un qualche grado di competenza attiva e passiva nella lingua del paese di immigrazione e ciò li mette nelle condizioni di reinserirsi nell'interazione reagendo direttamente alle domande dell'operatore nel secondo turno che, "idealmente", spetterebbe all'interprete.[153] Questi reinserimenti "reattivi" sono in genere di due tipi: il paziente francofono reagisce direttamente al turno dell'operatore italofono con un turno in francese (cfr. la prima parte del turno 11), mostrando così di aver capito quello che gli è stato detto (competenza passiva), ma di non essere in grado di rispondere in italiano (competenza attiva); oppure il paziente reagisce direttamente al turno dell'operatore italofono con un turno in italiano (cfr. 09), mostrando così la propria competenza sia attiva che passiva nella lingua dell'istituzione sanitaria. Se nel primo caso la traduzione è comunque rilevante, perché il paziente ha ancora bisogno di qualcuno che gli "dia voce", nel secondo la traduzione non è rilevante, il che apre scenari interazionali molto più complessi (cfr. Kerbrat-Orecchioni e Plantin 1995, e soprattutto Traverso 1995) e fa sì che l'interprete debba co-costruire una nuova attività

[153] Ciò non esclude che vi siano anche casi in cui il paziente mostra la propria competenza in primo turno.

insieme agli interlocutori primari. Nell'esempio qui sotto, che è uno dei pochi casi in cui un operatore italofono manifesti, nei nostri dati, una competenza attiva in francese, l'interprete lascia che i due interlocutori primari comunichino direttamente, intervenendo con deboli segnali di *feedback* che mostrano come stia comunque continuando a monitorare la loro comprensione (cfr. "hm" in 02 e 05).

Es. 5.18 L'interpretazione dei reinserimenti del paziente: interazioni reali [da 7IREb]

```
01  A  OPE1:     raffreddore {domanda}
02  I  INT:      hm
03  A  OPE1:     § rhume et et lacrimation {domanda}
04  B  PAZ:      sì sì
05  I  INT:      hm
06               <pausa>
07  A  OPE1:     da quanto tempo {domanda}
08               <pausa>
09  B  PAZ:      § ehm <pausa> due giorno tre giorno
```

L'interprete torna a tradurre solo diversi turni dopo, all'inizio del secondo estratto che mostriamo, dove comunque la sua traduzione viene trattata come non rilevante dal paziente, che le si sovrappone rispondendo direttamente al medico prima in francese e poi in italiano. Il paziente riafferma così la propria volontà e capacità di comunicare direttamente con il medico. Tanto che, nei turni successivi, l'interprete torna nuovamente in modalità "stand-by" per re-intervenire solo quando il paziente mostra di non riuscire a rispondere al medico.

```
10  I  INT:      tu as [tu as déjà fait ehm la visite] {domanda}
11  B  PAZ:           [si j'ai fait § ho fatto visita]
12  A  OPE1:     e cosa t'han detto {domanda}
13  B  PAZ:      ein
14               <pausa>
15  A  OPE1:     cosa ti hanno detto {domanda}
16  I  INT:      qu'est-ce qu'il a dit le docteur {domanda}
17  B  PAZ:      <pausa> ehm il dottor niente
```

Questo estratto, esemplificativo rispetto ai molti altri che non mostriamo, sembra suggerire che questa nuova attività possa consistere nel monitorare la comprensione degli interlocutori primari lasciando che questi comunichino, quando possibile, direttamente e intervenendo solo laddove costoro manifestino problemi di ricezione (hanno capito male) e/o produzione (si sono espressi male). L'interprete rivendicherebbe così una superiorità epistemica di tipo linguistico che non emergerebbe soltanto dalla sua attività traduttiva secondo modello, ma sarebbe negoziata anche nelle sequenze che se ne allontanano. Questo esempio reale mostra inoltre come l'immagine della "barriera linguistica" su cui si reggono le interazioni simulate possa rivelarsi inadeguata nel caso di lingue vicine come l'italiano e il francese e di costellazioni linguistiche almeno parzialmente trasparenti. Contrariamente, infatti, a quanto il finto medico si sforza di mettere in atto (cfr. i "cosa dice" con cui finge di

non capire la paziente), nelle interazioni reali istituzione e utenza spesso si capiscono anche senza bisogno dell'interprete, la cui attività di interpretazione si modifica quindi in maniera non trascurabile, allontanandosi dal modello idealizzato di alternanza dei turni e avvicinandosi a delle forme di comunicazione plurilingue in cui la traduzione non è affatto sistematica, ma sistematicamente utilizzata quando emerge una difficoltà.

Le reazioni dei pochi interpreti che abbiamo preso in esame non hanno di per sé nessun valore rappresentativo. Il fatto, però, che confermino i risultati di Meyer (in stampa) e Anderson (in stampa), ossia il ritiro degli interpreti dall'interazione (*step back*) quando gli interlocutori mostrano di voler/saper comunicare direttamente e il loro rientro (*step in*) quando possono contribuire a promuovere o correggere una comprensione di cui restano comunque i responsabili, ci lascia pensare che questo non sia un caso isolato. Aldilà della frequenza con cui ricorre, questo fenomeno merita secondo noi di essere considerato nell'ottica del confronto con i dati didattici, che appaiono molto diversi sotto questo aspetto. Mentre, infatti, l'interprete reale ha la responsabilità di garantire la reciproca comprensione di quanto sta succedendo, e proprio in virtù di questa responsabilità comunicativa decide se e quando è rilevante tradurre, coordinare esplicitamente e/o monitorare l'interazione tra e con dei partecipanti primari che in un modo o nell'altro hanno bisogno del suo aiuto, l'interprete simulato non esercita nessuna responsabilità. Per quanto la scena del gioco di ruolo possa essere ben rappresentata, si può osservare che l'orientamento dei partecipanti è verso l'esercizio di un modello precostituito e verso la sua valutazione. Questo mette lo SI nelle condizioni di reagire nel solo modo che venga costruito come rilevante, ossia traducendo i turni degli interlocutori primari e allineandosi al vero coordinatore e "regista" dell'interazione: l'esaminatore. Questo mostra a sua volta un limite pedagogico importante del RP costruito come nei dati usati qui, che è quello di non contribuire a esercitare la responsabilità del coordinamento comunicativo dell'interazione che emerge invece in modo visibile e importante nelle interazioni reali.

5.2.3 Risultati del confronto

Lo scopo del confronto tra le interazioni simulate e reali era duplice: capire cosa esercitassero esattamente i giochi di ruolo presi in esame e capire se e per che cosa questo esercizio potesse essere utile nella formazione degli interpreti dialogici.

Dal confronto è emerso come l'unica attività che venga costruita (e quindi esercitata) nella simulazione sia un'attività traduttiva che si struttura come una successione di coppie adiacenti turno-traduzione-turno-traduzione. La "risposta" traduttiva, generalmente immediata, degli interpreti ai turni degli interlocutori primari mostra la loro comprensione

di questi stessi turni e il loro orientamento a riprodurli senza negoziarne il significato. Si parte infatti dall'assunto che una "buona" comunicazione sia quella in cui i partecipanti si capiscono istantaneamente e che una "buona" interpretazione sia quella in cui i singoli testi originali vengono subito decodificati e (ri)prodotti. L'alternanza tra i turni originali e le *versioni* traduttive *di* questi turni permette allo studente di mostrare e agli esaminatori di valutare tutta una serie di competenze (socio)linguistiche (per es. la conoscenza di lessico, grammatica, pronuncia e variazioni di registro) e pragmatiche (per es. la capacità di usare la lingua per fare una domanda o per dare ordini) che gli serviranno in futuro.[154]

L'utilità del gioco di ruolo rispetto, ad esempio, alla classica "interrogazione" sta nel fatto che queste competenze non sono mobilitate in astratto, ma "in azione" (cfr. Pekarek Doehler 2006; Mondada 2006a). Si iscrivono, cioè, nell'alternanza dei turni di parola e nell'(unica) attività che venga costruita dai partecipanti, ossia la traduzione secondo modello. I pochi allontanamenti vengono coordinati dal medico-esaminatore che: (a) avvia delle sequenze di domande e/o istruzioni che testano le capacità pragmatiche dello studente, ma che, a ben guardare, non hanno nessuna valenza comunicativa (cfr. l'interpretazione dell'esame fisico o degli appuntamenti successivi, che si strutturano come delle sequenze AIAIAI dove né A né I si orientano all'interazione con un paziente che sarebbe invece il destinatario delle istruzioni); (b) valuta localmente le competenze dell'interprete occupando il terzo turno della tripletta IRE e rivendicando così la propria autorità nell'unica materia che venga messa in campo, ovvero quella linguistica; (c) si adopera per promuovere la resa del *testo* previsto dal copione (cfr. le domande di chiarimento che proiettano delle peculiari sequenze di riparazione); (d) si allinea o non si allinea ai reinserimenti della finta paziente influenzando la reazione, in ogni caso traduttiva, dello SI. Per quanto riguarda i reinserimenti della paziente, abbiamo visto come questi siano caratterizzati da una produzione linguistica diversa da quella del finto medico, dal momento che esula dall'ambito sanitario e che è volta a testare la capacità degli studenti di reagire a contenuti e turni "imprevisti". Abbiamo verificato che qualora questo movimento contrasti con la volontà del medico di (ri)avvicinarsi al modello, lo studente si allinea al medico, confermandolo così come il vero "regista" di un'interazione in cui le competenze linguistiche sono il fine e non il mezzo della comunicazione.

Ben diverso è il caso delle interazioni reali, dove l'autorità linguistica dell'interprete è al servizio della comunicazione tra istituzione e utenza e dove il punto non è saper fare la

[154] A proposito dell'apprendimento degli studenti per il futuro, Holdsworth sostiene che "the nature of the activities provided for them within schools generally lack productive outcomes: serious purposes that go beyond the classroom or the school. Instead, they are asked to defer important outcomes: to 'learn for later'. Yet, at the same time, we know that young people lead complex lives outside schools in which they exercise high levels of responsibility" (2005: 139).

traduzione dall'italiano al francese e viceversa ma saper "tradurre" (nel senso etimologico di "spostare")[155] il significato che viene costruito nell'interazione in maniera tale che sia condiviso dai partecipanti, e questo indipendentemente dalla lingua che si usa (cfr. il "tesserino" che viene mantenuto in italiano). La traduzione turno per turno che si avvicina al modello idealizzato non è affatto garanzia di condivisione e non è che una delle (re)azioni, peraltro nemmeno la più frequente, attraverso cui gli interpreti reali permettono, promuovono o correggono la reciproca comprensione dei partecipanti all'interazione. Mentre gli interpreti simulati si limitano a reagire nel turno immediatamente successivo orientandosi a restituire degli originali senza negoziarne la comprensione e senza preoccuparsi che il ricevente li comprenda (dal momento che gli interlocutori si capiscono comunque), gli interpreti reagiscono (in secondo turno) e agiscono (in primo turno) orientandosi a "disegnare" i propri enunciati per il ricevente e a costruire significati e comprensione nell'interazione. Il formato turno-traduzione-turno-traduzione si alterna quindi con altre organizzazioni della "traduzione" (sempre nel suo senso etimologico più ampio), le quali paiono fortemente influenzate dall'attività in corso. In altre parole, sono le diverse attività che vengono negoziate dai partecipanti nell'interazione che costruiscono il "da dirsi", il "da farsi" e quindi il "da tradursi" e il "come tradursi".

Tra le reazioni dell'interprete in secondo turno abbiamo osservato, oltre alla traduzione immediata che si avvicina al modello: la traduzione di significati negoziati su più turni e con più interlocutori primari; la risposta autonoma agli operatori sanitari in cui gli interpreti "recuperano" delle informazioni sul paziente nel momento in cui sono rilevanti per l'attività in corso; la risposta autonoma al paziente in cui gli interpreti comunicano delle informazioni sul funzionamento del sistema sanitario. Tutte queste reazioni mostrano l'orientamento dell'interprete reale alla costruzione degli enunciati per il ricevente, che può essere sia il medico che, il più delle volte, il paziente. Tra le azioni in primo turno, che in genere si orientano invece alla costruzione e al monitoraggio della comprensione e della partecipazione nell'interazione, abbiamo riscontrato: le sollecitazioni della narrazione del paziente per mezzo di domande promozionali; le sollecitazioni all'operatore affinché contribuisca a risolvere un problema comunicativo; le domande anamnestiche che l'interprete formula autonomamente quando viene delegata alla co-intervista; le "forniture" di indicazioni e spiegazioni che l'interprete è delegata a fornire al paziente, che vi partecipa attivamente; e le richieste di chiarimento su termini che sono rilevanti per l'attività in corso.

È nella commistione tra azioni e reazioni che gli interpreti contribuiscono a costruire un terreno comune su cui fare andare avanti l'interazione. Loro ne sono i "registi" e i

[155] A proposito dell'etimo di tradurre si legga la trascrizione del discorso di Mattioli riportata in Nasi e Silver 2009.

coordinatori, e la loro funzione di coordinamento viene esercitata (a) nella *traduzione*, intesa questa volta nel senso restrittivo di "resa", dal momento che la lingua di questa *versione di* quanto ha detto un interlocutore primario seleziona il secondo e dal momento che, come abbiamo visto, questa versione contiene degli "adattamenti" al ricevente a cui si rivolge; (b) nella *mediazione*, intesa come "tutto ciò che non è traduzione diretta", dal momento che molte delle altre (re)azioni che abbiamo documentato, contribuendo a riempire di significato un'etichetta tanto vaga quanto inflazionata, sono in qualche modo legate alla traducibilità di turni e sequenze. L'interpretazione dialogica è quindi sia traduzione che mediazione nella misura in cui entrambe permettono di promuovere la comunicazione tra gli interlocutori primari. E l'interprete dialogico è colui che decide quale delle due sia di volta in volta più funzionale per la comunicazione di cui è responsabile. È proprio in virtù della propria responsabilità comunicativa che l'interprete valuta come agire o reagire in base a ciò che è rilevante *hic et nunc* per l'attività e per l'interazione in corso, o per il percorso di cura in cui entrambe si inseriscono, rispetto al quale l'interprete si pone come figura di coordinamento.

I mediatori interculturali che lavorano nelle istituzioni sanitarie hanno quindi ben ragione di dire che fanno molto più che tradurre. Sbagliano però quando associano il loro valore aggiunto a una mera questione "culturale", presupponendo che solo chi ha una storia di immigrazione possa essere un buon mediatore. Abbiamo visto, infatti, come solo in rari casi la mediazione mobiliti delle conoscenze culturali (cfr. il caso dell'ecografia morfologica, dell'amniocentesi o del prefisso internazionale)[156] e come anche le conoscenze non linguistiche che vengono mobilitate siano comunque al servizio di un'autorità e responsabilità di tipo comunicativo. I risultati delle nostre analisi rispondono così a due questioni attualmente molto dibattute: è vero che solo un immigrato può essere un buon mediatore? Ed è vero che i mediatori si sostituiscono agli operatori sanitari? La risposta in ambo i casi ci pare essere negativa. La funzione di coordinamento che si esplica nella traduzione e nella mediazione viene infatti nei nostri dati esercitata sia da mediatrici non formate con una storia di immigrazione alle spalle che da un'interprete italiana formatasi all'università (peraltro la stessa in cui abbiamo registrato le simulazioni). La *conditio sine qua non* per una buona mediazione ci pare semmai essere la consapevolezza di ciò che sta succedendo nell'interazione e vedremo nel prossimo capitolo come poterla promuovere. Quanto poi al fatto di sostituirsi agli operatori, abbiamo visto come le uniche conoscenze che vengano realmente negoziate (ossia mitigate o rivendicate) dalle interpreti siano

[156] Ci preme sottolineare come nei dati da noi analizzati non vi sia quello scontro o conflitto di culture che secondo alcuni motiverebbe l'utilizzo del termine e della figura del "mediatore". I nostri dati paiono quindi confermare come questo possa essere un uso improprio dell'uno e dell'altro, e giustificano peraltro il nostro utilizzo dell'iperonimo "interprete dialogico".

conoscenze di natura linguistica e come tutte le altre siano messe al servizio della sola autorità/responsabilità comunicativa. L'interprete non si sostituisce affatto al personale sanitario, ma usa la propria autorità in ambito linguistico – ossia il proprio accesso diretto alla conoscenza di come dire le cose per "re-author the doctor's knowledge" (Baraldi in stampa). Dal momento che far comunicare istituzione e utenza significa mettere il paziente nelle condizioni di poter condividere certi significati (un esempio per tutti: quello in cui il medico dice alla paziente che deve andare al Cup), l'interprete si serve delle proprie conoscenze sul sistema sanitario (cosa/dove sia tale ufficio e a cosa serva) per assicurare una comprensione di cui è responsabile e che non manca peraltro mai di monitorare.

È l'interazione mediata stessa a dare all'interprete dialogico questa responsabilità, o a togliergliela nel caso delle simulazioni, dove lo SI non esercita alcuna responsabilità comunicativa perché (a) gli interlocutori primari hanno un gradiente epistemico linguistico positivo e sono perfettamente in grado di comunicare anche senza il suo aiuto (cosa che potrebbe forse essere migliorata nella "recitazione"), e soprattutto (b) l'orientamento non è o non è solo "alla recita", ma alla formazione a e valutazione di un certo modello atteso sul quale il valutatore ha un gradiente epistemico molto più alto (dello studente), il che ne fa il reale responsabile del coordinamento interazionale.

5.3 Conclusione

In questo capitolo abbiamo cercato di supplire alla mancanza di studi che mettessero direttamente a confronto delle interazioni simulate con le loro controparti reali (cfr. Stokoe 2011a). Lo abbiamo fatto sulla base di due piccole raccolte di interazioni in ambito medico e i risultati che ne abbiamo tratto non sono quindi generalizzabili a tutte le simulazioni di interazioni in questo ambito, né tantomeno a tutti i *role-play* di interazioni mediate.

Ciò nondimeno, questi risultati possono servire a problematizzare quello che separa il gioco dalla realtà e a "informare" una didattica che si basa sul *learning by doing*, mostrando come quello che si sta facendo (e imparando) nella simulazione non sia che una minima parte della complessità del reale, e riflettendo su come questa complessità possa essere in qualche modo restituita. Questi saranno gli obiettivi del prossimo capitolo, dove partendo dai risultati delle nostre analisi faremo delle riflessioni che si collocano a un più alto livello di generalizzazione e che possono contribuire a migliorare la formazione degli interpreti dialogici.

CAPITOLO 6
Sulla formazione degli interpreti dialogici: dal ruolo alla responsabilità

"Per", "Intorno a", "Sulla" ecc.
indicano che si cercherà di dare un apporto che non risolve,
ma aiuta a comprendere la complessità.
E la traduzione è certo una questione complessa,
che non riguarda solo le lingue, ma le culture:
non è insomma un problema strettamente linguistico,
ma anche etico, politico, estetico

Nasi (2009: 10)
Per una fenomenologia del tradurre

6.1 Introduzione

La formazione degli interpreti dialogici è da sempre caratterizzata da una parte cospicua di *learning by doing* (« 0.3.1.1). Concentrandoci sulle pratiche conversazionali di una piccola raccolta di dati, abbiamo però visto come quello che fa (e impara) l'interprete nelle interazioni simulate non è che una parte di ciò che fa l'interprete nelle interazioni reali. Mentre, infatti, nella simulazione si esercita solo l'attività che è "idealmente" associata all'interpretazione, ossia la resa traduttiva, nel mondo reale la traduzione si interseca con altre attività che costruiscono il "da dirsi" e il "da farsi", i quali contribuiscono a costruire il "da tradursi".

Non vogliamo qui entrare nel merito di se e come si dovrebbero "insegnare" le altre attività che compongono la complessità del reale. Intendiamo tuttavia mostrare che ci sono, e che il fatto che ci siano potrebbe "informare" la didattica. Nel presente capitolo ci poniamo quindi un duplice obiettivo.

Da una parte, quello di soffermarci su quell'unica attività che viene esercitata nel gioco di ruolo, mettendo in luce come ci si orienta nella formazione dell'interprete dialogico in una delle istituzioni universitarie più prestigiose d'Italia e come si orienta l'interprete dialogico che agisce sul campo in Italia e all'estero. Posto che questa tesi partiva dall'assunto che vi fosse un divario tra formazione (almeno accademica) e professione, vedere esattamente in che cosa questo consista offre materiale per una serie di riflessioni sull'(in)autenticità del gioco di ruolo.

Dall'altra, quello di problematizzare il tentativo che è stato fatto di ricondurre le "altre attività" che compongono la complessità del reale a una serie di ruoli (cfr. Leanza 2005, Merlini 2009), mostrando come la questione dei ruoli possa in realtà essere mal posta. Ci pare, infatti, che queste attività non facciano dell'interpretazione dialogica "un altro lavoro" (cfr. Zorzi in stampa), ma richiedano semmai all'interprete di esercitare una responsabilità comunicativa rispetto a quanto viene co-costruito dai partecipanti, (re)agendo in funzione di ciò che è rilevante per l'attività e l'interazione in corso e per il percorso di cura in cui si inseriscono.

Per essere in grado di assumersi la responsabilità della comunicazione nell'interazione mediata, gli interpreti devono essere consapevoli "of what is actually being done through language use at any one point in time" (Anderson in stampa). In tal senso, l'analisi della conversazione può essere un valido strumento non solo di ricerca, ma anche di formazione – o almeno di "informazione" per la formazione – e nella terza parte del capitolo proporremo alcune riflessioni a tale proposito.

Il nostro fine ultimo non è quello di attaccare le simulazioni né il contesto formativo nel quale sono state registrate, ma semmai quello di contribuire a suggerire modalità di formazione più adeguate alle esigenze delle istituzioni. Queste riflessioni non hanno naturalmente la pretesa di essere risolutive, ma di aiutare a comprendere la complessità di un'attività traduttiva che non riguarda solo la restituzione di un testo, ma anche la responsabilità di comunicare un significato.

6.2 L'(in)autenticità dell'attività traduttiva nel gioco di ruolo

In questa tesi abbiamo analizzato le simulazioni *come* interazioni, rifacendoci al contesto didattico che circondava l'evento focale preso in esame solo quando erano i partecipanti stessi a renderlo dinamicamente e dialogicamente rilevante (cfr. i turni valutativi o correttivi) o quando poteva fornire delle risorse per una appropriata interpretazione di certe sequenze (cfr. le narrazioni delle interpreti).

Ad analisi concluse, questa sezione ricollocherà però le interazioni simulate nella loro cornice didattica, descrivendo il gioco di ruolo nei termini di un'attività nella quale e attraverso la quale i partecipanti simulano un'altra attività, nel nostro caso quell'interazione mediata in ambito sanitario che abbiamo osservato fino ad ora. Questa operazione di "ricollocamento" ci permetterà di distinguere due diversi ordini di (in)autenticità nella simulazione: il primo è legato al fatto di avere un *frame* dentro a un altro *frame* a cui i partecipanti continuano a orientarsi, ed è tanto prevedibile quanto inevitabile; il secondo è legato al fatto di simulare delle situazioni e degli usi linguistici che non corrispondono a quelli del mondo reale. E su questo, che tratteremo più a lungo, crediamo ci sia invece un margine di miglioramento.

6.2.1 Il gioco di ruolo come attività didattica

Il gioco di ruolo è un tipo di attività didattica in cui i partecipanti simulano un altro tipo di attività (Linell & Thunkvist 2003). Secondo Levinson (1979), ogni "activity type" limita ciò che i partecipanti possono legittimamente fare e allo stesso tempo aiuta a interpretare come quello che fanno debba essere "preso". Ad esempio, quello che viene detto da un medico in un'interazione medico-paziente viene interpretato a seconda di come la situazione viene *incorniciata* dai partecipanti, in altre parole a seconda di quello che ci si aspetta che succeda in quel tipo di attività. La nozione di "activity type" di Levinson non è quindi molto distante da quella di "frame" che è stata introdotta da Bateson (1972) e poi ripresa e sviluppata da

Goffman (1974).[157] In entrambi i casi, il contesto è analizzato dalla prospettiva dei partecipanti: quello che un partecipante tratterà come contesto rilevante dipenderà dalle attività svolte in un determinato momento.

Come si è già sottolineato nel primo capitolo (cfr. Nota 74), la complessità del gioco di ruolo è che vi sono due contesti rilevanti: la "framing activity", ossia l'attività didattica della simulazione, e la "framed activity" ossia l'attività che viene simulata (Goffman 1974). Dal momento che ogni tipo di attività implica degli "activity roles or identities" (Linell e Thunqvist 2003: 412), nel gioco di ruolo vi sono due strati di identità: quelle che Francis (1989) chiama "identities within the game" e quelle che definisce "game-context identities". L'esistenza di questo doppio strato fa sì che i partecipanti abbiano "two normative frameworks to which they are required to orient" (Francis 1989: 58). In parole semplici, devono interpretare il loro ruolo nel gioco facendo però anche attenzione al contesto didattico in cui è incorniciato.

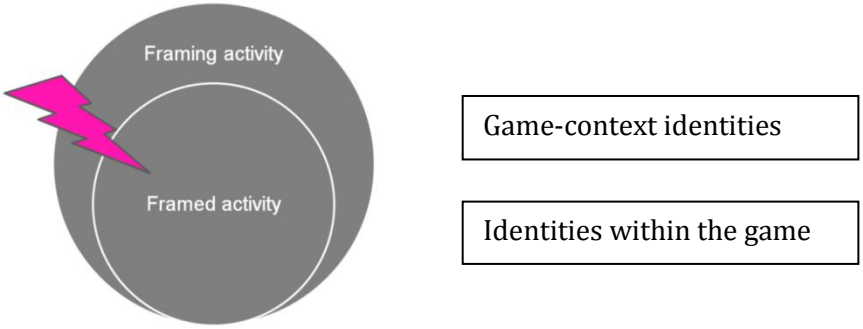

Fig. 6.1 Il gioco di ruolo: un'attività che simula un'altra attività

Gli studi conversazionali che hanno considerato la simulazione come attività degna di approfondimento a prescindere dalla sua aderenza a una presunta situazione "reale" hanno messo in luce come uno degli aspetti interessanti di questo particolare tipo di attività sia proprio il modo in cui i partecipanti entrano ed escono dai due *frame* negoziando le eventuali ambiguità che possono originarsi nell'interazione (cfr. Sharrock e Watson 1985; Linell e Thunqvist 2003; Seale et al. 2007).[158] Ciò che emerge da questi studi è che la *framing activity* ha spesso la precedenza rispetto alla *framed activity* (cfr. de la Croix e Skelton 2009), ma che non per questo la simulazione non può essere una forma di comunicazione autentica

[157] La cibernetica e le teorie di Bateson (1972) hanno contribuito non poco a problematizzare il rapporto tra l'evento focale e il contesto in cui è inserito, assimilandolo al rapporto che esiste tra l'organismo e l'ambiente circostante (cfr. l'esempio dell'uomo cieco in Bateson 1972: 465, che è commentato in Goodwin e Duranti 1992: 5). Riflettendo sul gioco, sul teatro e sulla messa in scena, Bateson prima, e Goffman poi, hanno messo in evidenza come le stesse azioni (per es. dei morsi) possano essere interpretate come aggressive o come giocose a seconda del *frame* che i partecipanti decidono di applicarvi (quello di uno scontro o quello del gioco).

[158] Quella dei *frame break/switch/shift* è peraltro una strada che abbiamo battuto in uno stadio iniziale del presente lavoro, allorquando ci sembrava che questo tipo di analisi potesse servire a mettere in luce le peculiarità delle nostre simulazioni (cfr. Niemants in stampa b). L'abbiamo poi abbandonata poiché pur facendo emergere la ricchezza dei giochi di ruolo non ci era utile nell'ottica del confronto con le interazioni reali.

o un valido strumento di formazione e valutazione (Okada 2010). Tutto dipende da cosa s'intende per "autentico" e da cosa si vuole sviluppare o valutare.

6.2.1.1 La simulazione di un'interazione sanitaria mediata

Nei nostri dati didattici, la *framing activity* è un *role-play* d'esame dove due esaminatori e uno studente (*game-context identities*) simulano un'interazione sanitaria mediata (la *framed activity*). Questo particolare tipo di attività implica tre "activity roles or identities to be enacted by the parties" (Linell e Thunqvist 2003: 412): quello di operatore sanitario, di paziente e di interprete (le *identities within the game*).

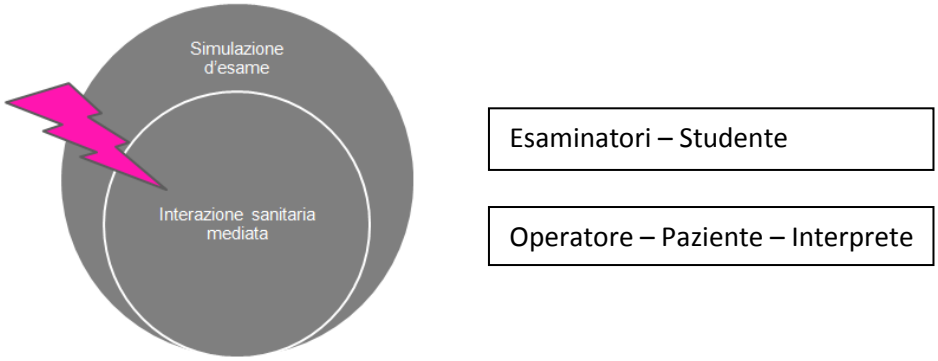

Fig. 6.2 I nostri giochi di ruolo: la simulazione di un'interazione sanitaria mediata

I partecipanti interpretano questi tre ruoli facendo leva su ciò che viene comunemente associato agli stessi. Nelle parole di Francis (1989: 59) "participants invoke 'what we all know' about such identities to organize the ongoing course of play". Fare l'operatore sanitario equivale dunque a fare quelle attività che vengono comunemente associate con il medico (per es. il fatto di fare domande o di prescrivere dei farmaci). Fare il paziente equivale a fare quelle attività che vengono comunemente associate con il paziente (per es. il fatto di spiegare i propri sintomi). E fare l'interprete equivale a fare ciò che viene comunemente associato con l'interprete (per es. tradurre).

6.2.1.1.1 La traduzione come category-bound activity

Sacks (1972) definisce quelle attività che sono comunemente associate a delle categorie di identità come "category-bound activities". Questa nozione è stata ripresa in diversi studi sul gioco di ruolo (« 1.2.2.2.2) per mostrare come nelle simulazioni i partecipanti mettano in campo quelle attività che "idealmente" un certo ruolo dovrebbe fare, ossia quelle che "are hearable as coming from the prescribed role" (Okada 2010: 1650).

Nel nostro caso, la prescrizione non riguarda solo l'attività che "idealmente" si associa all'interprete, ossia la traduzione, ma anche il modo in cui questa attività dovrebbe

essere "idealmente" svolta. Non solo, infatti, lo studente traduce, ma lo fa riproducendo turno per turno quanto esprimono gli interlocutori primari, ossia attuando quel modello idealizzato di interpretazione dialogica che è stato elaborato sulla base di come l'interazione mediata dovrebbe essere e non sulla base di come effettivamente è. Come vedremo, è proprio questa duplice idealizzazione a togliere autenticità alla simulazione, dal momento che la traduzione non è in realtà l'unica attività dell'interprete dialogico e che, anche quando traduce, l'interprete reale non lo fa sempre turno per turno.

6.2.2 Cosa intendiamo per (in)autenticità

L'utilizzo di materiale "autentico" in classe raccoglie da anni un ampio consenso nella letteratura sull'insegnamento delle lingue straniere e seconde, poiché si pensa che possa aiutare a colmare il divario che esiste tra la classe e il mondo "reale". Da qui una profusione di studi su cosa significhi "autenticità" e su come questa possa essere raggiunta in attività didattiche quali, ad esempio, il gioco di ruolo. Vi è chi ritiene che l'autenticità risieda in un reale scopo comunicativo, chi pensa che l'autenticità sia possibile nella misura in cui l'attività didattica si lega a degli obiettivi del mondo reale (per es. quello di comprare un biglietto del treno), chi crede che l'autenticità sia raggiungibile solo se si sfrutta l'autenticità potenziale del contesto didattico, e ancora chi sostiene che l'autenticità dipenda dal coinvolgimento dello studente.[159]

Di queste posizioni, quella che più si avvicina alla nostra è l'ultima, dove si sostiene che l'autenticità sta più nella reazione dello studente che non nella perfetta riproduzione del mondo reale. Nelle parole di Widdowson: "the language must be such that the learner is willing and able to react to it authentically" (1978: 90). Nel nostro caso, la reazione dello studente è una "risposta" traduttiva che ci pare doppiamente inautentica.

Un primo livello di inautenticità è dato dal fatto che gli interpreti simulati "rispondono" orientandosi alla *framing activity* e non alla *framed activity*. Le nostre analisi hanno infatti mostrato come gli studenti si orientino alla costruzione delle loro "risposte" traduttive in funzione della valutazione che ci sarà nel *frame* didattico e non in funzione del ricevente o della costruzione della comprensione e della partecipazione degli interlocutori, come è invece il caso nelle interazioni sanitarie mediate. Del resto, "it is hard to support a claim that participants in role-play are oriented to the same interactional contingencies as they would be in the actual setting" (Stokoe 2011a: 122) dal momento che vi è un doppio strato di identità e che il contesto e le identità dell'esame hanno il sopravvento rispetto al

[159] Cfr. Guariento e Morley (2001) per una breve panoramica sulle principali scuole di pensiero al riguardo della "task authenticity".

contesto e alle identità dell'interazione simulata. Anche qualora il RP si basi sulle parole pronunciate da veri medici e pazienti, ciò che è autentico per gli *user* quando vivono la situazione reale non può essere autentico per i *player* che la interpretano (Widdowson 1998: 10-12), perché i *player* si orientano inevitabilmente al contesto del gioco. E in questo contesto si traduce per esercitare delle competenze che verranno valutate e non per far comunicare due interlocutori primari, che peraltro già si capiscono perfettamente e già condividono tutte le informazioni. E se comunicare significa "fare altri partecipi di una cosa", allora nelle nostre simulazioni viene meno anche quel reale scopo comunicativo che secondo alcuni sarebbe la base di un'attività didattica autentica.

Se su questo primo livello di inautenticità è difficile intervenire, dal momento che per definizione i giochi di ruolo sono attività in cui i partecipanti simulano altre attività senza però mai disattivare completamente la cornice del gioco (cfr. Fig. 6.3 sotto), vi è un secondo livello di inautenticità che è dato dal fatto che lo studente non "risponde" alle stesse situazioni che vi sono nel mondo reale (inautenticità situazionale) e non "risponde" mettendo in campo le stesse strategie comunicative (inautenticità interazionale).

Fig. 6.3 L'inautenticità delle simulazioni

A questo livello, c'è secondo noi un margine di miglioramento e nei prossimi paragrafi spiegheremo in quali termini.

6.2.2.1 (In)autenticità situazionale

Secondo Ellis, "authenticity concerns whether a task needs to correspond to some real world activity, i.e. achieve situational authenticity" (2003: 6). Nel nostro caso, l'autenticità situazionale è solo apparente poiché, se è vero che la simulazione corrisponde a un tipo di attività reale, ossia l'interazione sanitaria mediata, è vero anche che questa situazione è molto lontana dall'idealizzazione che di questa viene messa in gioco (cfr. Fig 6.3 sopra).

6.2.2.1.1 Barriere linguistiche vs costellazioni trasparenti

La situazione che viene simulata nel gioco di ruolo è una in cui gli interlocutori primari sono individui monolingue che non si capiscono affatto e questo determina la necessità di una "risposta" traduttiva da parte dell'interprete dialogico. Tutte le simulazioni iniziano in effetti con il medico che chiede alla paziente se parla l'italiano, e questa, pur con comiche variazioni sul copione, sempre risponde di no, giustificando così la presenza dell'interprete. In realtà, si è visto come nelle interazioni sanitarie mediate la "barriera linguistica" possa essere più permeabile di quanto si pensi, dando origine a delle costellazioni linguistiche almeno parzialmente trasparenti in cui uno o più interlocutori primari manifestano un grado di competenza attiva e/o passiva nella lingua dell'altro e usano entrambe le loro lingue per raggiungere gli scopi dell'interazione.

Le nostre analisi, in particolare, hanno confermato come soprattutto nel caso di lingue vicine come l'italiano e il francese, e nel caso di pazienti immigrati che vivono già da qualche tempo nel paese di accoglienza, sia altamente improbabile che l'utenza non abbia nessuna competenza attiva nella lingua dell'istituzione sanitaria.[160] E come sia sempre più raro che anche i rappresentanti istituzionali, che sono spesso a contatto con l'utenza straniera, non mostrino almeno una qualche competenza passiva nella lingua dei pazienti. In questa situazione, l'autenticità della "risposta" traduttiva dell'interprete sta più nella reazione al contesto sequenziale che la rende necessaria, che non in una restituzione turno per turno che in molti casi è del tutto irrilevante. Gli interpreti devono quindi sviluppare una sensibilità a quei comportamenti verbali "that can potentially index an (at least partial) understanding of the 'other' language on the part of one or more primary participants" (Anderson in stampa) per poter valutare se e come rispondervi.

---

[160] Questo è vero, nel nostro caso, anche per i due turisti francesi che partecipano alle interazioni 11IRN e 12IRN (cfr. Fig. 2.2), i quali come tipicamente avviene con il turismo che contraddistingue la Riviera Romagnola, dicono di venire in Italia già da diversi anni, rammaricandosi però di non essere ancora in grado di parlare bene la lingua. Così viene co-costruito questo significato dalla moglie accompagnatrice del paziente (ACC), dall'interprete in servizio (INT1) e dalla stagista interprete (INT2) che assiste e che in questo caso interviene nell'interazione:
ACC: on vient déjà en Italie on ne sait pas encore parler l'italien [c'est pas bien ça {ride}]
INT1: [ah dommage {ride}] {ride}
ACC: oue
INT1:mais vous comprenez bien
ACC: je comprends un peu
INT1 : eh
ACC: mais parler non <pausa> c'est un peu difficile pour moi
INT1: oue
ACC: il faudrait déjà que <pausa> on reste plus longtemps <pausa> et qu'on parle toujours avec quelqu'un qui parle que l'italien
INT1: ein
ACC: alors voilà
INT1: [ein oui]
INT2: [comme ça] vous êtes forcés de de parler
ACC: oue

Di questi comportamenti verbali ne abbiamo identificati diversi (« 4.2.2.2.2), che abbiamo distinto a seconda di chi li metteva in atto e a seconda del tipo di competenza che manifestavano (attiva o passiva). Ne richiameremo quattro, che sono stati identificati, oltre che nei nostri dati, anche in altri studi sulle interazioni mediate in ambito sanitario (cfr. per es. Meyer in stampa). La loro ricorrenza ci lascia infatti pensare che andrebbero considerati nelle simulazioni di questo tipo di interazioni, al fine di rendere più "autentica" la "risposta" traduttiva dello studente. Laddove produrre una "risposta" autentica potrebbe anche significare non produrla affatto.

Il primo comportamento è il reinserimento dell'operatore sanitario che manifesta comprensione della risposta della paziente a una domanda (tradotta) dell'interprete. In questo contesto sequenziale, che è esemplificato nei nostri dati dal caso dell'ostetrica che si reinserisce dicendo "quando è nato ha fatto la cacca" (cfr. Es. 4.20 e 5.16), una "risposta" traduttiva "autentica" è quella che viene prodotta nel momento in cui l'interlocutore manifesti, come in questo caso, una comprensione sbagliata (cfr. " ehm no no <pausa> quando lei era incinta non faceva la cacca"). Se invece manifesta di aver capito bene, è forse più "autentico" astenersi dal tradurre ciò che ha detto il paziente, che non rispettare il modello idealizzato restituendo ogni suo singolo turno (cfr. l'Es 4.21 in cui medico e infermiera usano l'espressione "sì sì ho capito" per negoziare la non rilevanza della traduzione).

Gli altri tre comportamenti verbali che indicano una comprensione, anche solo parziale, di quanto ha detto l' "altro" interlocutore sono riconducibili a delle manifestazioni di competenza passiva e/o attiva del paziente nella lingua delle istituzioni sanitarie. Vi è il caso del paziente che manifesta comprensione della domanda dell'operatore rispondendogli direttamente nella propria lingua; quello del paziente che manifesta comprensione della domanda dell'operatore rispondendogli direttamente nella sua lingua; e quello del paziente che risponde a una domanda tradotta dall'interprete usando la lingua dell'operatore. Se nel primo di questi tre casi la traduzione del turno del paziente potrebbe comunque essere rilevante, poiché l'operatore potrebbe non avere la stessa competenza passiva del paziente e quest'ultimo potrebbe quindi avere comunque bisogno di qualcuno che gli "dia voce", negli altri due casi la manifestazione di competenza attiva del paziente rende la traduzione non necessaria. Una "risposta" traduttiva "autentica" è quindi quella che viene prodotta solo nel momento in cui il paziente smetta di rispondere direttamente all'operatore, e renda rilevante, con il proprio silenzio, l'intervento dell'interprete (cfr. Es. 4.23 e 5.18).

Le competenze attive del paziente, che paiono peraltro esser date per scontate dai rappresentanti delle istituzioni anche nel caso di interazioni mediate, non dovrebbero essere trascurate, ma nemmeno considerate automaticamente sufficienti. Il fatto che i

pazienti mostrino di sapersi esprimere nella lingua maggioritaria del paese ospitante non significa, infatti, che la loro competenza sia tale da permettere loro di raggiungere ogni scopo comunicativo e che la presenza dell'interprete sia quindi del tutto superflua. Operatori e interpreti dovrebbero semmai abituarsi a lavorare in condizioni di plurilinguismo e la ricerca futura potrebbe affrontare la questione di come integrare le esigenze specifiche di questo tipo di costellazione linguistica nei *curricula* formativi degli interpreti dialogici.

Una tale integrazione si rende necessaria per andare aldilà di una visione "tutto o niente" della lingua in uso e della competenza linguistica e per allenare gli studenti a rispondere "autenticamente" a un bisogno di traduzione che non è scontato, ma negoziato turno per turno da tutti i partecipanti all'interazione, in contesti sequenziali molto più complessi di quelli che si riscontrano nelle costellazioni linguistiche totalmente opache che vengono in genere simulate (dove gli interlocutori primari hanno necessariamente bisogno della "risposta" traduttiva dell'interprete per capirsi). Una tale integrazione permetterebbe peraltro di dar conto di situazioni in cui la "risposta" traduttiva più "autentica" è quella in cui non tutto viene per forza di cose tradotto. Il fatto di lasciare certi termini nella lingua delle istituzioni potrebbe infatti essere funzionale alla comprensione e familiarizzazione di un paziente che ha già avuto accesso al sistema sanitario in passato, e che tornerà a relazionarvisi in futuro. Pensiamo al caso di espressioni come "tessera sanitaria", "colloquio" o "ostetriche", che nei dati reali vengono lasciate tali anche nei turni traduttivi in francese in quanto caratteristiche del sistema sanitario italiano di cui la paziente si sta avvalendo. Tali "zero-rendition" (Wadensjö 1998: 108) ci fanno peraltro sospettare che la resa "sécurité sociale" proposta dallo SI, e recepita dalla finta paziente senza esitazioni né negoziazioni della comprensione nell'Es. 3.16, possa poi non essere una "risposta" traduttiva così "ideale" nel mondo reale.

6.2.2.2 (In)autenticità interazionale

Se l'autenticità situazionale ha a che fare con la corrispondenza tra l'attività simulata e un'attività che si verifica nel mondo "reale", l'autenticità interazionale ha a che fare con le strategie comunicative che vengono messe in campo e questo indipendentemente dal fatto che vi sia una controparte reale (Ellis 2003). Vi sono infatti attività didattiche che non hanno una diretta controparte reale, ma che, ciò nondimeno, stimolano gli studenti a usare le strategie comunicative che vengono usate in situazioni reali. E vi sono attività che, pur avendo una controparte reale, non sono interazionalmente autentiche, perché gli studenti non usano la lingua per negoziare dei significati ma per riprodurre dei testi. Questo è il caso

delle simulazioni che abbiamo preso in esame, dove l'inautenticità interazionale è particolarmente visibile nelle sequenze di riparazione.

6.2.2.2.1 Monologhi da (ri)produrre vs dialoghi da costruire

L'analisi delle interazioni simulate prese in esame ha fatto più volte emergere come i turni degli interlocutori primari siano pezzi di due monologhi che il medico-coordinatore si sforza di tenere logicamente insieme (cfr. Es. 3.12 e 5.5). È lui che aggiunge i nessi mancanti quando la collega risponde a una domanda prima ancora che lui l'abbia posta, ed è lui che valuta in terzo turno se lo studente, nella propria "risposta" traduttiva, ha ben reso la terminologia medica dell'originale (cfr. "mm hm") o se non è il caso di stimolarlo a fare di meglio (cfr. le richieste di chiarimento).

La riproduzione di questi *testi* su cui lo studente sostanzialmente non interviene è certo utile per verificare che l'interprete sappia, ad esempio, come si traduce "malaria" o "tampone" (tanto per citare due dei termini medici che un'interprete reale ha mostrato di non conoscere), ma non per allenare lo studente a negoziare il significato di un termine che non conosce, nel momento in cui questo può essere rilevante per l'attività in corso. Cosa che in un'interazione reale potrà sempre succedere, ma che in un'interpretazione *dialogica* può essere negoziata e risolta nel *dialogo* con gli altri partecipanti, dove i singoli turni non sono unità autonome di significato su cui non si può intervenire, ma singoli contributi a una comune costruzione del significato.

Nel prossimo paragrafo torneremo a riflettere sul diverso modo in cui gli interpreti simulati e reali gestiscono i propri problemi traduttivi e mostreremo come l'inautenticità delle "risposte" traduttive degli studenti si leghi a una visione *monologica* dell'interpretazione *dialogica*. In altre parole, le loro reazioni sono molto più vicine a quelle di un'interprete di conferenza che traduce il discorso di un solo oratore, che non a quelle di un'interprete di comunità che traduce per due o più interlocutori primari.

6.2.2.2.1.1 La reazione alla non conoscenza di un termine

Nei capitoli di analisi abbiamo presentato diversi casi in cui gli interpreti (simulati e reali) si trovano a gestire la non conoscenza di termini utilizzati dagli interlocutori stranieri. Abbiamo visto come mentre le interpreti reali non esitano a mostrare la propria difficoltà traduttiva, a chiedere chiarimenti e a coinvolgere, se necessario, l'altro interlocutore primario nella riparazione del "loro" problema di traduzione, gli interpreti simulati trattano la richiesta di chiarimento come un'azione fortemente dispreferita e prediligono in genere azzardare una traduzione sbagliata, ma immediata, piuttosto che negoziare la loro

comprensione. Abbiamo quindi prima ipotizzato che questo comportamento fosse indice di una visione riduttiva dell'interpretazione secondo cui la "buona" interpretazione sarebbe quella in cui i singoli testi originali vengono subito decodificati e (ri)prodotti, e poi ricollegato il comportamento degli studenti a quella *framing activity* che ha pur sempre il sopravvento. Se gli studenti credono, infatti, di essere giudicati sulla base della fedele riproduzione dei turni originali degli esaminatori, chiedere chiarimenti su un termine che non conoscono non servirebbe a cambiare il fatto che non lo conoscano: sarebbe anzi una ancor più pubblica manifestazione di incompetenza.

Se si considerano, però, anche le altre reazioni degli interpreti simulati a dei termini sconosciuti sorge il dubbio che ci possa essere anche un'altra motivazione dietro il non utilizzo di quelle richieste di chiarimento che vengono invece comunemente usate, nella conversazione ordinaria così come nelle interazioni mediate reali, per riparare una comprensione co-costruita. Oltre ad azzardare traduzioni sbagliate nel turno immediatamente successivo, magari traducendo per assonanza i termini che non conoscono (cfr. "fou" > fuoco nell'Es. 3.23; "bouc" > bue nell'Es. 3.21), gli interpreti simulati reagiscono, infatti, in almeno altri tre modi:

- eliminando il pezzo che non hanno capito (cfr. il fatto che lo sciroppo va assunto prima dei pasti nell'Es. 3.16);
- usando degli iperonimi (cfr. "animale" per "capro" nell'Es. 3.21);
- usando dei deittici, ma solo dopo esser stati "autorizzati" a farlo (cfr. "qui" per "nuca" nell'Es. 3.9).

La loro "risposta" traduttiva mostra in sostanza come gli studenti adottino delle strategie di compensazione pur di restituire subito l'originale che contiene la fonte del problema (*trouble source*), alla stregua dell'interprete di conferenza che non può intervenire sul discorso che ascolta, ma solo adoperarsi per risolvere o evitare il problema traduttivo nel più breve tempo possibile. Buona parte della didattica sull'interpretazione di conferenza si basa sull'insegnamento di queste strategie, poiché anche in quel caso si parte dal presupposto che la conoscenza del futuro interprete non sarà mai totale e che questi debba allenarsi a cavarsela nei tempi strettissimi di una simultanea (dove l'interprete non può permettersi più di qualche secondo di *décalage* rispetto a un oratore che continua a parlare), o in quelli più dilatati di una consecutiva classica (dove possono passare anche alcuni minuti tra la fase della presa di appunti, in cui l'interprete identifica il termine problematico, e la fase di riformulazione nell'altra lingua, dove l'interprete può strategicamente colmare la propria lacuna). L'allenamento dell'interprete di conferenza si basa sull'assunto che si impara facendo e quindi le lezioni si strutturano per la maggior parte come delle simulazioni

di simultanee e consecutive in cui lo SI mette in pratica quelle strategie che gli torneranno utili in futuro, senza distinzione alcuna tra il mezzo e il fine dell'apprendimento.

Ciò che per anni si è fatto nella formazione degli interpreti di conferenza è stato trasferito nella formazione degli interpreti dialogici. Sempre partendo dall'assunto che si impari facendo, la didattica dell'interpretazione dialogica che si basa sull'utilizzo di giochi di ruolo presuppone che lo studente impari a fare l'interprete dialogico facendolo. In genere non ci si è posti il problema di cosa significasse "fare l'interprete dialogico", e si è continuato ad allenare gli studenti a quelle strategie ritenute utili in un contesto *monologico*, senza interrogarsi su quelle che potrebbero invece servire in un contesto in cui i significati vengono costruiti e negoziati nell'interazione. Questo spiega il motivo per cui, pur proponendosi di testare le competenze dello studente rispetto all'interpretazione *dialogica*, le simulazioni così come sono fatte nel contesto didattico in cui le abbiamo registrate finiscano col testare le sue reazioni a un testo *monologico*. Corrono così il rischio di formare e valutare degli studenti che sanno tradurre, o evitare i propri problemi di traduzione, ma che sono interazionalmente incompetenti (cfr. Goodwin 2004; Mondada 2006a; Galazzi 2010). Non hanno infatti imparato a negoziare i significati nell'interazione, allenandosi, ad esempio, a chiedere chiarimenti che servano a riparare la loro comprensione, o ad usare risposte minime che servano a verificare quella degli altri, poiché sono partiti dal (falso) assunto che la costruzione del significato non sia problematica.

L'analisi conversazionale di interazioni mediate ha mostrato, invece, come i significati siano co-costruiti nell'interazione e come la comprensione sia un problema di gestione e di coordinamento dei partecipanti: non è cioè affatto garantita dalla resa immediata degli enunciati degli interlocutori primari (che può peraltro avere il significato interazionale di de-problematizzare il fatto che si capiscano), ma negoziata turno per turno insieme a loro. Poiché è questo il tipo di interazione in cui gli interpreti dialogici dovranno fare il loro lavoro, esercitando la responsabilità di costruire quei significati e quella comprensione insieme agli interlocutori primari, allora forse è opportuno chiedersi come possano imparare a farlo.[161]

[161] Non possiamo che accennare, poiché non sono stati ancora oggetto di studio sistematico, ai giochi di ruolo in ambito giuridico che abbiamo registrato nella stessa università italiana in cui abbiamo registrato quelli medici e che ci hanno colpiti per una sostanziale differenza nell'utilizzo delle richieste di chiarimento: gli studenti ne fanno un uso molto più massiccio e non preceduto da esitazione. Complici dei professori con indubitabili doti di attori e con una traccia solo approssimativa del dialogo, e il ripetuto incoraggiamento, durante il corso di preparazione all'esame, ad assumersi la responsabilità della traduzione, gli studenti paiono ritagliarsi più frequentemente e spontaneamente degli spazi di "mediazione" in cui negoziare i significati rilevanti per il finto processo in corso. Questo pare contribuire all'autenticità interazionale della simulazione.

6.2.2.2.2 I colpi di scena come momenti interazionalmente autentici

Chiudiamo questa sezione sull'(in)autenticità dell'attività traduttiva nel gioco di ruolo con una breve riflessione sui *coups de théâtre* che, alla luce di quanto si è detto finora, ci appaiono come i momenti interazionalmente più autentici (e forse gli unici) delle simulazioni che abbiamo preso in esame. Come si ricorderà, questi colpi di scena sono occasionati dalla paziente-esaminatrice che di tanto in tanto si reinserisce nel formato idealizzato con dei turni e contenuti inattesi, e generalmente risibili, rispetto ai quali gli altri due interlocutori devono decidere come comportarsi.

L'autenticità interazionale di queste sequenze sta nel fatto che la "risposta" traduttiva dello studente non viene scontatamente prodotta nel turno immediatamente successivo, ma costruita nell'interazione insieme agli altri due partecipanti, e questo soprattutto allorquando il medico-esaminatore mostra di non allinearsi al movimento della collega. È proprio nei casi di divergenza tra i due interlocutori primari, infatti, che lo studente negozia il "da tradursi" decidendo a quale dei due interlocutori "dare voce" e cosa di quel che ha espresso sia rilevante riprodurre (cfr. Es. 3.30 e 5.17).

Il fatto che la rilevanza sia trattata più sulla base della *framing activity* (che cosa verrà valutato dagli esaminatori, e soprattutto dal coordinatore della prova?) che della *framed activity* (cosa è rilevante dire a un medico/paziente?) non toglie autenticità interazionale alla risposta dello studente, poiché, come si diceva sopra, questa è indipendente dal fatto che venga riprodotta un'attività del mondo reale. Anzi, forse è proprio nel momento in cui ci si allontana dal modello idealizzato e dall'interazione sanitaria mediata (in cui si parla per non dire niente), ossia quando viene reso interazionalmente rilevante un gioco che ha uno scopo comunicativo (far ridere), che A e B interagiscono "realmente" e che lo studente si allena a fare l'interprete *dialogico*.

6.3 Le altre attività dell'interprete dialogico: tanti ruoli o una responsabilità?

Negli IS si è spesso tentato di capire chi *fosse* l'interprete verificando cosa *facesse* nell'interazione (cfr. Pöchhacker in stampa). Appurato che l'interprete non fa solo la traduzione, ma anche tutta una serie di altre attività, si è poi cercato di fare il processo inverso, riconducendo il *fare* all'*essere*, le *attività* ai *ruoli*. Ed è così che a quello classico di "traduttore" si sono affiancati una profusione di altri ruoli che l'interprete potrebbe essere chiamato a svolgere in determinati momenti dell'interazione.

Dopo aver passato in rassegna due delle tipologie più citate nell'ambito degli IS, in questa sezione mostreremo come la questione dei ruoli possa essere mal posta e come le

diverse (e potenzialmente infinite) attività dell'interprete dialogico possano essere ricondotte più appropriatamente a un'unica responsabilità.

6.3.1 I ruoli dell'interprete

Esplorare il ruolo professionale dell'interprete all'interno di una cornice interattiva significa investigare come questo ruolo venga effettivamente esibito (*performed*) e come gli interlocutori, nell'attività in oggetto, agiscano e reagiscano per confermare o confutare una data *performance* (cfr. Goffman 1961). È partendo da questo assunto che si sono sviluppati gli studi sul ruolo dell'interprete dialogico a opera di Wadensjö (1998), Roy (2000), Bolden (2000) e Davidson (2000, 2001), ed è partendo dallo stesso assunto, oltre che dal lavoro di questi e altri autori (cfr. Jalbert 1998), che due pubblicazioni più recenti hanno "fatto il punto" su quali ruoli l'interprete dialogico potrebbe essere chiamato a svolgere.

Secondo Leanza (2005), di ruoli ce ne sarebbero nove, ossia:

1. Traduttore (*translator*): minimizza la sua presenza, cercando di essere invisibile e di facilitare la comunicazione senza interferire o lasciarsi coinvolgere personalmente da quello che i parlanti dicono;
2. Traduttore attivo (*active translator*): coinvolge una delle parti, ponendo domande al fine di chiarire alcuni dettagli linguistici;
3. Informatore culturale (*cultural informant*): aiuta il personale medico/sanitario a capire il paziente, facendo uso delle proprie conoscenze sugli usi e i valori delle due culture a confronto;
4. Mediatore culturale (in senso stretto – *culture broker*): oltre alla funzione di informatore culturale, svolge un ruolo di negoziazione tra due sistemi di valori in conflitto, offrendo informazioni in entrambe le direzioni per superare differenze culturali che potrebbero portare a fraintendimenti;
5. Difensore (*advocate*): in una situazione di conflitto, potrebbe scegliere di schierarsi con il paziente, contro l'istituzione;
6. Professionista bilingue (*bilingual professional*): sostituisce il personale sanitario, interagendo con il paziente straniero nella sua stessa lingua e riportando al medico solo in un secondo momento;
7. Professionista monolingue (*monolingual professional*): mette in campo le proprie conoscenze ed espone il suo punto di vista, ponendosi alla pari del personale medico/sanitario;

8. Personale di accoglienza (*welcomer*): prima ancora che avvenga l'incontro dei pazienti con il personale medico/sanitario, l'interprete accoglie i primi al loro arrivo nella struttura;
9. Supporto (*support*): incontra i pazienti stranieri anche al di fuori dell'ambiente sanitario o della singola visita.

Merlini (2009) opera un passo in avanti, raggruppando questi nove ruoli in cinque categorie che vedono via via aumentare il livello di coinvolgimento dell'interprete su due piani distinti, quello della partecipazione all'interazione e quello della fornitura del servizio:

1. Supporto linguistico (*linguistic support*): ruolo aggiunto da Merlini ai nove individuati da Leanza; rientrano qui gli interventi del mediatore che si collocano puramente sul piano linguistico;
2. Traduttore distaccato (*detached translator*): corrisponde al "traduttore attivo" di Leanza (punto 2);
3. Traduttore coinvolto (*involved translator*): raggruppa i ruoli di "informatore culturale", "mediatore culturale" e "difensore" (punti 3, 4 e 5 di Leanza). Fin qui, si tratta di ruoli svolti all'interno di interazioni bilingui e triadiche, che vedono cioè coinvolti medico, interprete e paziente;
4. Co-fornitore del servizio (*co-provider of service*): include i due ruoli ai punti 6 e 7, ossia "professionista bilingue" e "monolingue". Si tratta di una categoria di passaggio tra le prime tre – che vedono l'interprete partecipare, con diversi livelli di coinvolgimento, agli incontri tra medico e paziente – e la quinta, nella quale l'interprete arriverà a sostituire il medico, e la sua interazione con il paziente sarà, quindi, diretta. Questa categoria raggruppa tutti quegli interventi, ancora triadici, che comprendono lunghi scambi monolingui tra l'interprete e una delle due parti;
5. Fornitore del servizio (*provider of service*): coincide con i ruoli di "personale di accoglienza" e "supporto" (punti 8 e 9 di Leanza). Il mediatore si relaziona direttamente con i pazienti, in scambi monolingui e diadici, che non vedono, cioè, partecipare il personale sanitario all'interazione.

Diversamente dall'*Interpreter's Interpersonal Role Inventory* che è stato proposto da Angelelli (2004b) sulla base di un questionario e di calcoli statistici, i due elenchi sopra riportati sono entrambi il frutto di analisi di dati autentici, raccolti e analizzati dagli autori in due diversi studi – in Svizzera (quello condotto da Leanza) e in Italia (quello di Merlini). Rappresentano quindi un valido punto di riferimento per chi, come noi, crede che la

registrazione e trascrizione di interazioni reali sia più affidabile della percezione di chi vi partecipa.

Anche solo osservando la Fig. 6.4, dove le due tipologie sono state affiancate, si coglie però il limite di questo tipo di elenchi, dove uno stesso ruolo può essere chiamato in maniere diverse con definizioni non sempre sovrapponibili e condivisibili, dal momento che ogni autore fa la propria associazione tra il *fare* e l'*essere*. Alla luce delle analisi dei nostri dati reali, le tipologie elaborate da Leanza e Merlini ci appaiono inoltre oltremodo "vaghe". Se si considera, ad esempio, il ruolo di "co-fornitore" del servizio, in cui Merlini (2009) include il "professionista bilingue" e "monolingue" di Leanza (2005), questa etichetta non esplicita le diverse attività che, in qualità per l'appunto di "co-fornitore", l'interprete potrebbe essere chiamato a svolgere nell'interazione (per es. la co-intervista, il dare indicazioni e spiegazioni etc.), ed è quindi poco informativa ai fini della formazione dei futuri interpreti e della simulazione didattica di questo ruolo.

I ruoli dell'interprete secondo Leanza		**I ruoli dell'interprete secondo Merlini**
1.Traduttore (*translator*)		1.Supporto linguistico (*linguistic support*)
2.Traduttore attivo (*active translator*)		2.Traduttore distaccato (*detached translator*)
3.Informatore culturale (*cultural informant*)		3.Traduttore coinvolto (*involved translator*)
4.Mediatore culturale (*culture broker*)		
5.Difensore (*advocate*)		
6.Professionista bilingue (*bilingual professional*)		4.Co-fornitore del servizio (*co-provider of service*)
7.Professionista monolingue (*monolingual professional*)		
8.Personale di accoglienza (*welcomer*)		5.Fornitore del servizio (*provider of service*)
9.Supporto (*support*)		

Fig. 6.4 Le tipologie di ruoli identificate da Leanza (2005) e Merlini (2009)

La nozione stessa di "ruolo dell'interprete" ci appare peraltro riduttiva rispetto alle tante attività che abbiamo visto essere negoziate e co-costruite da tutti i partecipanti nell'interazione. Nel prossimo paragrafo proporremo quindi un diverso modo di passare dal *fare* all'*essere*, riconducendo le attività che abbiamo riscontrato nelle interazioni prese in esame (e le altre che potrebbero emergere dall'analisi di altri set di dati) alla comunicazione di cui l'interprete dialogico è il principale responsabile.

6.3.2 La responsabilità dell'interprete

Dall'analisi delle nostre interazioni reali è emerso come l'attività traduttiva sia parte di un più vasto meccanismo di negoziazione della comprensione in cui la resa turno per turno, come da modello idealizzato, non è che uno dei modi che possono servire a raggiungerla, promuoverla o migliorarla. Abbiamo visto come l'interprete vi affianchi altre (re)azioni in primo e in secondo turno che potrebbero essere in qualche modo ricondotte ai macro-ruoli di Merlini e Leanza. A titolo d'esempio, le domande anamnestiche che l'interprete formula

quando viene delegata alla co-intervista potrebbero essere ricondotte al ruolo del "professionista bilingue/monolingue" che "co-fornisce" il servizio interagendo direttamente con il paziente.

Tuttavia, siamo d'accordo con Zorzi (in stampa) quando sostiene che queste identità sono provvisorie e co-costruite in relazione a specifiche attività conversazionali che si intersecano con la traduzione e che non fanno quindi del lavoro dell'interprete "un altro lavoro". In altre parole, l'interprete non è un medico quando pone autonomamente delle domande al paziente, un informatore quando gli fornisce spiegazioni su un esame, o una guida stradale quando gli dà indicazioni su come raggiungere il luogo di una visita. L'interprete è, crediamo, colui che gestisce una (sola) responsabilità comunicativa rispetto alle diverse attività che vengono co-costruite dai partecipanti, optando per diverse azioni e reazioni in funzione di ciò che può permettere, promuovere o migliorare la comunicazione nel qui ed ora dell'interazione in corso e del percorso di cura in cui si inserisce. Laddove il "comunicare" viene inteso dall'interprete come un "fare altri partecipi di una cosa" mettendoli nella condizione di comprendere e co-costruire ciò che sta succedendo.

6.3.2.1 (Re)azioni responsabili

Dal momento che la traduzione turno per turno secondo modello non è affatto garanzia di comprensione e partecipazione degli interlocutori, l'interprete vi affianca altre (re)azioni che chiameremo "responsabili" nella misura in cui si curano della comunicazione tra istituzione e utenza.[162] Essere responsabili della comunicazione significa prendersene *cura*, (re)agendo non in base a ciò che un interprete dovrebbe "idealmente" fare, ma in base a ciò che è rilevante per l'attività in corso e alle possibili o probabili conseguenze del proprio (re)agire.

Le analisi dei dati reali hanno mostrato come sia proprio quello che sta succedendo a rendere rilevante e "autentico" il "da dirsi", il "da farsi" e quindi il "da tradursi" e non (necessariamente) ciò che è contenuto *verbatim* nei singoli turni degli interlocutori primari. Se si considerano anche solo le visite che si collocano nel "percorso nascita", abbiamo visto come i partecipanti vi costruiscano diversi tipi di attività che vengono in genere proiettate dall'operatore e "raccolte" da interprete e paziente. Si ricorderà, ad esempio, che l'operatore avvìa inizialmente una raccolta di informazioni sulla paziente che si compone di una prima

[162] Questo paragrafo e quello successivo sono il frutto di diversi "convivi" in cui pasteggiando si filosofeggiava sul concetto di responsabilità. Pago quindi il mio debito nei confronti degli altri commensali, Franco Nasi, Antonello La Vergata e Angela Albanese, poiché è con loro che sono nate idee che ciascuno ha sviluppato o forse svilupperà in funzione dei propri interessi di ricerca. Frutto di idee già sviluppate è il libro *Specchi comunicanti* (Nasi 2010), che citeremo più volte, dove l'autore ha reinterpretato la distinzione weberiana tra "etica della convinzione" e "etica della responsabilità" (cfr. Weber [1919] 2006) in chiave traduttologica.

parte amministrativa e di una seconda parte anamnestica. Nella prima parte dell'attività proiettata dall'operatore, è importante verificare che la paziente abbia tutti i requisiti per essere presa in carico dal sistema, mentre nella seconda è fondamentale che la paziente risponda con precisione alle domande dell'ostetrica al fine di evitare complicazioni nella gravidanza e durante il parto. In entrambi i casi, l'interprete reale si assume la responsabilità di negoziare quei significati che sono rilevanti per l'attività in corso e in virtù di questa responsabilità decide se tradurre o se (re)agire con altre modalità.

Quando, ad esempio, emerge che la paziente ha la tessera sanitaria, ma che questa non riporta la nuova residenza e l'operatore le dice che quest'ultima dovrà essere segnalata al Cup, l'interprete si orienta a "ri-disegnare" il turno per la paziente e a costruire con lei la comprensione di questa azione istituzionale. Lo fa anzitutto attraverso una traduzione espansa che rappresenta la "risposta" dell'interprete al turno, e poi contribuendo con delle sollecitazioni in primo turno che aiutino la donna a ricordare un luogo in cui è già stata per fare la tessera sanitaria (cfr. Es. 4.4). Oppure quando emerge che un'altra paziente ha il medico in una città diversa (un significato, questo, che viene negoziato tramite una lunga serie di sollecitazioni di narrazione in primo turno) e che dovrà quindi andare al Saub per scegliere un nuovo medico generico, l'interprete non si limita a tradurre il turno dell'ostetrica, ma si assume la responsabilità di far capire alla paziente dove sia questo luogo e perché debba andarci. In questo modo costruisce, quindi, il "da tradursi", che è molto meno riduttivo di una resa "testuale" e più orientato al significato dell'interazione. E lo fa, ancora una volta, espandendo il turno dell'operatore e poi avviando un "dare indicazioni" in cui mette in campo le proprie conoscenze dei luoghi dell'istituzione (cfr. Es. 4.9). Quando fornisce queste "indicazioni stradali", l'interprete non assume tanto un ruolo diverso, ma esercita sempre la stessa responsabilità di mettere la paziente nelle condizioni di partecipare realmente alla conversazione con l'operatore. Mentre in alcuni casi la partecipazione attraverso la traduzione è aproblematica e può essere immediata, in altri deve essere attivamente promossa (oseremo dire *mediata*) dall'interprete.

Cose analoghe si verificano nel corso delle attività successive. Quando l'operatore proietta la ricostruzione della storia clinica della paziente, l'interprete si assume la responsabilità di fare in modo che la paziente risponda alle sue domande anamnestiche: ad esempio, sollecitando la sua narrazione con domande che promuovano la produzione del secondo turno della coppia adiacente avviata dall'operatore, o chiedendo chiarimenti su contenuti che possono essere rilevanti per l'attività in corso (cfr. Es. 5.6, 5.9). Quando l'operatore proietta l'inizio dell'esame fisico, l'interprete si assume la responsabilità di fare in modo che la paziente vi si sottoponga nella maniera richiesta: ad esempio, traducendo i significati negoziati su più turni con l'operatore, o aiutando a costruire quell'attività che

l'operatore ha proiettato (cfr. il fatto di pesare la paziente nell'Es. 4.12). O quando vengono concordati gli esami successivi, l'interprete si assume la responsabilità di mettere i partecipanti nelle condizioni di condividere date, luoghi e modalità: ad esempio, rispondendo autonomamente al paziente in merito al funzionamento del sistema, recuperando informazioni precedentemente negoziate, sollecitando l'operatore affinché fotocopi i moduli di prenotazione, o fornendo indicazioni e spiegazioni sul luogo e la modalità dell'esame (cfr. Es. 4.14, 4.15).

Nella commistione tra queste azioni e reazioni gli interpreti contribuiscono a negoziare una comprensione che è pubblica a entrambi gli interlocutori primari e quindi a costruire un terreno comune su cui fare procedere l'interazione. Gli interpreti ne sono i "registi" e la loro funzione di coordinamento viene esercitata sia nella *traduzione*, dal momento che la lingua di questa versione di quanto ha detto un interlocutore seleziona quell'altro, che in ciò che non è traduzione diretta (ma *mediata*), dal momento che anche le altre (re)azioni che abbiamo analizzato sono in qualche modo legate alla traducibilità di turni e sequenze. Un caso per tutti, quello delle richieste di chiarimento, che hanno a che fare con la possibilità degli interpreti di "rendere" termini e contenuti rilevanti per l'attività in corso e che si verificano prima, dopo o durante l'attività traduttiva.

Azioni in 1° turno	**Reazioni in 2° turno**
Orientamento alla costruzione della comprensione e della partecipazione degli interlocutori	***Orientamento alla costruzione degli enunciati in funzione del ricevente***
Richieste di chiarimento su termini e contenuti rilevanti per l'attività	Traduzione turno per turno
Sollecitazione della narrazione del paziente	Traduzione di significati negoziati su più turni
Sollecitazione all'operatore per negoziare ciò che sarà rilevante comunicare	Risposta autonoma al paziente con informazioni sul sistema sanitario
Domande anamnestiche (co-intervista)	Riposta autonoma all'operatore con "recupero" di informazioni sul paziente
Fornitura di istruzioni e spiegazioni	

Fig. 6.5 Traduzione e mediazione nell'interpretazione dialogica

L'interpretazione dialogica è quindi sia traduzione che mediazione nella misura in cui entrambe permettono di prendersi cura della comunicazione tra gli interlocutori primari orientandosi alla costruzione degli enunciati per il ricevente e alla costruzione della comprensione e della partecipazione nell'interazione. E l'interprete dialogico è colui che si assume la responsabilità di scegliere quale (re)azione sia di volta in volta più rilevante per l'attività e l'interazione in corso.[163]

[163] Cfr. quanto scrive Merlini (2005: 34-35) a proposito del confine tra interpretazione e mediazione, che lei descrive come "due 'strategie' della stessa attività comunicativa, selezionate in modo consapevole sulla base delle esigenze che il contesto situazionale di volta in volta presenta", arrivando anche a dire che "perché tale consapevolezza del proprio modo di operare possa svilupparsi, occorre una formazione [...] congiunta, per l'interprete-mediatore, che contempli sia gli aspetti interculturali, che la teoria e le tecniche dell'interpretazione".

Questa responsabilità non è appannaggio dei soli interpreti certificati o dei soli mediatori "cresciuti sul campo", ma può essere, secondo noi, assunta da entrambi nella misura in cui si promuove la loro consapevolezza di ciò che sta succedendo nell'interazione e delle possibili o probabili conseguenze delle loro (re)azioni. Perché non necessariamente ciò che ci si aspetta che un interprete faccia "in generale" (tradurre bene e subito) è funzionale alla (o possibile nella) attività in corso e al (nel) contesto istituzionale in cui si svolge, e anche scelte interpretative che i codici deontologici della professione definirebbero come "imperfette" (ossia la maggior parte delle (re)azioni con cui abbiamo riempito l'etichetta *mediazione*) potrebbero avere conseguenze positive per la comunicazione istituzionale su cui ogni interprete dialogico dovrebbe responsabilmente interrogarsi.

6.3.2.2 Da un approccio deontologico a un approccio teleologico: una riflessione sull'etica dell'interprete

Poiché negli studi sull'interpretazione il dibattito relativo all'etica professionale dell'interprete è ampio e molto sentito (cfr. Pöchhacker 2004: 164-165 per una panoramica) e poiché di fatto permane la discussione sul problema del "tradurre tutto e subito", vorremmo soffermarci su un potenziale cambiamento di prospettiva che le nostre analisi suggeriscono.

Diversamente da quanto è successo per l'interpretazione di conferenza, che è un "profession-driven field" (Ozolins 2002) in cui sono stati i professionisti che lo compongono a stabilire cosa fosse eticamente giusto fare o non fare quando si interpreta,[164] lo sviluppo dell'interpretazione dialogica è stato trainato dalle istituzioni nazionali in cui gli interpreti prestavano servizio (un "institution-driven field": Ozolins 2002), ciascuna delle quali ha valutato quali fossero le risposte più giuste ai suoi specifici bisogni. Ciò potrebbe aver contribuito a una frammentazione che si riflette anche negli innumerevoli aggettivi con cui gli interpreti dialogici vengono definiti (cfr. l'*adjectival interpreting* di Ozolins 2002) e potrebbe aver ostacolato lo sviluppo di una professione omogenea. Come si è potuto osservare anche solo in una piccola raccolta come la nostra, gli interpreti dialogici non hanno una denominazione comune né tantomeno una formazione comune. Ad accomunarli è forse solo il fatto che ugualmente si allontanano da quel formato idealizzato su cui la formazione universitaria sembra invece sostenersi.

Quando si allontanano da un modello considerato deontologicamente giusto per mediare tra istituzione e utenza, quando mettono in campo le proprie conoscenze non linguistiche per assicurarsi che il paziente si sottoponga a un determinato esame, o quando

[164] Cfr., a titolo d'esempio, il codice deontologico dell'Associazione Internazionale Interpreti di Conferenza (AIIC): http://aiic.net/ViewPage.cfm/article24.htm).

negoziano la traducibilità di significati che non sono stati ancora comunicati riaprendo delle questioni rimaste in sospeso, gli interpreti esercitano una responsabilità rispetto alle conseguenze delle proprie azioni per l'istituzione che eroga il servizio e per l'utenza che ne usufruisce. Sembrano chiedersi: che cosa capiterà se non espando le domande del medico? Che cosa capiterà se non spiego al paziente in cosa consisterà l'esame? Che cosa capiterà se il paziente non prende subito una decisione in merito all'eventualità di sottoporvisi? In sostanza, che cosa succederà se *non* metto l'operatore e il paziente nella condizione di capire e partecipare a quello che sta succedendo? Il loro approccio non è quindi di tipo "deontologico", secondo cui vi sarebbero azioni giuste o ingiuste in sé da valutare a prescindere dalle loro conseguenze, ma di tipo "teleologico", per il quale la giustezza di un'azione viene valutata in funzione delle sue possibili o probabili conseguenze.

Come scrive Nasi, laddove riconduce questi due approcci alla distinzione weberiana tra "etica della convinzione" e "etica della responsabilità",

> La deontologia rimane come orizzonte generico; diventa piuttosto centrale, nell'agire del traduttore, la consapevolezza dei principi di un'etica della responsabilità che, da una parte, sappia dar conto, lealmente e coscientemente, delle scelte traduttive mai neutre e senza conseguenze per l'integrità del testo e della lingua di accoglienza e, dall'altra, che metta in relazione dialogica il soggetto che traduce con l'Altro. (Nasi 2010: 71)

L'Altro, nel nostro caso, è quel ricevente per il quale l'interprete progetta i propri turni, è quello per il quale e con il quale la comprensione viene costruita. Non vi è un solo autore che affida il proprio *testo* al traduttore affinché se ne prenda cura, ma due o più interlocutori primari che affidano una comunicazione che co-costruiscono turno per turno, nelle diverse *attività* che compongono l'interazione. Quindi se la responsabilità del traduttore si concretizza in scelte traduttive che solitamente rientrano in una strategia complessiva,[165] la responsabilità dell'interprete si concretizza in (re)azioni che si collocano nel contesto sequenziale di diverse attività. Così come le scelte del traduttore non andrebbero giudicate in sé, ma in funzione della strategia in cui rientrano e delle conseguenze che hanno sul lettore, anche quelle dell'interprete non andrebbero giudicate in sé, ma in funzione dell'attività in cui rientrano e delle conseguenze che hanno per l'interazione. In altre parole, la traduzione letterale del traduttore o la domanda promozionale dell'interprete non sarebbero azioni giuste o ingiuste in sé, ma andrebbero valutate nel contesto della strategia traduttiva e della sequenza in cui si collocano, considerando le possibili o probabili conseguenze che potrebbero avere sul lettore, l'una, e sull'attività negoziata dai partecipanti, l'altra.

[165] "Per usare i termini della moderna traduttologia, il traduttore, con un atto di responsabilità, potrà o addomesticare il testo […], oppure potrà rendere il testo in modo difforme alle abitudini linguistiche e stilistiche della cultura di arrivo, forzando la lingua di arrivo verso quella di partenza, stranierizzandola" (Nasi 2010: 74).

Le scuole per interpreti e traduttori hanno in genere adottato un approccio deontologico alla futura professione, inducendo gli studenti a conformarsi a delle "convinzioni" oggettive e generali che si rivelano indispensabili perché sia definita una condivisione di obiettivi tra insegnanti e studenti prima, e tra committenti e traduttori/interpreti poi. Come si diceva sopra, tuttavia, tali norme si danno come vincolo generale e starà poi al professionista declinarle in scelte traduttive/interpretative concrete che andranno responsabilmente valutate in base alle loro possibili o probabili conseguenze nella comunicazione. Lasciando ad altri il compito di interrogarsi su come questa responsabilità possa essere esercitata nella didattica della traduzione al fine di preparare i futuri traduttori alle scelte del lavoro "reale",[166] nella prossima sezione rifletteremo sulla responsabilità comunicativa nella formazione dei futuri interpreti dialogici e di quelli che già lavorano, e proporremo un diverso tipo di gioco di ruolo che potrebbe aiutarli a esercitarla.

6.4 L'esercizio della responsabilità comunicativa

La nostra ricerca ha messo in evidenza come, contrariamente a una convinzione diffusa (« Capitolo 0), non si è traduttori nella misura in cui si traduce la lingua e non si è mediatori nella misura in cui si mettono in campo delle competenze culturali. Si è traduttori *e* mediatori, in altre parole interpreti dialogici, nella misura in cui ci si assume la responsabilità della comunicazione rispetto alle diverse attività che vengono rese rilevanti nell'interazione e nel percorso di cura in cui questa si inserisce.

Alla luce di queste considerazioni, i giochi di ruolo che abbiamo analizzato appaiono doppiamente limitati: lo sono perché mettono in campo una sola attività, quella traduttiva; e lo sono perché funzionano secondo un'etica assoluta dove è deontologicamente opportuno tradurre tutto e subito e dove il resto si esaurisce in un comico colpo di scena. Riducono così l'interpretazione al rispetto di un principio o deontologia "ideale" che non esiste nelle interazioni reali, dove c'è una rinegoziazione continua di ciò che è opportuno fare e dove essere interprete non equivale ad assumere uno o più "ruoli", ma una responsabilità comunicativa rispetto alle diverse attività in corso. La ricerca ci informa, in sostanza, che pur essendo un valido strumento formativo che potrebbe servire, *inter alia*, ad allenare alla conoscenza di equivalenti lessicali diminuendo così le difficoltà linguistiche mostrate dalle interpreti reali e le inevitabili imprecisioni e perdite di tempo che queste comportano (cfr. il caso esemplificativo del *paludisme*), il gioco di ruolo, così come viene usato nel contesto in

[166] Cfr. il volume *Sui vincoli del tradurre* (Palumbo 2010) e il capitolo scritto dal suo curatore "I vincoli traduttivi: appunti per una classificazione", che ci sembrano un passo nella direzione di un tradurre inteso come atto *situato*.

cui abbiamo registrato i nostri dati, pare mal attrezzato per educare i futuri interpreti alle responsabilità che richiede il lavoro nelle istituzioni. Si tratta, infatti, di una simulazione attraverso cui dei potenziali interpreti esercitano delle competenze linguistiche che potranno servire in futuro,[167] ma che, nel loro uso, appaiono: (a) orientate ad altri scopi interazionali (rispetto a quelli dell'istituzione sanitaria); (b) poco favorevoli a un'assunzione di responsabilità delle conseguenze delle proprie azioni (gli unici due casi in cui gli SI si assumono questa responsabilità sono forse quelli della traduzione ridotta e del colpo di scena, dove decidono o negoziano cosa sia rilevante tradurre in funzione del contesto valutativo che incornicia la prova).

Come abbiamo sostenuto altrove (Niemants in stampa a), il punto è che mentre nel mondo reale quel che si fa e si dice ha una certa importanza (per il paziente o per eventi futuri), nel gioco di ruolo l'unica cosa che conta è la qualità linguistica (e, nel caso di un esame, il voto). I formatori potrebbero però aiutare gli studenti a prendere il gioco di ruolo più seriamente, integrandolo ad esempio con delle cartelle cliniche o dei foglietti *memorandum*, tanto per nominare alcune delle cose che abbiamo trovato nelle interazioni reali.[168] Resta comunque il fatto che i partecipanti continueranno a orientarsi al *frame* del gioco didattico più che al *frame* dell'interazione simulata e che la risposta degli studenti non potrà quindi mai essere pienamente autentica.

Alla luce di quanto è emerso dalla nostra ricerca,[169] questa sezione si propone di dare un suggerimento "informato" su come aiutare formatori e studenti a passare dal *role-play* al *real-play*. L'obiettivo è quello di "make the teacher and the learner aware of the rationale behind pedagogic procedure" (Aston 1988: 353), laddove il *rationale* per noi è che se la professione di interprete implica un'assunzione di responsabilità rispetto alle conseguenze delle proprie azioni, allora l'insegnamento dell'interpretazione dialogica dovrebbe permettere allo studente di esercitarla, o quantomeno di riflettervi. L'insegnamento dovrebbe, parafrasando Holdsworth (2005), prendere gli studenti sul serio dando loro delle cose serie da fare o da discutere.

I paragrafi successivi accenneranno solo superficialmente a come questo principio possa essere declinato nel gioco di ruolo. Trattasi però, a nostro avviso, di un accenno che

[167] Cfr. Holdsworth (2005) a proposito di "deferred outcomes … or real roles".
[168] Le proposte qui avanzate e quelle che seguiranno sono sempre state sperimentate nei corsi di mediazione francese orale che abbiamo tenuto sia al terzo anno della laurea triennale che al secondo anno della magistrale presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Modena e Reggio Emilia. I corsi sono stati interamente audio-registrati poiché non escludiamo di documentare, in futuro, le diverse reazioni degli studenti alle metodologie proposte, mettendo soprattutto a confronto i due diversi tipi di *role-play* che abbiamo usato, un anno dopo l'altro, con gli studenti della magistrale (laddove il primo tipo di RP era una simulazione basata sulla trascrizione di interazioni sanitarie mediate reali, e il secondo era il CARM di cui parleremo in 6.4.1.1).
[169] Cfr. Lévy (2001: 49-50) a proposito del ruolo della ricerca, fondamentale e applicata, nella formazione dei mediatori linguistici (= interpreti e traduttori) e della richiesta che dovrebbe esser fatta in particolare alla linguistica.

vale la pena fare, fosse anche solo per mostrare le possibilità di approfondimento in questo campo e le "implicazioni" di una ricerca che ritorna così sul terreno da cui si è originata. Siamo partiti, infatti, dal contesto formativo che ci ha fornito i primi dati per le analisi e al contesto formativo facciamo infine ritorno per contribuire, risultati delle analisi alla mano, alla formazione ed educazione degli interpreti. Laddove per formazione intendiamo un *allenamento*[170] alle competenze comunicative che serviranno nell'esercizio della professione e per *educazione* una presa di consapevolezza della responsabilità che questa professione comporta.[171]

6.4.1 L'analisi conversazionale applicata alla didattica

Fin qui, abbiamo usato l'analisi della conversazione come strumento di ricerca, per mettere in luce i diversi orientamenti delle "risposte" traduttive degli interpreti simulati e reali e per generare dei risultati empirici sulla possibile inautenticità del gioco di ruolo. In questo capitolo, consideriamo invece come poterla applicare alla didattica dell'interpretazione dialogica, collocandoci in quel filone di studi che è ben rappresentato da una delle ultime pubblicazioni di Antaki (2011). Secondo l'autore, l'espressione *Applied Conversation Analysis*, che dà peraltro il titolo al suo volume, ha varie sfumature di significato. Tra i due estremi della "discovery" e della "prescription", vi sarebbero almeno altri quattro sensi, uno dei quali ben corrisponde a quel che ci siamo proposti di fare nel presente progetto: l'*Institutional applied CA*, ossia "an illumination of routine institutional work" (2011: 6) che trova ampio spazio nel libro *Applying Conversation Analysis* (Richards e Seedhouse 2005), dove vengono raccolti diversi studi sull'interazione in classe e in contesti sanitari.

A questi si aggiunge il nostro lavoro, che si è mosso dalla classe ad alcune istituzioni sanitarie per cercare di rendere conto di quanto li separi, e che ora si muoverà in senso inverso per cercare di far entrare la realtà dell'istituzione sanitaria nella classe.

6.4.1.1 Il *Conversation Analytic Role-Play Method (CARM)*

Negli ultimi anni si è assistito a un crescente utilizzo pratico dell'analisi della conversazione, soprattutto in contesti sanitari dove la registrazione e la trascrizione di interazioni reali sono stati usati per confezionare formazioni e consigli a misura dei professionisti di quel campo. Formulando questa pratica sempre più diffusa, Heritage sostiene che

[170] Non potremmo essere più d'accordo con Luatti (2011: 170) quando sostiene che "per essere un 'buon' atleta dell'incontro occorre un 'buon' percorso e un 'buon' metodo di allenamento, nonché un 'buon' preparatore".
[171] Sulla distinzione tra "training" e "education" cfr. Widdowson (1978: 68).

> The examination of real data using CA is found by many to be a potent experience capable of triggering changes in attitudes and clinic practices that are beneficial for patient care. (Heritage 2009: 29)

Attività di osservazione e di riflessione su dati reali, registrati e trascritti, sono state sperimentate anche nella formazione degli interpreti dialogici, all'interno di corsi rivolti sia a esponenti delle comunità immigrate (cfr. per es. Bürig e Meyer 2004; Zorzi 2007, 2008), sia a studenti universitari (cfr. per es. Zorzi 2007, 2008; Merlini 2007).[172] Ma a nostra conoscenza nessuno, prima di Stokoe (2011a), aveva provato ad applicare l'analisi della conversazione in giochi di ruolo un po' diversi da quelli di cui abbiamo discusso fino ad ora.

> In contrast to more usual role-play methods, which presume that people already know "how talk works" sufficiently to simulate interaction, the conversation-analytic approach uses actual interaction, turn-by-turn, to show participants how "from close looking at the world you can find things that we couldn't, by imagination, assert were there" (Sacks, 1992, p. 420). (Stokoe 2011a: 119)

Secondo l'autrice, il primo limite del gioco di ruolo tradizionale è quello di basarsi sull'assunto che i partecipanti "sappiano" come funzioni l'interazione dal momento che questa rappresenta la base della loro vita sociale o del loro lavoro quotidiano. Questo fa sì che inevitabilmente i partecipanti al RP si orientino a quelle che sono le proprie "aspettative" sull'interazione. In realtà, la CA ha ampiamente dimostrato come le intuizioni dei nativi rispetto alla loro stessa lingua si discostino dalle sue manifestazioni concrete e come equivalgano spesso a delle caricature di come il parlato realmente funziona. Il secondo limite, che è lo stesso emerso dalle nostre analisi, è poi dato dal fatto che "the interactions are *simulations*, in which what is at stake for participants is necessarily different from what is at stake in any 'real' encounter" (Stokoe 2011a: 121). Il che è stato confermato dal confronto tra i due set di dati, dove gli orientamenti dei partecipanti sono profondamente diversi e mostrano come la cornice del gioco non sia mai totalmente disattiva.[173]

Per contrastare questi due limiti l'autrice avanza una proposta (che chiama CARM: *conversation analytic role-play method*)[174] di attività didattica in cui gli studenti possono "(re)agire" rispetto a un'interazione in corso. La proposta di Stokoe è semplice e funziona così:

---

[172] A questi si aggiungono i nostri stessi corsi, anche se le attività di osservazione che vi abbiamo proposto sono ancora sotto forma di audio da trascrivere, analizzare e documentare e non in una pubblicazione scritta (cfr. Nota 168).

[173] La stessa Stokoe è attualmente alle prese con il confronto tra dati reali e simulazioni. Nel suo caso "the real thing" sono degli interrogatori di polizia che vengono messi a confronto con degli interrogatori simulati condotti sia da poliziotti in formazione che da poliziotti con esperienza. E la sua domanda di ricerca è "whether or not turn design, action, sequence organization and so on, are the same in role-play as its actual interactional partner" (Stokoe 2011: 124).

[174] Cfr. http://www-staff.lboro.ac.uk/~ssehs/CARM%20page.htm

1. Si identifica un estratto, o una serie di estratti, di interazioni reali che presentino un particolare problema interazionale o che mostrino come venga raggiunto un obiettivo conversazionale;
2. Si trascrivono i dati allineando il testo all'audio e si anonimizzano entrambi;
3. Si presenta la trascrizione, turno per turno, sincronizzata con l'audio. Il che permette ai membri della classe di "live through" l'interazione mentre succede (in altre parole, non ricevono prima il testo della trascrizione e non sanno cosa succederà dopo);
4. Dopo aver mostrato diversi turni, i membri della classe discutono i problemi che possono essere emersi nell'interazione fino a quel momento e iniziano a formulare dei possibili "next turns";
5. Il turno successivo viene mostrato e la classe vi riflette, discutendo se possa essere una soluzione al problema interazionale che si era verificato prima.

Pur non trattandosi di un'attività didattica particolarmente innovativa, la proposta di Stokoe ha il merito di mettere a fuoco: (a) l'importanza dell'osservazione della comunicazione (cfr. Aston 1988); (b) l'importanza della "(re)azione" ed eventualmente delle sue conseguenze. Secondo l'autrice, questo metodo può essere usato con qualsiasi membro di una "talk-based institution" (Stokoe 2011a: 119) e non risponde alla volontà

> to either "dumb down" or "theorize up": material is presented in much the same way as it might be in any CA data session. Using it for live role-play, however, allows the users of our research to engage authentically, without simulation, with their everyday professional practice (Stokoe 2011a: 139)

La Stokoe lo usa, ad esempio, per formare dei mediatori che vengono interpellati per dirimere dei conflitti tra vicini di casa (laddove l'accezione del termine "mediatore" è profondamente diversa da quella che abbiamo usato noi). Il metodo le serve per aiutarli a interagire più efficacemente con le persone che telefonano al centro di mediazione e quindi a fare in modo che "callers are converted into clients" (2011b: 1). Nonostante questi mediatori abbiano già una certa esperienza di lavoro, dai *workshop* è emerso come non riescano a intuire quali siano i "next turn" dei colleghi nelle interazioni che vengono *role-played*: "mediators cannot articulate their tacit knowledge of their own practices, despite the fact that 'they can do it' in real situations" (Stokoe 2011b: 5).

Il fatto che pur avendo già una certa esperienza in un determinato campo i partecipanti non riescano a prevedere e fornire il turno successivo ha delle chiare implicazioni per i metodi didattici che si basano sul gioco di ruolo tradizionale: "if one does not know what happens in real interaction, how can one simulate it authentically?" (*Ibid.*). Ciò conferma inoltre la validità del CARM sia per studenti universitari che devono passare dalla formazione a una professione che non hanno ancora mai fatto, che per gli interpreti dialogici che già lavorano, ma che non per questo sono consapevoli di quello che sta

succedendo in ogni momento dell'interazione e delle conseguenze possibili o probabili delle loro (re)azioni.[175]

Nel prossimo paragrafo faremo quindi un tentativo di declinare la proposta avanzata da Stokoe nel particolare contesto della didattica dell'interpretazione dialogica, dove i "next turn" su cui riflettere sono le "risposte" degli interpreti.

6.4.1.1.1 Il CARM nella formazione degli interpreti dialogici: una proposta di utilizzo

Il CARM è un metodo che permette di proporre e osservare delle (re)azioni autentiche ai turni di interlocutori "reali". In ciò che segue mostreremo come potrebbe essere usato nella formazione degli interpreti dialogici per allenarli a produrre delle "risposte" autentiche e per educarli alla responsabilità che le loro scelte comportano, dal momento che hanno delle conseguenze nell'interazione.

Faremo quattro esempi che sono tratti dalle interazioni che abbiamo analizzato (« Capitolo 4) e che abbiamo personalmente testato nelle nostre classi universitarie. La metodologia usata ricalca fedelmente quella proposta da Stokoe:

1. Abbiamo identificato diversi estratti in cui il primo turno dell'interlocutore primario proiettasse qualcosa di diverso da una "risposta" traduttiva (sono questi primi turni a dare il titolo ai quattro sotto-paragrafi che seguono);
2. Abbiamo presentato la trascrizione, turno per turno, allineata con l'audio; [176]
3. Dopo aver mostrato il contesto sequenziale (precedente) del turno che avevamo prima identificato come potenzialmente interessante, abbiamo chiesto agli studenti di (re)agirvi e di discutere i possibili orientamenti dell'interlocutore primario che lo aveva prodotto;
4. Abbiamo infine mostrato la (re)azione dell'interprete reale e discusso le sue conseguenze nell'interazione.

6.4.1.1.1.1 "Menarca?"

Il primo estratto che abbiamo usato con il CARM si colloca nell'interpretazione della raccolta di informazioni su una paziente gravida che inizia il "percorso nascita". La si ricorderà per

[175] La produttività di una formazione che si soffermi sull'analisi dell'interazione verbale è stata prima mostrata da Zorzi (2007, 2008) e poi riconosciuta dallo stesso Luatti nella pubblicazione che rappresenta, a nostro avviso, il primo vero tentativo di dialogo tra quelle due realtà che si sono per anni reciprocamente ignorate (2011).
[176] Data "la fisicità di questo tipo di interazione" (Cotta-Ramusino 2005: 57) sarebbe certo auspicabile disporre di dati reali video-registrati. Nell'impossibilità di ottenere i permessi in contesti sensibili quali possono essere le strutture sanitarie, l'audio ci pare comunque essere uno strumento sufficientemente valido, almeno nella maggioranza dei casi.

l'episodio del "palu", un termine che è peraltro emerso per la prima volta poco prima dei turni che abbiamo deciso di mostrare agli studenti e che qui riportiamo nell'Es. 6.1.

Es. 6.1 CARM 1 [da 8IRE]

```
01      INT:    ok niente
02      <pausa>
03      OPE:    dimmi
04      INT:    no no parlava del vomito
05      OPE:    ah
06      INT:    però è una cosa del
→ 07    OPE:    menarca {domanda}
```

Dopo aver fatto ascoltare/leggere agli studenti questi primi sette turni abbiamo chiesto loro di reagire a quella prima parte di una coppia adiacente domanda-risposta che viene prodotta dall'ostetrica al turno 07, e li abbiamo invitati a riflettere sui possibili orientamenti dei due partecipanti. Abbiamo poi confrontato le loro "risposte" con quelle dell'interprete reale, che prima reagisce con una traduzione espansa e poi fa una serie di domande che promuovono la narrazione della paziente, e la sua produzione di quella seconda parte proiettata dal primo turno dell'operatore, che viene fornita solo al turno 19.

```
08  I  INT:    allora la la première fois que tu as eu la <pausa> les règles ?
09             <pausa>
10  B  PAZ:    mm hm
11  I  INT:    la première fois <pausa> à quelle età ?
12             <pausa>
13  I  INT:    onze ans douze ans treize ans ?
14             <1>
15  I  INT:    les règles <pausa>  le sang ?
16  B  PAZ:    ehm <pausa> en ce moment j' avais
17             <2>
18  I  INT:    allora lei [è sana nega patologie]
19  B  PAZ:               [treize ans comme ça]
20  I  INT:    treize ?
21  B  PAZ:    mm [hm]
22  I  INT:       [tredici] più o meno
23  A  OPE:    ok tredici anni
```

Il vantaggio di questo lavoro è che permette agli studenti di riflettere su: (1) la costruzione degli enunciati in funzione del ricevente; (b) le pause con valore di turno come possibili segnali di non-comprensione che richiedono l'intervento di chi è responsabile della comunicazione (l'interprete vi reagisce infatti riformulando per ben quattro volte, e in maniera sempre più semplice, una domanda che l'ostetrica ha posto in termini medici) e (c) l'interserzione di diverse attività. Il turno 18, che abbiamo già commentato altrove (« 4.2.2.1.1), mostra infatti come la traduzione si intersechi con la co-intervista a cui l'interprete è stata esplicitamente delegata. Vista la difficoltà di costruire la traducibilità del menarca della paziente, l'interprete "recupera" delle informazioni negoziate in precedenza ponendosi come un filtro informativo che seleziona ciò che è rilevante tradurre, e quando, assumendosi la responsabilità di far procedere l'interazione.

L'estratto permette inoltre di riflettere su una difficoltà che è stata documentata in letteratura e a cui i futuri interpreti dialogici che lavoreranno in ambito sanitario dovrebbero essere forse preparati, ossia la difficoltà dei pazienti provenienti da certe regioni del mondo (per es. da alcuni stati africani) di collocare gli avvenimenti nel tempo, e quindi di fornire quelle risposte precise che i medici occidentali invece si aspettano (cfr. Mazzetti 2003). L'estratto può quindi essere il punto di partenza di una discussione più ampia, nonché lo stimolo per una lettura di approfondimento.

6.4.1.1.1.2 "Le diciamo di andare al Saub"

Un altro estratto che secondo noi si presta al CARM è quello in cui emerge che la paziente gravida, pur avendo un regolare permesso di soggiorno, ha il medico in un'altra città (cfr. Es. 4.9). Questa informazione viene negoziata dall'interprete in una lunga diadica con la paziente che culmina nei primi turni che abbiamo deciso di mostrare agli studenti e che riportiamo nell'Es. 6.2.

Es. 6.2 CARM 2 [da 8IRE]

```
01  I  INT:      tu as le permis de séjour ici {domanda}
02  B  PAZ:      mm hm
03  I  INT:      sì lei è regolare [vedi]
04  A  OPE:                       [ah]
05  I  INT:      <pausa> solo che non ha il medico qua a Castelfranco
06               <1>
07  A  OPE:      allora le diciamo di andare al Saub è
```

Il primo turno a cui abbiamo chiesto agli studenti di reagire è il turno 07, dove l'ostetrica conclude che bisogna dire alla paziente di andare in un determinato ufficio. Dopo aver invitato gli studenti a riflettere sull'orientamento dell'operatrice, abbiamo confrontato le loro "risposte" con le (re)azioni dell'interprete reale, che prima negozia insieme all'ostetrica la validità del permesso di soggiorno e poi produce una traduzione espansa del turno "originale" in cui specifica dove si trovi l'ufficio in questione e il motivo per il quale la paziente deve andarci. Questo secondo contributo mostra l'orientamento dell'interprete reale alla costruzione del turno per il ricevente e invita così gli studenti a riflettere sulle conseguenze di questo tipo di "risposta" traduttiva per la comprensione della paziente, che viene peraltro subito verificata con un "ok".

```
08  I  INT:      <pausa> allora aspetta <pausa> sto guardando qua <1> valido
                 fino al dodici dieci duemiladieci
09               <1>
10  A  OPE:      quindi va bene quest'anno ci rientra <1> dodici dieci ottobre
11  I  INT:      hm parce que tu dois aller <pausa> à <1> al Saub <pausa> via
                 Mandorla <1> pour choisir le médecin de base
12               <1>
13  I  INT:      ok {domanda}
14  B  PAZ:      hm
```

Il secondo turno a cui abbiamo chiesto agli studenti di reagire è il turno 19, dove l'ostetrica chiede all'interprete cosa abbia detto la paziente in merito al fatto di dover andare al Saub.

```
15  I  INT:     tu es régulière ici tu as le per le permis de séjour donc tu tu
                peux ehm tranquillement ehm choisir le médecin
16              <1>
17  I  INT:     ok {domanda}
18              <5>
19  A  OPE:     cosa ha detto {domanda}
```

Anche in questo caso, dopo aver chiesto agli studenti di produrre dei possibili "next turn" abbiamo fatto ascoltare/leggere le (re)azioni dell'interprete reale, che prima risponde alla domanda del medico formulando quanto è stato negoziato con la paziente e poi avvia, approfittando di una pausa in cui nessuno dei due interlocutori primari si seleziona, un *direction-giving* che è costruito congiuntamente da chi dà e da chi riceve le indicazioni (cfr. Psathas 1991).

```
20  I  INT:     <pausa> m'ha detto sì
21              <3>
22  I  INT:     tu demandes à quel à quelqu'un qui <1> qui connaît bien ehm
                Castelfranco de t'accompagner là-bas
23  B  PAZ:     mm hm
24  I  INT:     <pausa> ein <pausa> c'est pas lointain c'est c'est via Flaminia
                <1> ehm avec le l'autobus num numéro deux <1> et tu vas là Saub
                Sob
25              <pausa>
26  B  PAZ:     [Saub]
27  I  INT:     [scri] écris si c'est écrire ça ehm allora <2> je te l'écris
                ici <pausa> via Mandorla <pausa> ehm autobus <pausa> numéro
                deux <pausa> pour aller <pausa> ça c'est l'autobus qui porte à
                Modena
28  B  PAZ:     mm hm
29  I  INT:     de la direction de Re de Reggio
30  B  PAZ:     hm
31  I  INT:     pour <pausa> aller <pausa> à <pausa> Reggio je je le mets ici
                <pausa> ehm <1> ok donc <pausa> Saub <1> pour la <pausa>
                tessera ehm si pour la tessera <pausa> sanitaria <3> choisir
                <2> le <pausa> médecin <1> de base <pausa> ou de famille
                <pausa> ok <pausa> donc tu vas tu tu peux aller toute seule
                <pausa> aussi sur l'autobus c'est pas difficile tu fai tu fais
                voir cette cette adresse là
32  B  PAZ:     mm hm
33  I  INT:     et te peut il te porte le chauffeur il te porte ehm là-bas
                <pausa> ehm puis c'est pas difficile <pausa> tu entres tu tu
                demandes là-bas <pausa> ok {domanda}
34  B  PAZ:     si <pausa> ok
```

Ciò che mette in atto questa attività didattica è una riflessione da parte degli studenti su cosa possa significare assumersi la responsabilità della comunicazione tra gli interlocutori primari mettendoli nelle condizioni di comprendere ciò che sta succedendo nell'interazione. Una comprensione che non è affatto garantita dalla fedele "risposta" traduttiva turno per turno, ma che in taluni casi viene verificata (cfr. l'uso di "ok") o promossa (cfr. le indicazioni stradali) attraverso delle azioni di mediazione a cui il ricevente partecipa attivamente con le

proprie risposte minime o con i propri silenzi. L'estratto permette inoltre di sensibilizzare gli studenti a quei segnali che possono manifestare comprensione o non-comprensione da parte dei partecipanti, di farli riflettere sulla co-costruzione dell'interazione, nonché di mostrare loro come l'oralità possa mescolarsi alla scrittura al fine di promuovere la comunicazione di cui l'interprete è eticamente responsabile. L'azione dell'interprete, che prima invita la paziente a scrivere quanto le sta dicendo e poi lo scrive lei stessa (cfr. il turno 27), non viene infatti valutata in base a cosa sia deontologicamente giusto o sbagliato fare, ma in base alle sue possibili o probabili conseguenze (in questo caso specifico, il fatto che la paziente riesca effettivamente a raggiungere l'ufficio che le è stato indicato).

6.4.1.1.1.3 "C'est quoi ventunesima settimana?"

Il terzo estratto che abbiamo utilizzato in classe è quello in cui l'interprete viene delegata dall'ostetrica a spiegare alla paziente gli esami a cui dovrà sottoporsi successivamente. Dopo aver fatto riflettere gli studenti sulla pratica della delega, che si è visto ricorrere nelle interazioni reali, e sul posizionamento dell'interprete rispetto a essa, abbiamo chiesto loro di osservare le commutazioni di codice dell'interprete nel momento in cui legge insieme alla paziente i moduli di prenotazione, di ipotizzare le loro possibili conseguenze (la familiarizzazione del paziente?) e di reagire al turno in cui la paziente chiede chiarimenti proprio su una delle espressioni che l'interprete non ha tradotto in francese, ossia "ventunesima settimana".

Es. 6.3 CARM 3 [da 10IFCa]

01	A	OPE:		hanno provato dalla dottoressa se te gli vuoi far vedere
				[gliel' han spostata]
02	I	INT:		[sì sì] d'accordo ci penso io te vai
03				<1>
04	I	INT:		[adesso gli spiego bene <pausa> è]
05	A	OPE:		[a dì bisogna fare gli esami per la tiroide] ehm
06	I	INT:		che forse li prescrive lei però
07				<1>
08	I	INT:		bo <pausa> non so come essere
09				<3>
10	I	INT:		elle va faire voir les analyses à la **dottoressa** Zanotti <pausa> ça sont tes rendez-vous <pausa> alors <pausa> c'est ici **guarda** <1> regarde <pausa> le vingt-huit onze à quinze heures trente
11	B	PAZ:		<pausa> hm
12	I	INT:		eco <pausa> **due eco ostetrica ventunoes ventunesima settimana** <pausa> **hai capito** {domanda}
13				<pausa>
14	I	INT:		ça
→ 15	**B**	**PAZ:**		**c'est quoi ventunesima settimana {domanda}**

Abbiamo quindi mostrato loro come reagisca l'interprete reale, che non si limita a tradurre l'espressione in francese trattando la domanda di chiarimento come una questione meramente linguistica, ma avvia una sequenza di spiegazione che viene co-costruita con la

paziente (cfr. le sue risposte minime ai turni 37 e 39) in cui si premura di sottolineare l'importanza di questa ecografia rispetto alle altre.

16	**I**	**INT:**	**ehm c'est ehm ehm la deuxième l'écographie on la fait ehm vers le vingt vingt-et-un vingt-deux semaines de grossesse**
17	B	PAZ:	ah
18	**I**	**INT:**	**c'est ça la date qu'on fait l'écographie <pausa> c'est la deuxième éco qu'elle est très importante pour valuer les organes des foetus on voit le coeur les reins tout**
19	B	PAZ:	hm
20	**I**	**INT:**	**s'il y a des problèmes <pausa> c'est très important ça tu dois faire tu dois y aller c'est ça**

Le conseguenze che ci sembrano apprezzabili della riflessione su questo estratto sono due. Da una parte, permette di avviare una discussione sul concetto di "autorità epistemica" (cfr. Heritage e Raymond 2005, 2006), mostrando come le conoscenze sanitarie che vengono messe in campo dall'interprete siano al servizio degli scopi dell'attività a cui è stata delegata (spiegare gli esami). Come si è detto più volte nel quinto capitolo, gli interpreti non si sostituiscono agli operatori sanitari, ma usano la loro conoscenza linguistica per "ri-disegnare" delle informazioni sanitarie che mettano il paziente nelle condizioni di comprendere realmente ciò che viene negoziato (in maniera non dissimile da quanto fanno nel momento in cui danno indicazioni stradali). Vi sono infatti pazienti, e questo è il secondo motivo per cui l'estratto ci pare avere un valore formativo, che provengono da paesi in cui un'ecografia vale l'altra, per i pochi che possono permettersela. Quindi il fatto di non esplicitare perché questa ecografia sia più importante delle altre, magari facendo leva su argomentazioni che spingerebbero ogni mamma ansiosa di sapere come sta il proprio bambino a sottoporvisi (cfr. "si valutano gli organi del feto si vede il cuore i reni tutto" al turno 18), potrebbe avere conseguenze molto negative.[177]

6.4.1.1.1.4 "Quando è nato ha fatto la cacca?"

Un quarto estratto che abbiamo utilizzato in classe è quello in cui l'ostetrica manifesta la propria comprensione della risposta della paziente a una domanda (tradotta) dall'interprete. Il procedimento utilizzato con gli studenti è stato analogo a quello sopra descritto: abbiamo fatto ascoltare/leggere i primi quattro turni e abbiamo chiesto loro di reagire al reinserimento dell'ostetrica, per poi mostrare loro la "risposta" dell'interprete reale, che corregge la comprensione (sbagliata) dell'operatrice e traduce quanto la paziente aveva veramente detto.

[177] Proprio l'interprete di questo estratto ci ha raccontato di un episodio in cui, per mancanza di comprensione, la paziente non si è sottoposta all'ecografia morfologica. Per poi scoprire, al momento del parto, che il suo bimbo era affetto da trisomia 21, e che sarebbe forse stato possibile scoprirlo prima, se solo avesse capito l'importanza di quell'esame.

Es. 6.4 CARM 4 [da 8IRE]

```
01  B  PAZ:      parce que quand j'avais la grossesse je ne faisais pas caca
02               <1>
03  B  PAZ:      je ne faisais [pas caca]
04  A  OPE:                   [quando è] nato ha fatto [la cacca]
05  I  INT:                                            [ehm no] no <pausa>
               quando lei era incinta non faceva la cacca
06  A  OPE:      ah <pausa> va bene questo
07  I  INT:      [sì è un'altra cosa ehm]
```

A nostro avviso anche questo ultimo breve estratto ha un valore formativo nella misura in cui (a) mostra agli studenti che la cosiddetta "barriera linguistica" non è sempre totalmente impermeabile e che gli interlocutori primari possono reinserirsi nell'interazione per manifestare la loro comprensione; (b) li fa riflettere sul fatto che la necessità della traduzione viene negoziata turno per turno dai partecipanti all'interazione; (c) mostra loro quale possa essere la conseguenza della non rilevanza della traduzione per l'attività dell'interprete, che deve rinegoziare un nuovo "ruolo" nell'interazione: quello del responsabile della comunicazione che monitora la comprensione dei partecipanti lasciandoli interagire direttamente (*stand-by*) e intervenendo solo laddove vi siano problemi di ricezione (hanno capito male) o di produzione (si sono espressi male). Questo estratto avvia così una discussione più ampia sui limiti degli assunti su cui spesso si basa la formazione degli interpreti (ossia il presunto monolinguismo degli interlocutori primari che non si capirebbero affatto) e sensibilizza gli studenti alla complessità di interazioni reali in cui la loro attività traduttiva potrebbe non essere affatto scontata, ma utilizzata solo laddove vi siano problemi comunicativi, e ciò in maniera non dissimile da quanto succede nelle riunioni plurilingue descritte da Traverso (in stampa).

I quattro estratti che abbiamo appena presentato non sono che alcuni esempi di come il CARM potrebbe essere usato nella formazione degli interpreti dialogici. Aldilà dell'estratto prescelto, e della (re)azione che si vuol far produrre/osservare, e pur con tutti i limiti del caso, questa attività può far riflettere gli studenti sul significato della mediazione, sensibilizzandoli al fatto che (a) avranno uno spazio nell'interazione mediata e (b) questo spazio non sarà scontato, ma negoziato e "riempito" insieme agli altri partecipanti. Per promuovere questa riflessione ci pare importante che il *real-play* venga ulteriormente "autenticato" attraverso una "careful explanation of its rationale" (Guariento e Morley 2001: 351). Laddove il *rationale* per noi è che esercitare e mostrare le implicazioni sequenziali delle (re)azioni degli interpreti può essere utile per prepararsi a una professione che richiede un'assunzione di responsabilità rispetto alle conseguenze delle proprie azioni. Nella cornice dell'esercizio andrebbe quindi sottolineato il fatto che non vi è l'intento di giudicare quali (re)azioni siano deontologicamente giuste, e quali sbagliate, bensì quello di

osservare (e riflettere su) come anche interpretazioni "imperfette" possano essere funzionali alla comunicazione tra i partecipanti.

6.5 Riflessioni conclusive

In questo capitolo ci eravamo proposti di riflettere sulla formazione degli interpreti dialogici, dando un apporto che non risolvesse, ma aiutasse a comprenderne la complessità. Abbiamo visto come la complessità stia anzitutto in quel mondo "reale" a cui si tenta di preparare gli studenti, dove la traduzione si interseca con altre attività che se anche non fanno di quello dell'interprete un altro lavoro, di certo contribuiscono a renderlo più complesso di quel che solitamente si insegna.

Diversamente da quanti hanno tentato di ricondurre le attività degli interpreti dialogici a dei "ruoli", abbiamo osservato come l'elemento fondamentale nella loro professione sia quello di appropriarsi della responsabilità comunicativa rispetto a quanto viene co-costruito con gli altri partecipanti, (re)agendo in funzione di ciò che può promuovere la loro comprensione in quel dato momento dell'interazione. Abbiamo quindi sottolineato l'utilità di renderli consapevoli di ciò che succede, turno dopo turno, e riproposto l'analisi della conversazione come un valido strumento non solo di ricerca, ma anche di riflessione sulla comunicazione da parte degli studenti in formazione.

Come strumento di ricerca, la CA ci ha permesso, infatti, di osservare e di riflettere sull'(in)autenticità del gioco di ruolo tradizionale, suggerendo delle linee di intervento che potrebbero aiutare ad autenticarlo sia a livello situazionale (per es. con delle commutazioni di codice o altre manifestazioni di comprensione da parte degli interlocutori primari) che a livello interazionale (per es. sollecitando gli studenti a chiedere chiarimenti e a verificare la comprensione degli interlocutori). Fermo restando che i partecipanti continueranno a orientarsi anche alla cornice del gioco, e che ciò che è autentico per gli *user* non lo sarà mai per i *player*, questi piccoli cambiamenti potrebbero aiutare a preparare meglio gli studenti alle specificità dell'interpretazione *dialogica*, dove non è questione di testi da riprodurre, ma di significati da costruire.

Come abbiamo cercato di mostrare nell'ultima parte del capitolo, la CA potrebbe però anche rivelarsi un valido strumento di formazione ed educazione. Attraverso il *Conversation Analytic Role-play Method (CARM)*, gli interpreti potrebbero infatti allenarsi a produrre delle (re)azioni autentiche e diventare più consapevoli della responsabilità comunicativa che si esercita in un'interazione mediata. Il confronto tra dati didattici e reali ha mostrato come sia l'interazione mediata stessa a dare all'interprete questa responsabilità, e a rendere l'interpretazione *dialogica* profondamente diversa da quella *monologica*. Basandosi su

interazioni reali, il CARM potrebbe quindi essere un modo per stabilire un terreno comune fra tutte le forme dialogiche di interpretazione e per promuovere lo sviluppo di una professione che tanto stenta ad affermarsi.

> Only when there is a common ground among the various interpreters, and that common ground is recognized as *interpreting* – without evaluative adjectives, but with recognition of various specialities, as in any other profession, will a sense of a coherent profession be achievable (Ozolins 2002: 30).

A nostro avviso, le "specialità" degli interpreti corrispondono anzitutto al formato dell'interazione in cui prestano servizio (e non all'argomento o al contesto in cui si svolge). In altre parole, se fare l'interprete di conferenza in un convegno medico è profondamente diverso da fare l'interprete di comunità in un ospedale non è per il diverso contesto fisico né tantomeno per l'argomento, che è lo stesso, ma è perché nel primo caso si ha a che fare con un testo *monologico* su cui non si può (o si può limitatamente) intervenire, mentre nel secondo con un *dialogo* che si costruisce per e insieme ad altri. Questo dialogo potrà assumere forme diverse a seconda del contesto in cui si crea, o dell'argomento dell'interazione, ma resterà in primo luogo un dialogo a cui l'interprete partecipa con delle modalità su cui è necessario che lui stesso rifletta.

La nostra è stata solo una prima sperimentazione di come il CARM potrebbe stimolare questa riflessione. Pur avendo dato risultati promettenti, andrebbe ovviamente ripetuta con classi, docenti, lingue e forse anche argomenti diversi, al fine di verificarne l'utilità nella formazione degli interpreti dialogici. Ma questo esula dagli scopi di una tesi in cui volevamo unicamente fornire le basi teoriche per un approccio didattico (parzialmente) diverso, spiegando perché potrebbe aiutare a colmare il divario che separa la classe dal mondo reale. A nostro avviso, queste basi rappresentano uno spunto interessante anche per la didattica delle lingue straniere e seconde. Usando il CARM, gli studenti potrebbero infatti imparare a "reagire" autenticamente ai turni di interazioni reali, usando le loro competenze in azione e sviluppando la loro capacità di usare la lingua non solo per scambiare informazioni, ma anche per stabilire e mantenere relazioni (cfr. il "learning comity" di Aston 1988). Tanto per fare un esempio, il *corpus* di conversazioni a tavola del Groupe ICOR[178] potrebbe essere usato per osservare ed esercitare delle "risposte" autentiche a quelle piccole cortesie che fanno parte del nostro quotidiano, e che tanto faticano a entrare nella classe. E questo potrebbe anche essere un modo per riutilizzare i tanti *corpora* di interazioni autentiche che sono stati costruiti per motivi di ricerca (prevalentemente basata sulla CA) anche per altri fini, didattici *in primis*.

[178] Cfr. la banca dati CLAPI del gruppo ICOR: http://clapi.univ-lyon2.fr/analyse_requete.php

CONCLUSIONI
L'etica della responsabilità comunicativa

Toute conclusion est une relecture
qui s'efforce de retracer le chemin ouvert,
jalonné et articulé par l'introduction,
mais dont le parcours
s'est partiellement avéré différent
de ce qui était initialement prévu.

Berman, A. (1984)
L'épreuve de l'étranger

La presenza dell'interprete dialogico in ambito sanitario continua a essere necessaria per assicurare la comunicazione tra i rappresentanti dell'istituzione e l'utenza straniera in tutti i loro momenti di incontro, e promuovere così una salute che sia davvero per tutti. Diversamente dagli anni passati, in cui questa necessità veniva gestita nell'emergenza del bisogno, ci è sembrato oggi auspicabile iscrivere il servizio di interpretazione nella durata di un fenomeno che si sta assestando, e riflettere sulla professione di un "atleta dell'incontro" (Luatti 2011) che va adeguatamente formato ed educato. Laddove per formazione intendiamo un allenamento alle competenze comunicative che serviranno nell'esercizio della professione, e per educazione una presa di consapevolezza della responsabilità che questa professione comporta una volta usciti dall'ambito formativo.

Tra le diverse strade percorribili per rispondere a questo obiettivo, si è qui scelto di privilegiare l'osservazione di dati autentici e di descrivere, usando le lenti dell'analisi della conversazione, come l'interpretazione viene insegnata presso un'istituzione universitaria italiana che eroga uno dei tanti corsi in "Scienze della mediazione" (interazioni sanitarie mediate simulate) e come viene svolta in diverse istituzioni sanitarie italiane e belghe che offrono questo servizio (interazioni sanitarie mediate reali). Partendo dall'assunto che non si *è* interpreti, ma si *fa* gli interpreti (*doing being*), si è tentato di capire chi fossero gli interpreti simulati e reali, verificando cosa facessero nell'interazione, e cercando di rendere conto di ciò che separa la formazione (perlomeno accademica) dalla professione.

Ci siamo così posti sulla linea di cresta tra il mondo delle istituzioni sanitarie, che ha contribuito a plasmare la figura del mediatore come esperto di "culture", e il mondo delle università, che ha avanzato delle proposte formative che si sono in genere arroccate intorno alla questione "linguistica", mettendo in evidenza come non si è traduttori nella misura in cui si traduce la lingua e non si è mediatori nella misura in cui si mettono in campo delle competenze culturali. Si è traduttori *e* mediatori, in altre parole interpreti dialogici, nella misura in cui ci si assume la responsabilità della comunicazione tra istituzione e utenza straniera. Laddove il "comunicare" viene inteso dall'interprete come un mettere gli interlocutori nella condizione di partecipare all'interazione, dove la traduzione si interseca con altre attività che contribuiscono a darle senso e che concorrono alla maggiore complessità del reale rispetto alla semplificazione che la simulazione ne fa.

La complessità dell'interazione mediata reale è un dato empirico con cui le istituzioni universitarie non possono non "fare i conti", pena l'impossibilità di comprendere le motivazioni che hanno spinto le istituzioni sanitarie a preferire dei mediatori qualificati dall'esperienza di lavoro e di migrazione, piuttosto che degli interpreti certificati da un diploma di laurea, e quindi la difficoltà di preparare gli studenti alle reali esigenze dei servizi in cui potrebbero essere chiamati a lavorare.

Proprio in quest'ottica si sono iscritti gli ultimi due capitoli della tesi, dove abbiamo prima messo a confronto i risultati delle nostre analisi conversazionali applicate al parlato delle istituzioni formative e sanitarie, e poi problematizzato ciò che separa il gioco di ruolo dalla realtà della professione, mostrando in che modo la nostra ricerca abbia sollevato questioni che possono contribuire a "informare" la didattica dell'interpretazione dialogica. Ne riprenderemo alcune, a guisa di conclusione del nostro lavoro.

Come si è cercato di mettere in evidenza sin dal primo capitolo, mentre la professione dell'interprete dialogico è stata trainata e plasmata dalle istituzioni in cui questi ha prestato servizio e dalle loro esigenze specifiche, la formazione dell'interprete dialogico è stata fortemente influenzata da principi mutuati dalla didattica dell'interpretazione di conferenza, dove in genere si assume che l'interprete impari a interpretare facendolo (*learning by doing*). Le lezioni e gli esami di interpretazione di conferenza si strutturano infatti, per la maggior parte, come delle simulazioni di simultanee e consecutive in cui lo studente-interprete mette in pratica quelle strategie che gli torneranno utili in futuro, senza distinzione alcuna tra il mezzo e il fine dell'apprendimento o della valutazione. Noi stessi siamo stati allenati a cavarcela nei tempi strettissimi della simultanea, quando non si hanno che pochi secondi per decidere come compensare le proprie lacune terminologiche o la propria mancanza di comprensione di un testo su cui non si può intervenire, o nei tempi più dilatati della consecutiva classica, dove possono passare anche alcuni minuti tra la presa di appunti in cui si identifica un problema di comprensione e la resa in cui si può strategicamente compensare la propria lacuna. E noi stessi siamo stati valutati, agli esami di profitto, sulla base di come facevamo l'interprete di conferenza, mettendo in atto quelle strategie a cui eravamo stati allenati a lezione e che abbiamo poi produttivamente riutilizzato in un mondo "reale" per il quale ci siamo sentiti perfettamente preparati.

Ciò che per anni ha funzionato, e che tuttora funziona, nella formazione degli interpreti di conferenza è stato acriticamente trasferito nella formazione degli interpreti dialogici. Sempre partendo dall'assunto che si impari facendo, la didattica dell'interpretazione dialogica si basa infatti sull'utilizzo, sia a lezione che in sede d'esame, di simulazioni di interazioni mediate in cui lo studente fa l'interprete dialogico tra due docenti che fingono di non parlare la stessa lingua e viene poi valutato sulla base di come lo fa. Anche questa è una modalità didattica cui siamo stati personalmente sottoposti, prima a lezione e poi in sede d'esame, ma il passaggio dal mondo della formazione a quello della professione non è stato altrettanto felice. Diversamente da quanto è successo in occasione della nostra prima simultanea "reale", dove ci siamo sentiti perfettamente in grado di fare ciò per cui eravamo stati formati, quando abbiamo fatto la nostra prima interpretazione dialogica in ospedale, ci siamo sentiti del tutto inadeguati in un'interazione mediata che non

sapevamo come gestire e che non aveva nulla, o poco, a che fare con ciò a cui eravamo stati allenati. Ci siamo quindi chiesti perché quel che aveva funzionato per l'interpretazione di conferenza non avesse funzionato per l'interpretazione nei servizi pubblici, visto e considerato che, *mutatis mutandis*, erano stati utilizzati gli stessi principi (si impara facendo) e le stesse modalità didattiche (simulazione di interpretazione). Dopo quasi quattro anni di ricerche ci siamo dati una risposta almeno parziale.

Concentrandoci sulle pratiche conversazionali di una piccola raccolta dati, abbiamo visto come quello che fa (e impara) l'interprete nelle interazioni mediate simulate non sia che una minima parte di quel che potrebbe essere chiamato a fare nelle interazioni reali. Mentre, infatti, nella simulazione si esercita solo l'attività che è "idealmente" associata all'interpretazione, ossia la traduzione, nel mondo reale la traduzione si interseca con altre attività che costruiscono il "da dirsi", il "da farsi" e quindi il "da tradursi". Pur non facendo di quello dell'interprete un altro lavoro, queste attività di certo contribuiscono alla complessità della professione che dovrà svolgere in futuro. Laddove il *role-taking* non equivale, secondo noi, ad assumere uno o più dei "ruoli" a cui si è spesso tentato di ricondurre le varie attività che farebbero gli interpreti in interazioni reali, ma una responsabilità comunicativa rispetto alle tante attività che vengono co-costruite da tutti i partecipanti.

Una didattica che voglia davvero preparare gli studenti al lavoro futuro, aiutandoli a passare dal *role-playing* al *role-taking*, non può quindi non porsi il problema di come allenarli a un'attività traduttiva che sia davvero "autentica", e di come educarli alla responsabilità comunicativa che dovranno esercitare. In entrambi i casi, abbiamo cercato di fornire qualche spunto mostrando l'utilità dell'analisi della conversazione [CA] come strumento di ricerca e di formazione.

Come strumento di ricerca, la CA applicata alle interazioni simulate e reali ci ha permesso di osservare e di riflettere sull'(in)autenticità del gioco di ruolo tradizionale, suggerendo delle linee di intervento che potrebbero aiutare ad "autenticarlo" sia a livello situazionale che interazionale. L'inautenticità situazionale è data dal fatto che i giochi si basano sull'assunto che gli interlocutori primari non si capiscano affatto e siano locutori monolingue, mentre è stato ampiamente dimostrato come le interazioni reali siano caratterizzate da costellazioni linguistiche almeno parzialmente trasparenti, dove le manifestazioni di comprensione dei pazienti, e in misura minore degli operatori, danno origine a situazioni più complesse di quanto l'immagine della "barriera linguistica" non lasci intendere. Si potrebbero, quindi, inserire nelle simulazioni delle commutazioni di codice o degli altri comportamenti linguistici che possano essere indici della reciproca comprensione dei partecipanti per autenticare il *role-play* in questo senso, e preparare gli studenti alle situazioni in cui si troveranno realmente a lavorare. L'inautenticità interazionale è invece

data dal fatto che gli interpreti simulati non mettono in campo le stesse strategie comunicative che vengono usate dagli interpreti reali. Il gioco di ruolo nella sua struttura tradizionale di fatto mostra un presupposto che è di per sé "inautentico", ossia che la "buona" comunicazione è quella in cui i parlanti si capiscono subito e la "buona" interpretazione quella in cui si riproduce immediatamente il testo espresso dagli interlocutori primari senza bisogno di negoziarlo. In questo modo, gli studenti non si allenano a usare quelle strategie che i parlanti comunemente usano per costruire e riparare una comunicazione che ha caratteristiche di natura molto più complessa di quelle di un passaggio aproblematico di un messaggio univoco da un interlocutore a un altro. Andrebbero, quindi, pensate delle modalità per allenare gli studenti a forme di coordinamento dell'interazione che tengano conto di questa complessità, come, almeno, chiedere chiarimenti o negoziare un significato in assenza di conoscenza del termine o di un'espressione equivalente. Fermo restando che gli studenti continueranno a orientarsi alla cornice del gioco, e che ciò che è autentico per chi vive la situazione non lo sarà mai pienamente per chi la simula, questi piccoli accorgimenti potrebbero consentire di meglio preparare gli studenti alle specificità di un'interpretazione *dialogica*, dove non è questione di testi da riprodurre, ma di significati da costruire.

Come strumento di formazione, la CA applicata al gioco di ruolo (*Conversation Analytic Role-Play Method*) potrebbe servire a rendere gli studenti più consapevoli di ciò che significa "rispondere" a una conversazione in corso, allenandoli a produrre (re)azioni che tengano conto dei turni di veri operatori e pazienti, stimolandoli a osservare e discutere le (re)azioni degli interpreti reali rispetto agli stessi turni, e aiutandoli così a familiarizzare con la responsabilità comunicativa che eserciteranno nelle interazioni mediate reali. Il confronto tra dati didattici e reali ha mostrato come sia l'interazione mediata stessa a dare all'interprete questa responsabilità, o a toglierla, nel caso delle simulazioni, in cui l'interprete non esercita alcuna responsabilità comunicativa dal momento che gli interlocutori hanno un gradiente epistemico linguistico positivo e sono perfettamente in grado di partecipare all'interazione anche senza il suo aiuto. Basandosi su interazioni reali, il CARM potrebbe essere un modo per promuovere lo sviluppo di una professione complessa anche nella sua costituzione, mostrando come il contributo dell'interprete dialogico non possa essere ridotto a un "traduci tutto e subito" perché ciò potrebbe non essere funzionale per la comunicazione tra istituzione e utenza. Questo naturalmente implica che la "professionalità" dell'interprete vada forse valutata più sulla base delle conseguenze possibili o probabili dei suoi contributi in un'interazione situata, che non in base a quello che sarebbe giusto fare secondo un quadro di riferimento deontologico che prescinde dal contesto sequenziale e istituzionale in cui l'interprete si trova a operare.

Per concludere, in questa tesi si è cercato di mostrare come l'analisi dell'interazione possa aprire una via di dialogo tra la professione e la formazione degli interpreti dialogici e contribuire a far riflettere su ciò che le separa. Vero è che per permettere agli studenti di riflettervi è necessario dotarli di strumenti teorici e analitici appropriati e dimostrare loro che una tale riflessione può fornire delle chiavi di accesso al lavoro futuro e contribuire a sviluppare una responsabilità professionale. Come sostiene realisticamente Galazzi (2010: 52), "nourri à la philosophie de l'utilité immédiate", il pubblico di studenti che l'insegnante ha di fronte spesso fatica a comprendere il senso e l'interesse di una riflessione linguistica.

> Il est donc indispensable de leur prouver qu'une telle réflexion donne des clés d'accès et d'interprétation de la réalité et qu'elle contribue à former l'esprit critique. (Galazzi 2010: 52)

Nella misura in cui gli studenti capiscono la serietà di questo tipo di approccio, l'analisi di interazioni mediate reali può prepararli a quel dialogo complesso, situato e in continuo movimento in cui svolgeranno la loro attività, stimolandoli non tanto a imparare facendola, ma a imparare ad imparare. Il che ci sembra, ad oggi, il primo requisito di un insegnamento che sia davvero efficace, non solo perché – come abbiamo visto – la responsabilità comunicativa degli interpreti può essere esercitata in molte attività diverse, ma anche perché i giovani d'oggi non *faranno* probabilmente una sola professione nella vita.

EPILOGO
O di cosa c'è dopo il discorso

Les études présentées dans la littérature s'attachent
à tel ou tel aspect du fonctionnement de l'entretien clinique.
La réduction nécessaire à une analyse systématique et rigoureuse
ne saurait perdre de vue la complexité des phénomènes.
Il s'agit donc de ne pas prendre les résultats de ces travaux
comme la réalité de situations dont la complexité
doit être d'une manière ou d'une autre restituée.
Cela nous amène à souligner que les résultats des recherches
portant sur l'entretien clinique peuvent difficilement être transformés
en prescription de pratiques, car cela reviendrait précisément
à opérer une réduction drastique de cette complexité.
Pour les professionnels qui utilisent l'entretien clinique
dans leur pratique quotidienne, l'intérêt de ces travaux est ailleurs :
il réside, selon nous, dans le fait qu'ils constituent un outil de réflexion
qui encourage le professionnel à s'engager dans une démarche autoréflexive
et, de ce fait même, potentiellement créatrice de changement.

Salazar-Orvig, A. (2006: 26)
L'entretien clinique en pratiques

È proprio di ogni ricerca, forse soprattutto se applicativa, il fatto di sollevare domande. Questi tre anni e mezzo di dottorato ne hanno sollevate diverse, alcune delle quali sono state trattate nel presente lavoro, mentre molte altre non vi hanno trovato spazio. Queste rappresentano i punti della nostra agenda per ricerche future e il nostro breve epilogo si propone di elencarli. Un po' per schernire la cattiva memoria, un po' per mostrare quanto ci sia aldiqua e aldilà del discorso che si è fatto fino ad ora.

- Tornare ai contesti socio-sanitari che hanno fornito i dati in analisi per dare suggerimenti "informati" su come migliorare la qualità della comunicazione linguistico-culturale fra servizi e utenti. Ciò potrebbe esser fatto mediante studi puntuali su:
    - le interazioni interprete-paziente, per verificare se possa esservi mediazione anche quando il rappresentante istituzionale non è fisicamente presente, recuperando gli esempi di accompagnamenti, di telefonate e di altre diadiche che abbiamo tralasciato in questo studio;
    - le deleghe dei rappresentanti istituzionali agli interpreti dialogici, per verificare se e come siano funzionali alla comunicazione in ambito medico;
    - le narrazioni dei pazienti, per verificare se e come l'interprete dialogico possa aiutarli a raccontarsi;
    - il coinvolgimento degli interpreti, per verificare se e come venga gestita l'affettività nelle interazioni triadiche e diadiche.
- Analizzare un set di dati dove vi sia la presenza di più interpreti certificati per verificare se e come questo possa cambiare i nostri risultati.
- Testare le possibilità di utilizzo del nostro *corpus* di interazioni reali e simulate per indagini quantitative che potrebbero sostenere i risultati ottenuti con metodi qualitativi, fornendo una base empirica più adeguata per giustificare eventuali cambiamenti nella didattica dell'interpretazione dialogica.
- Ripetere le nostre analisi qualitative e quantitative su altri dati didattici e reali di argomento medico utilizzando i giochi di ruolo raccolti per la coppia di lingue italiano-inglese e verificare così se i risultati cambiano o vengono confermati.
- Ripetere le nostre analisi quantitative e qualitative su interazioni simulate e reali che si svolgono in altri ambiti (per es. quello giuridico, per il quale abbiamo già raccolto delle simulazioni italiano-inglese) per problematizzare lo spazio dell'interprete in altri tipi di interazioni mediate.

- Analizzare i risultati dei corsi di mediazione francese tenuti al secondo anno della laurea magistrale presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Modena e Reggio Emilia, anche per confrontare le reazioni degli studenti alle due tipologie di *role-play* utilizzate.
- Riflettere sul racconto di professione come possibile modalità didattica, analizzando le reazioni degli studenti alla narrazione di esperienze di interpretazione da parte di chi esercita la professione.
- Dare il nostro contributo al dibattito terminologico e ideologico che circonda l' "interprete" e il "mediatore", mostrando come la confusione dei nomi non sia altro che lo specchio della confusione dei ruoli, e come il concetto di "responsabilità comunicativa" potrebbe aiutare a stabilizzare entrambi. Ponendoci volutamente al di qua del dibattito su queste due figure, abbiamo infatti osservato come quel che fanno, e sono, nell'interazione con gli altri partecipanti non sia poi così diverso, e sia ugualmente riconducibile alla responsabilità che esercitano nell'interazione mediata.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (1998) *Health Promotion Glossary*. WTO. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/

AA.VV. (2007) *Libro bianco – Un impegno comune per la salute: Approccio strategico UE per il periodo 2008-2013*. Commissione delle Comunità Europee. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_it.pdf

AA.VV. (2008) *International Health Regulations (2005)*. WTO. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/ihr/en/

AA.VV. (2009a) *Sintesi del dossier statistico 2010 - XX Rapporto sull'immigrazione di Caritas/Migrantes*. Disponibile all'indirizzo: http://www.dossierimmigrazione.it/schede/pres2010–scheda.pdf

AA.VV. (2009b) *Libro bianco sul futuro del modello sociale: La vita buona nella società attiva*. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). Disponibile all'indirizzo: http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/376B2AF8-45BF-40C7-BBF0-F9032F1459D0/0/librobianco.pdf

AA.VV. (2009c) *Riconoscimento della figura professionale del Mediatore interculturale*. Documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome l'8 aprile 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.schule.suedtirol.it/pi/themen/documents/RiconoscimentodelMIC080409.pdf

AA.VV. (2009d) *Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale*. Documento elaborato dal Gruppo di lavoro Istituzionale per la promozione della Mediazione Interculturale. Disponibile all'indirizzo: http://www.seiugl.it/documenti/doc/c36e9c21-5970-9b0e.pdf

AA.VV. (2009e) *Mediazione e mediatori interculturali: Proposte operative*. Documento elaborato dall'ONC-CNEL nell'ottobre 2009 che aggiorna e innova l'importante documento del 2000, recante *Politiche per la mediazione culturale. Formazione ed impiego dei mediatori*. Disponibile all'indirizzo: http://www.portalecnel.it/portale/documenti.nsf/0/2271B196837F52DBC12576AA0031F51F/$FILE/Documento%20finale%20mediazione%20culturale.pdf

AA.VV. (2010a) *La mediazione interculturale nei servizi alla persona della Regione Emilia Romagna*. Report di ricerca promosso dalla Direzione generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Politiche per l'Accoglienza e l'Integrazione Sociale. Disponibile all'indirizzo: http://www.vanninieditrice.it/fileup/Inserti/Ricerca_Mediatori_in_E-R_web.pdf

AA.VV. (2010b) *Piano per l'integrazione nella sicurezza: Identità e incontro*. Documento elaborato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Disponibile all'indirizzo: http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/PrimoPiano/Piano_integrazione_sicurezza_incontro.htm

AA.VV. (2010c) *Rapporto sullo sviluppo umano 2010*. Documento pubblicato per il programma per lo sviluppo delle Nazioni Unite. Disponibile all'indirizzo: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_IT_Summary.pdf

AA.VV. (2010d). *Rapport statistique et démographique 2010: Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. Disponibile all'indirizzo: http://www.diversite.be/?action=publicatie_detail&id=140&thema=4&select_page=216

AA.VV. (2011) "Managing patients with limited English proficiency". *Pennsylvania Patient Safety Authority* 8(1): 26-33.

Albertini, V. (2010) "Gli ambiti della mediazione: alcuni testimoni chiave in territorio toscano". In V. Albertini. & G. Capitani (a cura di). 39-68.

Albertini, V. & G. Capitani (a cura di) (2010) *La mediazione linguistico-culturale. Stato dell'arte e potenzialità*. I Quaderni del CESVOT 47. Disponibile all'indirizzo: http://www.cesvot.it/repository/cont_schedemm/5495_documento.pdf

Amato, A. (2007a) *I ruoli dell'interprete nell'interazione medica: Uno studio di caso*. Tesi di dottorato non pubblicata, SSLMIT, Università di Bologna. Disponibile all'indirizzo: http://amsdottorato.cib.unibo.it/207/

Amato, A. (2007b) "The interpreter in multi-party medical encounters". In C. Wadensjö, B.E. Dimitrova & A. Nilsson (a cura di). 27-38.

Anderson, L. (in stampa) "Code-switching and coordination in interpreter-mediated interaction". In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Angelelli, C. (2004a) *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

Angelelli, C. (2004b) *Revisiting the interpreter's role: A study of conference, court and medical interpreting in Canada, Mexico and the United States*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Angelelli, C. (2008) "The role of the interpreter in the healthcare setting: A plea for a dialogue between research and practice". In C. Valero-Garcés & A. Martin (a cura di). 147-163.

Antaki, C. (a cura di) (2011) *Applied conversation analysis*. New York et al.: Palgrave Macmillan.

Apfelbaum, B. (2007) "Conversational dynamics as an instructional resource in interpreter-mediated technical settings". In C. Wadensjö, B.E. Dimitrova & A. Nilsson (a cura di). 53-63.

Apfelbaum, B. (2008) "Professionelles Dolmetschen in dialogisch organisierten beruflichen Handlungsfeldern". *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 34: 112–125.

Aranguri, C., B. Davisdon & R. Ramirez (2006) “Patterns of communication through interpreters: A detailed sociolinguistic analysis”. *Journal of General Internal Medicine* 21: 623-629.

Aston, G. (1988) *Learning comity: An approach to the description and pedagogy of interactional speech*. Bologna: CLUEB.

Aston, G. (2012) “'Ballando sul mondo'. L'analisi conversazionale nell'insegnamento linguistico”, 21 aprile 2012, DILIT, Roma, Italia.

Atkinson, J.M. & J. Heritage (a cura di) (1984) *Structures of social action*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bachy, S., A. Dister, M. Francard, G. Geron, V. Giroul, P. Hambye, A.C. Simon & R. Wilmet (2004) “Conventions de transcription régissant les corpus de la banque de données VALIBEL”. Université Catholique de Louvain. Disponibile all’indirizzo: http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/valibel/documents/conventions_valibel_2004.PDF

Baker, M. (2006a) “Translation and context”. *Journal of Pragmatics* 38: 317-320.

Baker, M. (2006b) “Contextualization in translator- and interpreter-mediated events”. *Journal of Pragmatics* 38: 321-337.

Ballardini , E. (2005) “L’interprete nel processo penale italiano : profilo professionale e ipotesi di formazione”. In G. Mack & M. Russo (a cura di). 167-179.

Ballardini, E. (2006) “Pour un enseignement universitaire de l’interprétation en milieu médical”. *Etudes de linguistique appliquée* 141: 43-50.

Bancroft, M. & L. Rubio-Fitzpatrick (2011) *The community interpreter: A comprehensive training manual* (5a edizione). Columbia: Cross Cultural Communications.

Baraldi, C. (2003) *Comunicazione interculturale e diversità*. Roma: Carocci.

Baraldi, C. (2008) “Il significato sociologico della mediaizone interculturale nei servizi per la salute”. In C. Baraldi, V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di). 208-228.

Baraldi, C. (2009) “Forms of mediation: the case of interpreter-mediated interactions in medical systems”. *Language and Intercultural Communication* 9(2): 120-137.

Baraldi, C. (2010) “Is cross-cultural mediation a technique? Theoretical/methodological frameworks and empirical evidence from interaction”. In D. Busch, C. Mayer & C. Boness (a cura di), *International and regional perspectives on cross-cultural mediation*. Bern/Frankfurt: Peter Lang. 99-126.

Baraldi, C., V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di) (2008) *Immigrazione, mediazione culturale e salute*. Milano: Franco Angeli.

Baraldi, C. & F. Farini (2010) *Pratiche di educazione e mediazione in gruppi di adolescenti*. Roma: Carocci.

Baraldi, C., F. Farini & L. Gavioli (in stampa) “La mediazione sanitaria e la visibilità del paziente (migrante)”. In C. Baraldi (a cura di), *Gli invisibili. La condizione degli immigrati nella società*. Acireale-Roma: Bonanno Editore.

Baraldi, C. & L. Gavioli (2007) “Dialogue interpreting as intercultural mediation: An analysis in healthcare multicultural settings”. In M. Grein & E. Weigand (a cura di), *Dialogue and Culture*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 155-175.

Baraldi, C. & L. Gavioli (2008) “Cultural presuppositions and re-contextualisation of medical systems in interpreter-mediated interactions. *Curare. Journal of Medical Anthropology* 31(2+3): 193-203.

Baraldi, C. & L. Gavioli (2010) “Interpreter-mediated interaction as a way to promote multilingualism”. In B. Meyer & B. Apfelbaum (a cura di), *Multilingualism at work: From policies to practices in public, medical and business settings* 8: 141-162.

Baraldi, C. & L. Gavioli (in stampa) *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Baraldi, C. & V. Iervese (2010) “Dialogic mediation in conflict resolution education”. *Conflict Resolution Quarterly* 27(4): 423-445.

Barry, C., F. Stevenson, N. Britten, N. Barber & C. Bradley (2001) “Giving voice to the lifeworld. More human, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice”. *Social Science and Medicine* 53: 487-505.

Barske, T. (2009) “Same token, different actions: a conversation analytic study of social roles, embodied actions, and ok in German business meetings”. *Journal of Business Communication* 46(1): 120-149.

Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind*. Chicago/London: University of Chicago Press.

Belpiede, A. (a cura di) (2002) *Mediazione culturale: Esperienze e percorsi formativi*. Torino: UTET.

Benelli, G. & M. Raccanello (2004) “Relazione sull’insegnamento delle traduzione e dell’interpretazione da e verso il francese”. In S. Cigada & E. Galazzi (a cura di), *L’insegnamento del francese nell’università italiana*. Brescia: Editrice La Scuola. 45-58.

Berman, A. (1984) *L’épreuve de l’étranger*. Paris: Gallimard.

Bersani Berselli, G., G. Mack & D. Zorzi (a cura di) (2004) *Linguistica e interpretazione*. Bologna: CLUEB.

Bischoff, A. (2003) *Caring for migrant and minority patients in European hospitals: A review of effective interventions*. A study commissioned by the Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna, MFH – Migrant Friendly Hospitals, a European initiative to promote health and health literacy for migrants and ethnic minorities. Neuchatel and Basel, 12.08.2003. Disponibile all’indirizzo: http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf

Boden, D. & D. Zimmerman (a cura di) (1991) *Talk and social structure*: *Studies in ethnomethodology and conversation analysis.* Cambridge: Polity Press.

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

Bortolini, M. (2002) "Il Belgio". In A. Belpiede (a cura di). 148-159.

Bot, H. & H. Verrept (2010) "Role issues in the Low Countries, interpreting in mental health care in the Netherlands and Belgium". 6th International Critical Link Conference, 27 July 2010, Aston University, Birmingham, United Kingdom.

Bot, H. (2003) "The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology". In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (a cura di). 27-35.

Boyd, E. & J. Heritage (2006) "Taking the patient's medical history: Questioning during comprehensive history taking". In J. Heritage & D.Maynard (a cura di). 151-184.

Brunette, L., G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (a cura di) (2003) *The critical link 3: Interpreters in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Bucholtz, M. (2000) "The politics of transcription". *Journal of Pragmatics* 32(10): 1439-1465.

Bührig, K. & B. Meyer (2004) "Ad hoc-interpreting and the achievement of communicative purposes in doctor-patient communication". In J. House & J. Rehbein (a cura di). 43-62.

Button, G. & J. R. E. Lee (a cura di) (1987) *Talk and social organization*. Philadelphia: Multilingual Matters.

Caffi, C. & R.W. Janney (1994) "Toward a pragmatics of emotive communication". *Journal of Pragmatics* 22: 325-373.

Cambridge, J. (1999) "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter". *The Translator* 5(2): 201-219.

Cambridge, J. (2004) "Profession is a cultural concept: training new arrivals". Critical Link 4 Conference paper. Disponibile all'indirizzo: http://www.criticallink.org/itoolkit.asp?pg=CRITICAL_LINK_4_PAPE

Carr, S., R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (a cura di) (1997) *The critical link: Interpreters in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Casadei, S. & M. Franceschetti (a cura di) (2009) *Il mediatore culturale in sei paesi europei (Italia, Francia, Germania, Grecia, Regno Unito e Spagna). Ambiti di intervento, percorsi di accesso e competenze.* Strumenti Isfol. Disponibile all'indirizzo: http://www.isfol.it/DocEditor/test/File/2009/Strumenti_Isfol/Il_Mediatore_culturale_in_sei_Paesi_europei.pdf

Casnir, F. (1999) "Foundations for the study of intercultural communication based on a third-culture building model". *International Journal of Intercultural Relations* 23. 91-116.

Cassell, E.J. (1976) "Illness and Disease". *The Hastings Center Report* 6(2): 27-37.

Cencini, M. & G. Aston (2002) "Resurrecting the corp(us|se): Towards an encoding standard for interpreting data". In G. Garzone & M. Viezzi (a cura di). 47-62.

Chafe, W. (1995) "Adequacy, user-friendliness, and practicality in transcribing". In G. Leech, G. Myers & J. Thomas (a cura di). 54-61.

Chen, A. (2006) "Doctoring across the language divide". *Health Affairs* 25(3): 808-813.

Chiarenza, A. (2008) "Servizi sanitari migrant-friendly ed aperti alle diverse culture: L'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia". In C. Baraldi, V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di). 47-59.

Cicourel, A. V. (1964) *Method and Measurement in Sociology*. New York: The Free Press.

Cicourel, A.V. (1992) "The interpenetration of communicative contexts: Examples from medical encounters". In A. Duranti & C. Goodwin (a cura di). 291-310.

Cirillo, L. (2010) "Managing affect in interpreter-mediated institutional talk: Examples from the medical setting". *The Journal of Specialised Translation* 14. Disponibile all'indirizzo: http://www.jostrans.org/issue14/art_cirillo.php

Cohen-Emérique, M. (2006) "Les médiateurs sociaux et culturels: Passerelles d'identité". Conférence présentée le 27 avril 2006 lors de la Rencontre organisée par la Fédération des associations de femmes-relais de Seine-Saint-Denis et Profession Banlieue à Bobigny: "Médiation sociale et culturelle: un métier, une déontologie". Disponibile all'indirizzo: www.professionbanlieue.org/f701_Les_mediateurs_sociaux_et_culturels_passerelles_d_identites_article_de_Margalit_Cohen_Emerique.pdf

Comastri, F. (2011) *Dialogue interpreting as mediation: interactional orientations in two different work settings*. Tesi di dottorato non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia.

Cook, G. (1995) "Theoretical issues: Transcribing the untranscribable". In G. Leech, G. Myers & J. Thomas (a cura di). 35-53.

Corsellis, A. (1997) "Training needs of public personnel working with interpreters". In S. Carr, R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (a cura di). 77-88.

Corsellis, A. (2008) *Public Service Interpreting*. New York et al.: Palgrave Macmillan.

Cravero, A. (2000) *Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*. Torino: L'Harmattan Italia.

Dam, H.V. (2001) "The manipulation of data: Reflections on data descriptions based on a product-oriented PhD in interpreting". In D. Gile, H.V. Dam, F. Dubslaff, B. Martinsen & A. Schjoldager (a cura di). 163-183.

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.

Davidson, B. (2001) "Questions in cross-linguistic medical encounters: The role of the hospital interpreter". *Anthropological Quarterly* 74(4): 170-178.

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

De Fornel, M. & J. Léon (2000) "L'analyse de conversation. De l'ethnométhodologie à la linguistique interactionnelle". *Histoire Epistémologie Langage* 22(1): 131-155.

De la Croix, A. & J. Skelton (2009) "The reality of role-play: Interruptions and amount of talk in simulated consultation". *Medical Education* 43: 695-703.

Dimitrova, B. (1997) "Degree of interpreter responsibility in the interaction process in community interpreting". In S. Carr, R. Roberts, A. Dufour & D. Steyn (a cura di). 147-164.

Dodd, A. (2009). Xaira 1.24. Disponibile all'indirizzo: http://www.oucs.ox.ac.uk/research/xaira/

Downing, B. & K.H Tillery (1992) *Professional training for community interpreters*. Minneapolis: CURA.

Downing, B. & L. Bogoslaw (2003) "Effective patient-provider communication across language barriers: A focus on methods of translation". Paper prepared for Hablamos Juntos. Disponibile all'indirizzo: http://www.iberistica.unige.it/pdf/brucej_en.pdf

Drew, P. & J. Heritage (1992) "Analyzing talk at work: An introduction". In P. Drew & J. Heritage (a cura di). 3-65.

Drew, P. & J. Heritage (a cura di) (1992) *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, P. (2007) "Foreword: Applied linguistics and conversation analysis". In K. Richards & P. Seedhouse (a cura di). xiv-xx.

Du Bois, J. W., S. Schuetze-Coburn, S. Cumming & D. Paolino (1993) "Outline of discourse transcription". In J.A. Edwards & M.D. Lampert (a cura di). 45-89.

Durand, J., B. Laks & C. Lyche (a cura di) (2009) *Bulletin PFC N°1*. Projet Phonologie du Français Contemporain. Disponibile all'indirizzo: http://www.projet-pfc.net/bulletins-et-colloques/cat_view/918-bulletins-pfc/919-bulletin-pfc-nd1.html?limit=5&limitstart=0&order=name&dir=DESC

Duranti, A. (2005) "On theories and models". *Discourse Studies* 7(4-5): 409-429.

Duranti, A. & C. Goodwin (1992) *Rethinking context. Language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.

Eco, U. (2003) *Dire quasi la stessa cosa*. Milano: Bompiani.

Edwards, J.A. & M.D. Lampert (a cura di) (1993) *Talking data: Transcription and coding in discourse research*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ellis, R. (2003) *Task-based language learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.

Ertl, A. & S. Pöllabauer (2010) "Training (medical) interpreters – the key to good practice. MedInt: A joint European training perspective". *The Journal of Specialised Translation* 14: 165-193. Disponibile all'indirizzo: http://www.jostrans.org/issue14/art_ertl.php

Falbo, C. (2005) "La transcription: Une tâche paradoxale". *The Interpreters' Newsletter* 13: 25-38.

Falbo, C. (2009) "Un grand corpus d'interprétation: A' la recherche d'une stratégie de classification". In P. Paissa & M. Biagini (a cura di), *Cahiers de recherche de l'école doctorale en linguistique française*. Milano: Lampi di stampa. 105-120.

Falbo, C. (in stampa) "'Interprete' et 'mediatore linguistico-culturale': deux figures professionnelles opposées?", Convegno internazionale, Plurilinguismo e mondo del lavoro, Teramo 19-21 maggio 2011.

Falbo, C., M. Russo, & F. Straniero Sergio (a cura di) (1999) *L'interpretazione simultanea e consecutiva. Problemi teorici e metodologie didattiche*. Milano: Hoepli.

Favaro, G. & M. Fumagalli (2004) *Capirsi diversi: idee e pratiche di mediazione interculturale*. Roma: Carocci.

Favaron, R. & R. Merlini (2003) "Community interpreting: Re-conciliation through power management". *The Interpeters' Newsletter* 12: 205-229.

Favaron, R. & R. Merlini (2005). "Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology". *Interpreting* 7(2): 263-301.

Fink, B. (1982) "Being ignored can be bliss: How to use a sign language interpreter". *The Deaf American* 34(6): 5-9.

Fiorucci, M. (2006) "Livelli della mediazione e percorsi formative per i mediatori". In L. Luatti (a cura di). 106-121.

Francis, D. (1989) "Game identities and activities: Some ethnomethodological observations". In D. Crookall & D. Saunders (a cura di), *Communication and simulation: From two fields to one theme*. London: Multilingual Matters. 53-68.

François, F. (2005) *Interprétation et dialogue chez des enfants et quelques autres*. Lyon: ENS Editions.

Leech, G., G. Myers & J. Thomas (a cura di) (2005) *Spoken English on computer*. New York: Longman.

Gajo, L. & V. Traverso (2002) "Analyse de l'interaction interculturelle". *Tsantsa* 7: 125-130.

Galazzi, E. (2001) "Oral imaginaire et imaginaire de l'oral". In M. Margarito, E. Galazzi & M. Lebhar Politi (a cura di), *Oralité dans la parole et dans l'écriture – Oralità nella parola e nella scrittura*. Torino: Edizioni Librarie Cortina.

Galazzi, E. (2002) *Le son à l'école*. Brescia: La Scuola.

Galazzi, E. (2010) “Le FLP (français langue professionnelle): Un nouveau défi pour la didactique du FLE à l'université?”. In *Situation et perspectives d’évolution des départements d’études françaises des universités européennes*. Séminaire du 26 au 28 mars 2009. CIEP. Sèvres: Ministère des Affaires Etrangères et Européennes. 50-55.

Gardner, R. (2001) *When listeners talk: Response tokens and listeners stance*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Garfinkel, H. (1967) *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Garwood, C. (2005) “La formazione dell’interprete di trattativa in ambito giudiziario”. In G. Mack & M. Russo (a cura di). 145-159.

Garzone, G & M. Viezzi (a cura di) (2002) *Interpreting in the 21st century: Challenges and opportunities*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Gavioli, L. (a cura di) (2009) *La mediazione linguistico-culturale: Una prospettiva interazionista*. Perugia: Guerra Edizioni.

Gavioli, L. (in stampa) “Interpreter minimal responses in interpreter-mediated medical talk”. In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Gavioli, L. & D. Zorzi (2008) “La partecipazione del paziente nell'interazione mediata con il medico: Note linguistiche sulla dimensione informativa e sulla dimensione interpersonale”. In C. Baraldi, V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di). 155-174.

Gavioli, L. & D. Zorzi (2009) “La gestione dell’affettività in conversazioni mediate da interprete”. In L. Gavioli (a cura di). 171-196.

Gavioli, L. & E. Fogazzaro (2004) “L'interprete come mediatore: Riflessioni sul ruolo dell'interprete in una trattativa d'affari”. In G. Bersani Berselli, G. Mack & D. Zorzi (a cura di). 169-191.

Gavioli, L. & G. Mansfield (a cura di) (1990) *The PIXI corpora*. Bologna: Cooperativa Libraria Universitaria Editrice.

Geddes, M. (2011) “Gli ospedali d’Italia – Ieri, oggi, domani”. *Saluteinternazionale.info*. Disponibile all’indirizzo: http://saluteinternazionale.info/2011/03/gli-ospedali-d%E2%80%99italia-ieri-oggi-domani/

Gentile, A., U. Ozolins & M. Vasilakakos (1996) *Liaison interpreting: A handbook*. Melbourne: University Press.

Geraci, S. (2003) “Presentazione: Umanità in cammino”. In M. Mazzetti. 13-15.

Giarelli, G. (2008) “Il contesto della mediazione: La sfida dell’interculturalità nella società multietnica”. In C. Baraldi, V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di). 15-45.

Gile, D. (1995) *Basic concepts and models for interpreter and translator training*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Gile, D., H.V. Dam, F. Dubslaff, B. Martinsen & A. Schjoldager (a cura di) (2001) *Getting started in interpreting research: Methodological reflections, personal accounts and advice for beginners*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Goffman, E. (1961) *Encounters: Two studies in the sociology of interaction*. Indianapolis/New York: The Bobbs-Merril Company.

Goffman, E. (1974) *Frame analysis*. Boston: Northeastern Univeristy Press.

Goffman, E. (1978) "Response cries". *Language* 54(4): 787-815.

Goffman, E. (1981) *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gonzalez, H., W. Vega & W. Tarraf (2010) "Health care quality perceptions among foreign-born latinos and the importance of speaking the same language". *Journal of the American Board of Family Medicine* 26(6): 745-752.

Goodwin, C. (2004) "A competent speaker who can't speak: The social life of aphasia". *Journal of Linguistic Anthropology* 14(2): 151-170.

Green, J., M. Franquiz & C. Dixon (1997) "The myth of the objective transcript: Transcribing as a situated act". *TESOL Quarterly* 31(1): 172-176.

Grosjean, M. & V. Traverso (1998) "Les cadres participatifs dans les polylogues: Problèmes méthodologiques". In F. Cabasino (a cura di), *Du dialogue au polylogue*. Roma: CISU. 51-67.

Grossen, M. & A. Salazar-Orvig (a cura di) (2006) *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris: Belin.

Groupe ICOR (2007) "L'étude des particules à l'oral dans différents contextes à partir de la banque de données de Corpus de LAngue Parlée en Interaction CLAPI". Actes des 5èmes Journées de Linguistique de Corpus (JLC5), Lorient, septembre 2007. Disponibile all'indirizzo: http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/bandeau_droit/ressources.htm

Groupe ICOR (2010) "Grands corpus et linguistique outillée pour l'étude du français en interaction (plateforme CLAPI er corpus CIEL)". *Pratiques* 147/148: 17-34.

Guariento, W. & J. Morley (2001) "Text and task authenticity in the EFL classroom". *ELT Journal* 55(4): 347-353.

Gülich, E. & L. Mondada (2001) "Konverstionsanalyse, Analyse conversationnelle". In G. Holtus, M.Metzeltin & C. Scmitt (a cura di), *Lexicon der Romanistichen Linguistik*. Volume I, 2. Tübingen: Max Niemeyer Verlag. 196-250.

Gumperz, J. (1982) *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gumperz, J. (1992) "Contextualization and understanding". In A. Duranti & C. Goodwin (a cura di). 229-252.

Gumperz, J. & N. Berenz (1993) "Transcribing conversational exchanges". In J.A. Edwards & M.D. Lampert (a cura di). 91-122.

Hale, S.B. (2007) *Community Interpreting*. New York et al.: Palgrave Macmillan.

Harris, B. (1990) "Norms in interpretation". *Target* 2(1): 115-119.

Helman, C. (1981) "Disease versus illness in general practice". *Journal of the Royal College of General Practitioners* 31: 548-552.

Hepburn, A. (2004) "Crying: Notes on description, transcription, and interaction". *Research on Language and Social Interaction* 37(3): 251-290.

Heritage, J. (1984) "A change of state token and aspects of its sequential placement". In J. M. Atkinson & J. Heritage (a cura di). 299-345.

Heritage, J. (2005) "Revisiting authority in physician-patient interaction". In J. Duchan & D. Kovarsky (a cura di), *Diagnosis as cultural practice*. New York: Mouton De Gruyter. 83-102.

Heritage, J. (2009) "Conversation analysis as an approach to the medical encounter". In J.B. McKinlay & L. Marceau (a cura di), e-Source: *Behavioural and social science research interactive textbook*. Disponibile all'indirizzo: http://www.esourceresearch.org/eSourceBook/ConversationAnalysis/1LearningObjectives/tabid/382/Default.aspx

Heritage, J. (2010) "Questioning in medicine". In A. Freed & S. Ehrlich (a cura di), "*Why Do You Ask?": The function of questions in institutional discourse*. New York: Oxford University Press. 42-68.

Heritage, J. (2011) "Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction". In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig (a cura di), *The morality of knowledge in conversation*. Cambridge: Cambridge University Press. 159-183.

Heritage, J. & S. Clayman (2010) *Talk in action*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Heritage, J. & D.W. Maynard (2006a) *Communication in medical care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Heritage, J. & D.W. Maynard (2006b) "Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research". *Annual Review of Sociology* 32: 351-374.

Heritage, J. & G. Raymond (2005) "The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction". *Social Psychology Quarterly* 68(1): 15-38.

Heritage, J. & G. Raymond (2006) "The epistemics of social relations: Owning grandchildren". *Language in Society* 35: 677-705.

Holdsworth, R. (2005) "Taking young people seriously means giving them serious things to do". In J. Mason & T. Fattore (a cura di), *Children taken seriously. In theory, policy and practice*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 139-150.

House, J. & J. Rehbein (2004) (a cura di) *Multilingual Communication*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Hsieh, E. (2006) “Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions”. *Social Sciences and Medicine* 62: 721-730.

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

Hsieh, E. (2009) “Bilingual health communication: Medical interpreters' construction of a mediator role”. In D. Brashers & D. Goldsmith (a cura di), *Communicating to manage health and illness*. New York: Routledge. 135-160.

Hsieh, E. (2010) “Provider-interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions”. *Patient Education and Counselling* 78: 154-159.

Hutchby, I. & R. Wooffitt (1998) *Conversation analysis: Principles, practices and applications*. Cambridge: Polity.

Inghilleri, M. (2005) “Mediating zones of uncertainty: Interpreter agency, the interpreting habitus and political asylum adjudication”. *The Translator* 11(1): 69-83.

Jalbert, M. (1998) “Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique”. *P.R.I.S.M.E.* 8(3): 94-111.

Jefferson, G. (1972) “Side sequences”. In D.N. Sudnow (a cura di), *Studies in social interaction*. New York, NY: Free Press. 294-330.

Jefferson, G. (1978) “Sequential aspects of storytelling in conversation”. In J. Schenkein (a cura di). 219-248.

Jefferson, G. (1979) “A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination”. In G. Psathas (a cura di), *Everyday language: Studies in ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers. 79-96.

Jefferson, G. (1984) “Notes on some orderlinesses of overlap onset”. In V. D'Urso & P. Leonardi (a cura di), *Discoure analysis and natural rhetoric*. Padova: CLEUP. 11-38.

Jefferson, G. (1985) “Notes on a systematic deployment of the acknowledgement tokens 'Yeah' and 'Mmhm'”. *Papers in Linguistics* 17(2): 197-216.

Jefferson, G. (1987) “On exposed and embedded correction in conversation”. In G. Button and J.R.E. Lee (a cura di). 58-68.

Jefferson, G. (1988) “On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation”. *Social Problems* 35(4): 418-441.

Jefferson, G. (2002) “Is 'no' an acknowledgment token? Comparing American and British uses of (+)/(-) tokens”. *Journal of Pragmatics* 34: 1345-1383.

Jefferson, G. & J. R. E. Lee (1992) “The rejection of advice: Managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter'”. In P. Drew & J. Heritage (a cura di). 521-548.

Karliner, L., E. Jacobs, A. Hm Chen & S. Mutha (2007) "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature". *Health Research and Educational Trust* 42(2): 727-754.

Kaunzner, U. (2005) "La competenza comunicativa come prerequisito della mediazione linguistica: Proposte per una didattica preparatoria". In G. Mack & M. Russo (a cura di). 61-75.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2005) *Le discours en interaction*. Paris: Armand Colin.

Kerbrat-Orecchioni, C. & C. Plantin (a cura di) (1995) *Le trilogue*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

Labov, W. (1997) "Some further steps in narrative analysis". *Journal of Narrative and Life History*. Disponibile all'indirizzo: http://www.ling.upenn.edu/~labov/sfs.html

Ladousse, G.P. (1987) *Role play*. Oxford: Oxford University Press.

Lapadat, J.C. (2000) "Problematizing transcription: Purpose, paradigm and quality". *International Journal of Social Research Methodology* 3(3): 203-219.

Lapadat, J.C. & A.C. Lindsay (1999) "Transcription in research and practice: From standardization of technique to interpretive positioning". *Qualitative Inquiry* 5: 64-86.

Leanza, Y. (2005) "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers". *Interpreting* 7(2): 167-192.

Levinson, S. (1979) "Activity types and language". *Linguistics* 17: 365-399.

Levinson , S. (1983) *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lévy, D. & G. Zarate (2003) "La médiation dans le champ de la didactique des langues et des cultures". In D. Lévy & G. Zarate (a cura di), *La médiation et la didactique des langues et des cultures*. Numéro spécial, *Le Français dans le monde*. 186-189.

Lindstrom, A. & L. Mondada (2009) "Assessments in social interaction: Introduction to the special issue". *Research on Language and Social Interaction* 42(4): 299-308.

Linell, P. & D.P. Thunqvist (2003) "Moving in and out of framings: Activity contexts in talk with young unemployed people within a training project". *Journal of Pragmatics* 35: 409-434.

Local, J. & G. Walker (2008) "Stance and affect in conversation: On the interplay of sequential and phonetic resources". *Text & Talk* 28(6): 723-747.

Londei, D., D.R. Miller & P. Puccini (a cura di) (2006) *Insegnare le lingue/culture oggi: Il contributo dell'interdisciplinarietà*. Bologna: Asterisco.

Luatti, L. (2006) *Atlante della mediazione linguistico culturale*. Milano: Franco Angeli.

Luatti, L. (2011) *Mediatori atleti dell'incontro*. Gussago: Vannini.

Luppi, L. (2010) *La mediazione linguistico-culturale in ambito sanitario: La negoziazione dell'autorità epistemica*. Tesi di laurea non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia.

Macbeth, D. (2004) "The relevance of repair for classroom correction". *Language in Society* 33: 703-736.

Mack, G. (2004) "Interpretazione fra ricerca e didattica: Lo stato dell'arte". In G. Bersani Berselli, G. Mack & D. Zorzi (a cura di). 11-33.

Mack, G. (2006) "Detto scritto: Un fenomeno, tanti nomi". *InTRAlinea* Special Issue: Respeaking [online]. Disponibile all'indirizzo: http://www.intralinea.it/specials/respeaking/ita_more.php?id=464_0_41_0_M

Mack, G. & M. Russo (a cura di) (2005) *Interpretazione di trattativa: La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milano: Hoepli.

Magno Caldognetto, E. , P. Cosi, F. Cavicchio & I. Poggi (2003) "La partitura: Un sistema di annotazione multilivello di interazioni multimodali basata su ANVIL". Atti delle XIV Giornate del GFS, Viterbo, 4-6 dicembre 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.istc.cnr.it/doc/72a_2005060715466t_em-GFS2003-03.pdf

Maley, A. & A. Duff (1978) *Drama techniques in language learning*. London/New York/Melbourne: Cambridge University Press.

Malheiros-Poulet, M.E. (1995) "Le rôle de l'intermédiaire linguistique dans les situations de contacts interculturels". In C. Kerbrat-Orecchioni & C. Plantin (a cura di). 134-159.

Markee, N. (2005) "The organization of off-task talk in second language classrooms". In K. Richards & P. Seedhouse (a cura di). 197-213.

Martin, P. (2009) "Grand corpus oraux: Classification, transcription, exploitation des données". In P. Paissa & M. Biagini (a cura di), *Cahiers de recherche de l'école doctorale en linguistique française*. Milano: Lampi di stampa. 121-134.

Mason, I. (a cura di) (1999) *Dialogue interpreting*. Special Issue, *The Translator* 5(2).

Mason, I. (a cura di) (2001) *Triadic exchanges: studies in dialogue interpreting*. Manchester/Northampton: St. Jerome.

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

Maynard, D. (1997) "The news delivery sequence: Bad news and good news in conversational interaction". *Research on Language and Social Interaction* 30(2): 93-130.

Maynard, D. (2003) *Bad news, good news. Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago/London: University of Chicago Press.

Mazzetti, M. (2003) *Il dialogo transculturale*. Roma: Carocci.

McHoul, A. (1990) "The organization of repair in classroom talk". *Language in Society* 19: 349-377.

Meeuwesen, L., J.A.M. Harnsen, R.M.D. Bernsen & M.A. Brujinzeels (2006) "Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients?". *Social Science and Medicine* 63: 2407-2417.

Mehan, H. (1979) "'What time is it, Denise?': Asking known information questions in classroom discourse". *Theory into Practice* 18(4): 285-294.

Merlini, R. (2007) "Teaching dialogue interpreting in higher education: A research-driven, professionally oriented curriculum design". In M.T. Musacchio & G. Henrot (a cura di), *Tradurre: Professione e formazione*, Atti del Convegno, 6-8 aprile 2006, Università di Padova. Padova: CLEUP. 277-306.

Merlini, R. (2009) "Seeking asylum and seeking identity in a mediated encounter". *Interpreting* 18(1): 57-92.

Merlino, S. (in stampa) "Traduction orale et organisation de la parole: la gestion multimodale des transitions". In L. Mondada (a cura di).

Mesa, A. (2000) "The cultural interpreter: An appreciated professional. Results of a study on interpreting services: Client, health care worker and interpreter point of view". In R. Roberts, S. Carr, D. Abraham, A. Dufour (a cura di). 67-79.

Metzger, M. (1999) *Sign language interpreting: Deconstructing the myth of neutrality*. Washington: Gallaudet University Press.

Meyer, B. (1998) "What transcriptions of authentic discourse can reveal about interpreting". *Interpreting* 3(1): 65-83.

Meyer, B (in stampa) "Ad hoc interpreting for partially language-proficient patients: Participation in multilingual constellations". In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Meyer, B. , B. Pawlak & O. Kliche (2010) "Family interpreters in hospitals: Good reasons for bad practice?". *MediAzioni* 10.

Meyer, B., B. Apfelbaum, F. Pochhacker & A. Bischoff (2003) "Analysing interpreted doctor-patient communication from the perspectives of linguistics, interpreting studies and health sciences". In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (a cura di). 67-79.

Mikkelson, H. (1996) "The professionalization of community interpreters". In M. M. Jérôme-O'Keefe (a cura di), *Global Vision*, Proceedings of the 37th Annual Conference of the American Translators Association. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. Disponibile all'indirizzo: http://www.acebo.com/papers/profslzn.htm

Mikkelson, H. (2003) "Telephone interpreting: Boon or bane?". In L. Pérez González (a cura di), *Speaking in tongues: Language across contexts and users*. Universitat de València. 251-269. Disponibile all'indirizzo: http://www.acebo.com/papers/telefone.htm

Milroy, E. (1982) *Role-play: A practical guide*. Aberdeen: Aberdeen University Press.

Mishler, E. G. (1981) "Viewpoint: Critical perspectives on the biomedical model". In E. G. Mishler, L. R. Amarasingham, S. T. Hauser, R. Liem, S. D. Osherson & N. E. Waxler (a cura di),

Social contexts of health, illness, and patient care. New York: Cambridge University Press. 1-23.

Mishler, E. G. (1984) *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.

Mondada, L. (2005) "Constitution de corpus de parole-en-interaction et respect de la vie privée des enquêtés: Une demarche reflexive". Rapport sur le projet *Pour une archive des langues parlées en interaction. Statuts juridiques, formats et standards, représentativité*, financé par le Programme Société de l'Information/Archivage et patrimoine documentaire, mars 2005. Disponibile all'indirizzo: http://icar.univ-lyon2.fr/projets/corinte/documents/Mondada_juridique_MARS05.pdf

Mondada, L. (2006a) "La compétence comme dimension située et contingente, localement évaluée par les participants". *Bulletin VALS-ASLA* 84: 83-119.

Mondada, L. (2006b) "Interactions en situations professionnelles et institutionnelles: De l'analyse détaillée aux retombées pratiques". *Revue Française de Linguistique Appliquée* 2(XI): 5-16.

Mondada, L. (2007) "L'interprétation online par les co-participants de la structuration du tour in fieri en TCUs : Evidences multimodales". *TRANEL* 48: 7-38.

Mondada, L. (2011) "Understanding as an embodied, situated and sequential achievement in interaction". *Journal of Pragmatics* 43: 542-552.

Mondada, L. (in stampa) *Corps en Interaction*. Lyon: Editions ENS.

Monetti, M. (2004) *Il ruolo dell'interprete nell'interazione sanitaria*. Tesi di laurea non pubblicata, SSLMIT, Università di Bologna.

Morelli, M. (2005) *Oltre il discorso: Appunti di teoria e pratica dell'interpretazione*. Milano: Arcipelago.

Morrone, A. (1995) *Salute e società multiculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore. Disponibile all'indirizzo: http://www.iismas.it/ss/prefazione.htm

Nasi, F. (2009) "Introduzione". In F. Nasi & M. Silver (a cura di). 6-11.

Nasi, F. (2010) *Specchi comunicanti*. Milano: Medusa.

Nasi, F. & M. Silver (a cura di) (2009) *Per una fenomenologia del tradurre*. Roma: Officina Edizioni.

Niemants, N.S. (2008) *2001 Unomattina: a case study in media interpreting*. Tesi di laurea non pubblicata, SSLMIT, Università di Bologna. Disponibile all'indirizzo: http://www.dailynterpreter.com/my-writings

Niemants, N.S. (in stampa a) "From role-playing to role-taking: Interpreter role(s) in healthcare". In C. Schaeffner (a cura di), *The critical link 6: Interpreting in a changing landscape*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Niemants, N.S. (in stampa b) “The transcription of interpreting data”. *Interpreting* 14(2).

Niemants, N.S. (in stampa c) “Quand les interprètes font les journalistes: une analyse linguistique”. Special Issue, *The Interpreters’ Newsletter*.

Niemants, N.S. (in stampa d) “L’interprétation de dialogue en milieu médical: Entre profession et formation”. In M. De Gioia e M. Vittoz (a cura di), *Cahiers de recherche de l’école doctorale en linguistique française*. Milano: Lampi di stampa.

Niska, H. (2002) “Community interpreter training: Past, present, future”. In G. Garzone & M. Viezzi (a cura di). 133-144.

O’Connell, D. & S. Kowal (1999) “Transcription and the issue of standardization”. *Journal of Psycholinguistic Research* 28(2): 103-120.

Ochs, E. (1979) “Transcription as theory”. In E. Ochs & B.B. Schieffelin (a cura di), *Developmental Pragmatics*. New York: Academic Press. 43-72.

Ochs, E. & B.B. Schieffelin (1989) “Language has a heart”. In E. Ochs (a cura di), *The pragmatics of affect*. Special issue, *Text* 9(1): 7-25.

Okada, Y. (2010) “Role-play in oral proficiency interviews: Interactive footing and interactional comptetencies”. *Journal of Pragmatics* 42: 1647-1668.

Orletti, F. (2000) *La conversazione diseguale*. Roma: Carocci.

Orletti, F. & R. Testa (1991) “La trascrizione di un corpus di interlingua: Aspetti teorici e metodologici”. *Studi Italiani di Linguistica Teorica ed Applicata*, XX(2): 243-283.

Ozolins, U. (2002) “Communication needs and interpreting in multilingual settings: The international spectrum of response”. In R. Roberts, S. Carr, D. Abraham, A. Dufour (a cura di). 21-33.

Packet, A. (2005) “Reaching patterns of interaction in English for specific purposes”. In K. Richards & P. Seedhouse (a cura di). 235-250.

Palumbo, G. (a cura di) (2010) *Sui vincoli del tradurre*. Roma: Officina edizioni.

Panna, L. & P. Bevolo (2007) *Il drago e la fenice*. Servizio sanitario regionale EMILIA ROMAGNA, Azienda sanitaria locale di Reggio Emilia. Disponibile all’indirizzo: http://www.lacosapsy.com/DRAGOEFENICE.pdf

Partington, A. (2006) *The linguistics of laughter. A corpus-assisted study of laughter-talk*. London/New York: Routledge.

Pederzoli, L. (2011) *La mediazione interculturale: Un’analisi di interazioni presso istituzioni sanitarie in Belgio*. Tesi di laurea non pubblicata, Università di Modena e Reggio Emilia.

Pekarek Doehler, S. (2006) “Compétence et langage en action”. *Bulletin VALS-ASLA* 84: 9-45.

Penn, C. & J. Watermeyer (in stampa) “Cultural brokerage and overcoming communication barriers: A case study from aphasia”. In C. Baraldi & L. Gavioli (in stampa).

Peräkylä, A. (1997) “Reliability and validity in research based on transcripts”. In D. Silverman (a cura di), *Qualitative research: Theory, methods and practices*. London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE. 201-220.

Piastrelloni, M. (2010) “Prefazione”. In W. Distefani, *Il libro della prevenzione*. Forlì: Rivoluzione Naturale. 7-9.

Pöchhacker, F. (2004) *Introducing interpreting studies*. London/New York: Routledge.

Pöchhacker, F. (2008) “Interpreting as mediation”. In C. Valero-Garcés & A. Martin (a cura di). 9-26.

Pöchhacker, F. (in stampa) “Interpreting participation: Conceptual analysis and illustration of the interpreter’s role in interaction”. In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Pöchhacker, F. & M. Kadric (1999) “The hospital cleaner as healthcare interpreter”. *The Translator* 5(2): 161-178.

Pöchhacker, F. & M. Shlesinger (a cura di) (2002) *The interpreting studies reader*. London: Routledge.

Pöchhacker, F. & M. Shlesinger (a cura di) (2007) *Healthcare Interpreting. Discourse and Interaction*. Amsterdam: John Benjamins.

Pomerantz, A. (1984) “Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shapes”. In J.M. Atkinson & J. Heritage (a cura di). 57-101.

Psathas, G. (1991) “The structure of direction-giving in interaction”. In D. Boden & D.H. Zimmerman (a cura di). 195-216.

Psathas, G. & T. Anderson (1990) “The practices of transcription in conversation analysis”. *Semiotica* 78(1/2): 75-99.

Pudlinski, C. (2005) “Doing empathy and sympathy: Caring responses to troubles tellings on a peer support line”. *Discourse Studies* 7(3): 267-288.

Quan, K. (2010) “The high costs of language barriers in medical malpractice”. *National Health Law Program*. Disponibile all’indirizzo: http://library.constantcontact.com/download/get/file/1103067601986-62/2010+Quan+NHelP+Lang+barriers+&+med+malpractice.pdf

Ratcliff, G. & F. Suardi (2006) “L’interprète dans une consultation thérapeutique: Conceptions de son rôle et difficultés éprouvées”. *Psychothérapies* 26(1): 37-49.

Reddy, M. (1979) “The conduit metaphor: A case of frame conflict in our language about language”. In A. Ortony (a cura di) (1993), *Metaphor and thought*. Cambridge: Cambridge University Press. 164-201.

Richards, K. (2005) “Introduction”. In K. Richards & P. Seedhouse (a cura di). 1-15.

Richards, K. & P. Seedhouse (2005) *Applying conversation analysis*. New York et al.: Palgrave Macmillan.

Roberts, C. (1997) "The politics of transcription. Transcribing talk: Issues of representation". *TESOL Quarterly* 31(1) : 167-171.

Roberts, R., S. Carr, D. Abraham & A. Dufour (a cura di) (2000) *The critical link 2: Interpreters in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Robinson, J. & J. Heritage (2006) "Physicians' opening questions and patients' satisfaction". *Patient Education and Counselling* 60: 279-285.

Rohlfing, K., D. Loehr, S. Duncan, A. Brown, A. Franklin, I. Kimbara, J.T. Milde, F. Parrill, T. Rose, T. Schmidt, H. Sloetjes, A. Thies & S. Wellinghoff (2006) "Comparison of multimodal annotation tools: Workshop report". *Gesprächsforschung* 7. Disponibile all'indirizzo: www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2006/tb-rohlfing.pdf

Romero, C. , D. O'Connell & S. Kowal (2002) "Notation systems for transcription: An empirical investigation". *Journal of Psycholinguistic Research* 31(6): 619-631.

Rosemberg, B.A. (2007) "A data driven analysis of telephone interpreting". In C. Wadensjö, B.E. Dimitrova & A. Nilsson (a cura di). 65-75.

Rosemberg, E., Y. Leanza & R. Seller (2007) "Travailler avec un interprète en soins de première ligne: Pertes et renononciations". *Association pour la Recherche Interculturelle* 45: 30-36.

Rosenthal, A. (2009) "Lost in transcription: The problematic of commensurability in academic representations of American Sign Language". *Text and Talk* 29(5): 595-614.

Roy, C. (2000) *Interpreting as a discourse process*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Roy, C. (2002) "The problem with definitions, descriptions, and the role metaphors of interpreters". In F. Pöchhacker & M. Shlesinger (a cura di). 345-353.

Rudvin, M. (2005) "La formazione di interpreti in ambito sociale in Italia e all'estero". In G. Mack & M. Russo (a cura di). 131-143.

Rudvin, M. (2006) "Issues of culture and language in the training of language mediators for public services in Bologna: Matching market needs and training". In D. Londei, D.R Miller & P. Puccini (a cura di). 57-72.

Rudvin, M. & E. Tomassini (2008) "Migration, ideology and the interpreter-mediator: The role of the language mediator in educational and medical settings in Italy". In C. Valero-Garcés & A. Martin (a cura di). 245-266.

Russo, M.C. (2004) "Community interpreter, liaison interpreter, ad hoc interpreter, intercultural mediator… what kind of curriculum for such a multifaceted profession?". Critical Link 4 Conference paper, Disponibile all'indirizzo: http://www.criticallink.org/itoolkit.asp?pg=CRITICAL_LINK_4_PAPE

Sacks, H. (1972) “On the analyzability of stories by children”. In J. Gumperz & D. Hymes (a cura di), *Directions in sociolinguistics: The ethnography of communication*. New York: Rinehart and Winston. 325-345.

Sacks, H. (1992). *Lectures on conversation*. Volumes I and II Edited by G. Jefferson with Introduction by E.A. Schegloff. Oxford: Blackwell.

Sacks H., E. Schegloff & G. Jefferson (1974) “A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation”. *Language* 50: 696-735.

Salazar-Orvig, A. (1999) *Les mouvements du discours. Style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques*. Paris: L’Harmattan.

Salazar-Orvig, A. (2006) “Intercompréhension et divergences dans l’entretien clinique”. In M. Grossen & A. Salazar-Orvig (a cura di). 149-168.

Sandrelli, A. (2005) “La trattativa d’affari: Osservazioni generali e strategie didattiche”. In G. Mack & M. Russo (a cura di). 77-91.

Sarangi, S. (2004) “Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice”. *Communication and Medicine* 1(1): 1-11.

Sauvêtre, M. (2000) “De l’interprétariat au dialogue à trois. Pratiques européennes de l’interprétariat en milieu social”. In R. Roberts, S. Carr, D. Abraham & A. Dufour (a cura di). 35-44.

Schegloff, E. (1982) “Discourse as an interactional achievement: Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences”. In D. Tannen (a cura di), *Analyzing discourse*. Washington, DC: Georgetown University Press. 71-93.

Schegloff, E. A. (1992) “On talk and its institutional occasions”. In P. Drew & J. Heritage (a cura di). 101-134.

Schegloff, E.A. , G. Jefferson & H. Sacks (1977) “The preference for self-correction in the organisation of repair in conversation”. *Language* 53: 361-382.

Schenkein, J. (1978) “Identity negotiations in conversation”. In J. Schenkein (a cura di). 57-78.

Schenkein, J. (a cura di) (1978) *Studies in the organization of conversational interaction*. New York: Academic Press.

Schmidt, T. (2004) “Transcribing and annotating spoken language with EXMARaLDA”. *Proceedings of the LREC-Workshop on XML based richly annotated corpora*, Lisbon 2004, Paris: ELRA.

Schmidt, T. (2005) “Time-based data models and text encoding initiative’s guidelines for transcriptions of speech”. Disponibile all’indirizzo: http://www1.uni-hamburg.de/exmaralda/

Seale, C., C. Butler, I. Hutchby, P. Kinnersley & S. Rollnick (2007) “Negotiating frame ambiguity: A study of simulated encounters in medical education”. *Communication and Medicine* 4(2): 177-187.

Seedhouse, P. (2005) “Conversation analysis as a research methodology”. In K. Richards & P. Seedhouse (a cura di). 251-266.

Seleskovitch, D. & M. Lederer (2001) *Interpréter pour traduire*. Paris: Didier.

Seleskovitch, D. & M. Lederer (2002) *Pédagogie raisonnée de l’interprétation*. Paris: Didier Erudition/Knlincksieck.

Shannon, E. & W. Weaver (1963) *The mathematical theory of communication*. Chicago: University of Illinois Press.

Sharrock, W.W. & D.R. Watson (1985) “Reality construction in L2 simulations”. *System* 11(3): 195-206.

Sinclair, J. (1995) “From theory to practice”. In G. Leech, G. Myers & J. Thomas (a cura di). 99-112.

Skaaden, H. (2011) “Interpreter training in the cyber classroom. Experiences from Norway”, 18 maggio 2011, Dipartimento Sitlec, Forlì, Italia.

Skehan, P. (1996) “A framework for the implementation of task-based instruction”. *Applied Linguistics* 17(1): 38-62.

Stokoe, E. (2011a) “Simulated interaction and communication skills training: The 'Conversation Analytic Role-play Method'”. In C. Antaki (a cura di). 119-139.

Stokoe, E. (2011b) “Overcoming roadblocks to mediation: Training mediators using the 'Conversation Analytic Role-play Method'”. *Mediation Digest Online*.

Straniero Sergio, F. (1999) “The interpreter on the (talk) show. Interaction and participation frameworks”. *The Translator* 5(2): 303-326.

Straniero Sergio, F. (2007) *La mediazione linguistica nella conversazione spettacolo*. Trieste: EUT.

Szakos, J. & U. Glavitsch (2004) “Portability, modularity and seamless speech-corpus indexing and retrieval: A new software for documenting (not only) the endangered formosan aboriginal languages”. *E-MELD Language Digitization Project Conference*, Workshop on Linguistic Databases and Best Practice, Detroit, USA, July 15 – 18, 2004. Disponibile all’indirizzo: http://emeld.org/workshop/2004/szakos-paper.html

Tebble, H. (2003) “Training doctors to work effectively with interpreters”. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (a cura di). 81-95.

Ten Have, P. (1991) “Talk and institution: A reconsideration of the ‘asymmetry’ of doctor-patient interaction”. In D. Boden & D.H. Zimmerman (a cura di). 138- 163.

Ten Have, P. (1999) *Doing conversation analysis: A practical guide*. London: Sage.

Thompson, P. (2005) “Spoken language corpora”. In M. Wynne (a cura di), *Developing linguistic corpora: A guide to good practice*. Oxford: Oxbow Books: 59-70.

Ticca, A.C. (2010) “Configurazioni diadiche nel dialogo mediato medico-paziente”. In M. Carreras i Goicoechea & M. E. Pérez Vázquez (a cura di), *La mediación lingüística y cultural y su didáctica. Un nuevo reto para la Universidad*. Bologna: Bononia. 213-233.

Tilley, S.A. (2003) “Challenging research practice: Turning a critical lens on the work of transcription”. *Qualitative Inquiry* 9(5): 750-773.

Ting-Toomey, S. & A. Kurogi (1998) “Facework competence in intercultural conflict: An updated face-negotiation theory”. *International Journal of Intercultural Relations* 22: 187-225.

Tomassini, E. (2005) “Esigenze formative e modelli di formazione per l’interprete nei servizi pubblici in ambito medico”. In G. Mack & M. Russo (a cura di). 115-129.

Traverso, V. (1995) “Gestion des échanges dans la conversation à trois participants”. In C. Kerbrat-Orecchioni & C. Plantin (a cura di). 29-53.

Traverso, V. (1999) *L’analyse des conversations*. Paris : Armand Colin.

Traverso, V. (2002) “Analyse de consultations médicales en présence d’un intermédiaire linguistique non professionnel”. Actes du VIII Congrès de l’ARIC. Disponibile all’indirizzo : http://www.unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICManifestations/2001Actes8eCongres/TraversoV.pdf

Traverso, V. (2003a) “Rencontres interculturelles à l’hôpital: La consultation médicale avec interprète”. *Tranel* 36: 81-100.

Traverso, V. (2003b) “Analyse des interactions: Questions sur la pratique”. Synthèse présentée pour l’habilitation à diriger des recherches. Disponibile all’indirizzo: http://icar.univ-lyon2.fr/membres/vtraverso/documents/Trav.HDR2003.pdf

Traverso, V. (in stampa) “Ad hoc interpreting in multilingual work meetings: Who translates for whom?”. In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Valero Garcés, C. (2003) “Responding to communication needs: Current issues and challenges in community interpreting and translating in Spain”. In L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin & H. Clarke (a cura di). 177-192.

Valero-Garcés, C. (2010) “The value of internships in PSIT”. *Forum* 8(2): 221-240.

Valero-Garcés, C. & A. Martin (a cura di) (2008) *Crossing borders in community interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Van Ments, M. (1983) *The effective use of role-play: A handbook for teachers and trainers*. London: Kogan Page.

Verrept, H. (2008) “Intercultural mediation: An answer to healthcare disparities?”. In C. Valero-Garcés & A. Martin (a cura di). 187-202.

Verrept, H. (2011) “La cellule de médiation interculturelle”. *Mediazione interculturale: Collocazione delle risorse formate e valorizzazione delle competenze,* 5 maggio 2011, Sede della Provincia Autonoma di Bolzano, Roma, Italia.

Vitiello, M. (2010) “Le politiche migratorie italiane da paese di emigrazione a paese di immigrazione”. *Migrazioni. Temi e questioni tra Italia e Francia*, 25 novembre 2010, facoltà di Economia “Marco Biagi”, Modena, Italia.

Wadensjö, C. (1998) *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman.

Wadensjo, C. (2002) “The double role of a dialogue interpreter”. In F. Pöchhacker & M. Shlesinger (a cura di). 355-370.

Wadensjö, C. (2006) “Le dinamiche dell’interpretazione dialogica e la negoziazione della personhood”. In E. Banfi, L. Gavioli, C. Guardiano & M. Vedovelli (a cura di), *Atti del 5° Congresso Internazionale dell’Associazione Italiana di Linguistica Applicata. Problemi e fenomeni di mediazione linguistica e culturale*. Bari 17-18 febbraio 2005. Perugia: Guerra. 13-33.

Wadensjö, C., B. Englund Dimitrova & A.L. Nilsson (a cura di) (2007). *The critical link 4: Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.

Weber, M. ([1919] 2006) *La politica come professione*. Trad. It. di F. Tuccari e intro. di M. Cacciari. Milano: Mondadori.

Widdowson, H. G. (1978) *Teaching language as communication*. Oxford: Oxford University Press.

Widdowson, H. G. (1979) *Explorations in applied linguistics*. Oxford: Oxford University Press.

Widdowson, H. G. (1996). *Linguistics*. Oxford: Oxford University Press.

Widdowson, H. G. (1998). “Communication and Community. The Pragmatics of ESP”. *English for Specific Purposes* 17(1): 3-14.

Wilson, T. (1991) “Social structure and the sequential organization of interaction”. In D. Boden & D.H. Zimmerman (a cura di). 22-43.

Winslade, J. & G. Monk (2008) *Practicing narrative mediation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Wulf, S. & H.P. Schmiedebah (2010) “Patients as interpreters”. *Interpreting* 12(1): 1-20.

Zanettin, F. (2009) “Corpora multimediali e analisi dell’interazione”. In L. Gavioli (a cura di). 325-355.

Zeldin, T. (1994) *An intimate history of humanity*. New York: Harper Collins.

Zorzi, D. (2004) “Studi conversazionali e interpretazione”. In G. Bersani Berselli, G. Mack & D. Zorzi (a cura di). 73-90.

Zorzi, D. (2007) “Note sulla formazione dei mediatori linguistici”. *Studi di glottodidattica* 1: 112-128.

Zorzi, D. (2008) “La formazione dei mediatori sanitari: Fra esperienza e consapevolezza”. In C. Baraldi, V. Barbieri & G. Giarelli (a cura di). 191-207.

Zorzi, D. (in stampa) “Mediating assessments in healthcare settings”. In C. Baraldi & L. Gavioli (a cura di).

Zucconi, A. & P. Howell (2003) *La promozione della salute: Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Bari: La Meridiana

Tutti gli indirizzi web presenti nel testo e in bibliografia sono stati nuovamente verificati in data 25/05/12

L’elenco completo dei riferimenti consultati durante il progetto di dottorato è consultabile alla pagina http://www.dailynterpreter.com/references

Appendici

Appendice 1: Moduli per il consenso alle registrazioni didattiche

Richiesta di consenso

Con la presente io, Natacha S. A. Niemants nata a Uccle (Belgio) il 25/01/1983, informo gli interessati del progetto di ricerca che sto svolgendo.

Chiedo inoltre agli interessati di esprimere il loro esplicito consenso alla registrazione e al trattamento di dati didattici che sono essenziali per la realizzazione del mio progetto di dottorato.

Il mio progetto

L'obiettivo che sottende il mio Dottorato in Lingue e Culture Comparate all'Università di Modena e Reggio Emilia è quello di contribuire alla formazione dell'interprete di comunità.

Al fine di raggiungere questo scopo mi propongo di costruire due corpora di interpretazioni, uno italiano-francese e l'altro italiano-inglese, e di analizzarli coniugando metodi qualitativi e quantitativi.

Ciascuno di questi due corpora sarà ottenuto trascrivendo interpretazioni "didattiche" registrate in contesti formativi e interpretazioni "reali" registrate in ambiti lavorativi. Situazioni "didattiche" e "reali" verranno quindi messe a confronto per verificare se ci sono, e quali sono, differenze linguistiche tra le interpretazioni di studenti all'università e le interpretazioni di professionisti al lavoro.

Il presente progetto vuole così rispondere, seppur in minima parte, all'esigenza di dati reali, di situazioni in cui gli interpreti si trovino a lavorare davvero, di trascrizioni di un parlato altrimenti difficile da descrivere, sulla base del quale elaborare un metodo didattico che insegni agli studenti quello che effettivamente serve loro per gestire, in futuro, una vera interpretazione di comunità.

Il vostro contributo

Benché il mio progetto di Dottorato si svolga per l'Università di Modena, esso è nato alla SSLMIT dove ho studiato e mi sono laureata, e non è realizzabile senza il contributo di Professori e Studenti di questa facoltà.

Trattasi di un contributo indiretto, dal momento che non dovrete fare nulla di più o di diverso rispetto a quello che avete fatto fino ad ora, ma pur sempre di un contributo fondamentale. Poiché senza l'autorizzazione e la voce di ciascuno di voi, Professore incaricato dell'insegnamento e Studente presente alle lezioni, non avrei dati su cui lavorare.

Pur sapendo che la consapevolezza di essere registrati potrebbe, almeno all'inizio, infastidirvi e alterare il vostro insegnamento, vi chiedo l'autorizzazione a registrare le lezioni di interpretazione di trattativa di questo semestre.

Per rassicurarvi in merito alle registrazioni, vi ricordo che i dati sensibili (nomi, date, luoghi e simili) saranno omessi o alterati nella trascrizione, il che renderà impossibile l'identificazione degli interessati.

Grazie per la vostra collaborazione,

Natacha

Autorizzazione docenti

a

registrare, trascrivere e utilizzare dati didattici per scopi scientifici

Con la presente io sottoscritto/a Professore _____
nato a_____ il _____

AUTORIZZO

la Dott.ssa Natacha S. A. Niemants a registrare le mie lezioni di _____ tenute presso l'università _____ di _____ nell'anno accademico 2008/2009.

AUTORIZZO

inoltre la Dott.ssa Niemants ad utilizzare (trascrivere, analizzare e pubblicare) questi dati audio per gli scopi scientifici di cui sopra, nella consapevolezza che i dati personali verranno omessi o cambiati.

Autorizzazione studenti (lezioni)

a

registrare, trascrivere e utilizzare dati didattici per scopi scientifici

Con la presente io sottoscritto/a _____
nato a_____ il _____

AUTORIZZO

la Dott.ssa Natacha S. A. Niemants a registrare i miei interventi alle lezioni di _____ tenute presso l'università _____ di _____ nell'anno accademico 2008/2009.

AUTORIZZO

inoltre la Dott.ssa Niemants ad utilizzare (trascrivere, analizzare e pubblicare) questi dati audio per gli scopi scientifici di cui sopra, nella consapevolezza che i dati personali verranno omessi o cambiati.

Autorizzazione studenti (esami)

Con la mia firma AUTORIZZO

la dott.ssa Natacha S.A. Niemants che sta svolgendo presso e per conto dell'Università di Modena e Reggio Emilia il Dottorato in Scienze Umane (indirizzo Lingue e Culture Comparate)

a

utilizzare (trascrivere, analizzare e pubblicare) l'esame di _____ svoltosi in data _____ presso la SSLMIT di Forlì per gli scopi scientifici di cui dietro, nella consapevolezza che i dati personali o sensibili verranno omessi o cambiati

N° Candidato	Cognome e Nome dello Studente	Firma dello Studente	Altra lingua di studio
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
…			

Le registrazioni si sono svolte con l'esplicito consenso dei Professori

_____

_____

Appendice 2: Convenzioni per la registrazione nei contesti sanitari

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL LINGUAGGIO E DELLA CULTURA
Largo S. Eufemia, 19 – 41100 MODENA –

Prot. n. Modena,

Oggetto: ricerca "La mediazione linguistico-culturale"-Università di Modena e Reggio Emilia. Informativa trattamento dati personali: Provvedimento del Garante n. 2 del 16 giugno 2004, Gazzetta Ufficiale 14 agosto 2004, n. 190

Gentile Signora,
Gentile Signore

Il Laboratorio di Analisi dell'Interazione e della Mediazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia (Dipartimento di Scienze del Linguaggio e della Cultura), sta conducendo una ricerca sulla mediazione interculturale, ovvero sulle comunicazioni verbali in cui medico e paziente comunicano attraverso l'aiuto di un interprete-mediatore. La ricerca mira a migliorare la qualità dei servizi di mediazione interculturale e di accoglienza dei pazienti di lingua diversa da quella italiana.

La ricerca prevede l'analisi delle conversazioni che hanno luogo tra medico e paziente e in particolare del lavoro verbale del mediatore che traduce e mette in comunicazione le due parti.

La informiamo che nel corso della ricerca

1. i dati verranno raccolti, in forma completamente anonima (non saranno richiesti nome, cognome, o indirizzo), direttamente presso l'università di Modena e Reggio Emilia;
2. le modalità di rilevazione e trattamento saranno miste, sia in forma cartacea (trascrizione conversazioni), sia automatizzata (audioregistrazioni);
3. i dati verranno trattati, esclusivamente, per finalità di ricerca scientifica.

In base alle indicazioni del Garante, il gruppo di ricerca si impegna a conformarsi alle disposizioni dettate dal *Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti dei dati personali per scopi scientifici (Garante per la protezione dei dati personali, 16 Giugno 2004)*.

La ringraziamo per la disponibilità.

I coordinatori del progetto di ricerca

Prof. Claudio Baraldi, Prof. Laura Gavioli
Dipartimento di Scienze del linguaggio e della cultura Università di Modena e Reggio Emilia –
Laboratorio di Analisi dell'Interazione e della Mediazione (LAIM)
Largo Sant'Eufemia 19 41100 Modena
e-mail: claudio.baraldi@unimore.it: laura.gavioli@unimore.it
tel: +390592055912 - +390592055947
fax: +390592055931

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL LINGUAGGIO E DELLA CULTURA
Largo S. Eufemia, 19 – 41100 MODENA –

Prot. n. Modène,

Objet: Recherche sur « La médiation linguistique et culturelle » Université de Modène et Reggio Emilia - Note d'information sur le traitement des données personnelles : Disposition du Garant N. 2 du 16 juin 2004, Journal Officiel 14 août 2004, N. 190

Mesdames,
Messieurs,

Le Laboratoire d'Analyse de l'Interaction et de la Médiation de l'Université de Modène et Reggio Emilia (Département des Sciences du Langage et de la Culture) est en train de mener une recherche sur la médiation interculturelle, à savoir sur les interactions verbales où médecin et patient communiquent à travers l'aide d'un interprète-médiateur. La recherche vise à améliorer la qualité des services d'accueil et de médiation interculturelle pour les patients de langue autre que l'italien.
La recherche prévoit l'analyse des conversations se déroulant entre le médecin et le patient et, en particulier, du travail verbal du médiateur qui traduit et donc met en communication les deux parties.
Nous vous informons qu'au cours de la recherche :

4. Les données seront collectées, de façon complètement anonyme (prénom, nom et adresse ne seront pas demandés), directement auprès de l'Université de Modène et Reggio Emilia;
5. Les modalités de collecte et de traitement seront mixtes, c'est-à-dire aussi bien sur papier (transcription des conversations), que sur support numérique (enregistrements audio);
6. Les données seront exclusivement traitées à des fins de recherche scientifique.

Sur la base des indications du Garant, le groupe de recherche s'engage à se conformer aux dispositions du *Code de déontologie et de bonne conduite pour le traitement des données personnelles à des fins scientifiques (Garant pour la protection des données personnelles, 16 Juin 2004).*

Vous remerciant de votre disponibilité,

Les coordinateurs du projet de recherche

Prof. Claudio Baraldi, Prof. Laura Gavioli
Dipartimento di Scienze del linguaggio e della cultura Università di Modena e Reggio Emilia –
Laboratorio di Analisi dell'Interazione e della Mediazione (LAIM)
Largo Sant'Eufemia 19 41100 Modène
e-mail: claudio.baraldi@unimore.it, laura.gavioli@unimore.it
tel: +390592055912 - +390592055947
fax: +390592055931

Appendice 3: Traccia delle interviste agli interpreti

Dati anagrafici e generali

Età
Sesso
Nazionalità
Paese d'origine (o paese d'origine dei genitori)

Da quanto tempo si trova in Italia? Ha sempre abitato a…?
Ha svolto altri lavori prima di diventare mediatrice? Se sì quali? Svolge altri lavori oltre a quello di mediatrice? Se sì quali?

Ruolo e formazione

1. Da quanto tempo fa la mediatrice? Ha già svolto questo tipo di lavoro altrove? Dove? Come? Se ha già lavorato altrove, come mai ha cambiato luogo di lavoro? Come è venuta a conoscenza del servizio di mediazione per cui lavora? Come è stata assunta per il suo lavoro attuale di mediatrice? Da chi e sulla base di quali criteri?
2. Per quali motivi fa la mediatrice? Le sue motivazioni sono cambiate nel corso del tempo?
3. Come definirebbe il suo ruolo di mediatrice? Quali conoscenze pensa siano necessarie per svolgerlo? Che cosa bisogna fare per svolgerlo?
4. La sua conoscenza della lingua è utile per svolgerlo? Se sì, in che modo? Se no perché? Quale/i lingua/e usa durante la mediazione?
5. Per quali paesi di provenienza dei pazienti svolge la mediazione? Le sue conoscenze sulla cultura (di entrambi i paesi) sono utili per svolgerlo? Se sì, in che modo? Se no perché?
6. Ci sono altre conoscenze/attitudini/esperienze importanti per fare la mediatrice? Se sì, quali?
7. Ha frequentato qualche corso di formazione per diventare mediatrice (e di aggiornamento durante l'attività)? Se sì quali? Di quale durata? Con quali contenuti? Crede che sia utile l'apporto di questa formazione/aggiornamento per il tipo di lavoro che svolge? Se sì, per quali aspetti l'ha trovata utile? Per quali invece insufficiente?
8. Quali funzioni svolge in (servizio/ospedale)? Ci sono altre mediatrici con le quali entra in contatto nel suo lavoro? Se sì, in che modo si coordina con loro? Sono previsti dei momenti di confronto sulle vostre attività? Se sì, organizzati da chi? Sono efficaci? Perché?
9. Ha notato delle differenze nel modo di lavorare di servizi sanitari diversi? Ci sono reparti e ambiti in cui è richiesta maggiormente la sua presenza? Se sì quali ? Da chi è richiesta di solito la mediazione?
10. Ci sono categorie di pazienti (distinti per sesso, età, nucleo familiare, altro) che accedono più di frequente ai servizi in cui lei lavora (possibilmente differenziando per servizio)?
11. Ci sono delle indicazioni o regole prefissate (da servizio sanitario, cooperativa, deontologia della professione o altro) che lei deve seguire? Se sì, quali?
12. In generale, parla con il personale/paziente separatamente? Ci sono situazioni in cui questo non è possibile?
13. Generalmente, spiega al personale/paziente come si svolgerà la mediazione prima del suo inizio? Se sì, che cosa spiega? Se no, perché?
14. Durante i colloqui con personale sanitario e pazienti insieme, con che frequenza le capita di tradurre (sempre, spesso ecc.)? Che importanza ha la traduzione nel suo lavoro?

Modi e forme dell'interazione mediata

15. Durante i colloqui con personale sanitario e pazienti insieme, lei traduce: 1) dopo ogni frase breve del medico o del paziente; 2) facendo un riassunto di un lungo discorso del medico o del paziente; 3) riassumendo dopo aver posto domande di chiarimento al paziente o al medico; 4) solo se necessario e lasciando il più possibile che medico e paziente si capiscano tra loro in una o nell'altra lingua. (Se ne segnala più di uno) Può mettere in ordine di frequenza questi modi di tradurre?
16. Ci sono situazioni diverse in cui fa cose diverse tra queste? Oppure le alterna nella stessa situazione? Se sì, si comporta diversamente con la paziente e il personale (il riferimento qui è a: 1) diversi servizi, 2) diversi medici, 3) diverse pazienti, 4) diverse fasi dei colloqui, come diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Questi diversi modi di tradurre influiscono secondo lei sui colloqui tra medico e paziente? Se sì come e in quali situazioni e fasi dei colloqui? Come? Se no perché?
17. Quali sono i problemi più frequenti delle donne nei reparti/ambulatori in cui lavora? Quali sono le loro preoccupazioni principali? Quali sono le preoccupazioni dei medici rispetto a queste donne? Che cosa fa lei per essere sicura che queste preoccupazioni vengano capite e trattate?
18. Cerca di tradurre tutto quello che viene detto o fa una selezione delle informazioni? Perché? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
19. Quando il medico o il paziente parlano, le capita di ascoltare il discorso per un certo lasso di tempo attraverso espressioni o cenni di assenso, prima di tradurre? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
20. Nel tradurre, le capita di aggiungere cose che il medico o il paziente non ha detto? Se sì, in generale di che cosa si tratta? Perché lo fa? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
21. Nel tradurre le capita di fare domande che il medico non ha posto? Se sì, di che tipo? Per quale scopo? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
22. Ci sono gesti o espressioni del volto che secondo lei sono importanti durante i colloqui? Se sì, come si comporta durante i colloqui per farli notare? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
23. Emergono aspetti che riguardano la cultura durante questa attività? Se sì, quali? Con quale frequenza? Di quale cultura (quella del servizio e/o quella del paziente)? Si determinano dei problemi a questo proposito? Se sì, di che tipo? Lei come li affronta? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
24. Durante i colloqui, la paziente riesce a esprimere punti di vista, esperienze, emozioni? Se sì come? Se no perché? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo? Se sì, in che modo?
25. Il personale sanitario riesce a esprimere punti di vista, esperienze, emozioni? Se sì come? Se no perché? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?
26. Il suo lavoro determina dei cambiamenti nei rapporti tra servizi sanitari e pazienti? Se sì, in che modo? Se no perché? È utile questo per la funzionalità del servizio (diagnosi, prognosi, istruzioni per la terapia ecc.)? Se sì, in che modo?

Valutazione dei rapporti e delle aspettative

27. In generale, come può essere definito il suo rapporto con la paziente (fiducia, solidarietà, sostegno, imbarazzo, diffidenza)? Ci sono eccezioni importanti?

28. Sempre in generale, Che cosa si aspetta una paziente da lei? E lei che cosa si aspetta dalla paziente? Ci sono differenze tra pazienti? Se sì di che tipo? Ci sono eccezioni importanti?
29. Come valutano le pazienti la sua presenza, secondo lei (utile/inutile; degna di fiducia/di diffidenza; sostegno emotivo/motivo di imbarazzo)? Ci sono eccezioni importanti?
30. In generale, come può essere definito il suo rapporto con il personale sanitario (fiducia, solidarietà, sostegno, imbarazzo, diffidenza)? Ci sono eccezioni importanti?
31. Sempre in generale, Che cosa si aspetta il personale sanitario da lei? E lei che cosa si aspetta dal persona sanitario? Ci sono differenze tra membri del personale? Se sì di che tipo? Ci sono eccezioni importanti?
32. Come valuta il personale sanitario la sua presenza, secondo lei (indispensabile/indifferente; affidabile/non affidabile)? Ci sono eccezioni importanti?

Risultati della mediazione

33. Le pazienti di solito sono soddisfatte o insoddisfatte della sua attività? Perché?
34. Il personale sanitario di solito è soddisfatto o insoddisfatto della sua attività? Perché?
35. Lei si considera soddisfatta della sua attività? Perché? C'è qualcosa che è utile cambiare? Se sì, che cosa?
36. Secondo lei, il suo lavoro favorisce maggiormente: 1) l'adattamento del paziente alle esigenze dei servizi sanitari; 2), l'adattamento del personale sanitario ai bisogni del paziente; 3) un adattamento reciproco. Perché?

Appendice 4: Convenzioni di trascrizione

Fenomeno	Convenzione	Esempio
Partecipanti	OPE = operatore INT = interprete PAZ = paziente ACC = accompagnatore NN = partecipante non identificato Aggiunti numeri in caso di più partecipanti con lo stesso ruolo	OPE: signora lei lavora OPE1, OPE2 etc.
Turni	Numerazione Sovrapposizioni tra i segni [ ]	01, 02, 03 etc. 01 OPE: [cianotica] 02 INT: [ehm]
"Cosa" viene detto	Le parole pronunciate in minuscolo e in lettere tranne l'iniziale dei nomi propri (anonimizzati) e le lettere pronunciate singolarmente Risate Colpi di tosse Inalazioni/esalazioni Prime parti di coppie adiacenti domanda-risposta Commutazioni di codice Risposte minime Parole inudibili	è scritto Castelfranco CPAS {ride} {tossice} {inala} / {esala} {domanda} § mm hm, ok, ehm, ah, uh, hu hu INUDIBILE
Pause	Pause brevi inferiori a un secondo Pause da 1 o più secondi	<pausa> <1>, <2>, <3>, etc.
Turni in analisi	Grassetto	**Parlez-vous l'italien**
Altro	Descrizioni e commenti tra i segni < >	<OPE4 digita>

Ringraziamenti

Nell'arco di quasi quattro anni di ricerche si contraggono molti debiti che non ho qui lo spazio di ripagare interamente. Mi limiterò quindi a ringraziare le persone senza le quali questa tesi non sarebbe esistita in questa forma, o non sarebbe esistita affatto.

Il primo ringraziamento va al Professor Guy Aston, a cui devo la mia passione per la ricerca e l'idea stessa di un progetto che è nato conversando sulle colline di Vergato. Se è vero, come si è sostenuto fino ad ora, che il significato è co-costruito nella conversazione, allora anche questo progetto è il frutto di un lavoro congiunto, di un'interazione situata in cui le mie idee hanno "preso" un senso.

Il secondo ringraziamento va alla Prof.ssa Laura Gavioli, senza il cui sostegno e incoraggiamento non sarei mai riuscita a "partorire" due volte. La ringrazio per avermi aiutata a crescere come ricercatrice e come donna, per la sensibilità con cui è intervenuta nei momenti di maggiore difficoltà, e per non aver mai dubitato del fatto che potevo farcela, quando ero io la prima a dubitarne.

Il terzo ringraziamento va alla Prof.ssa Enrica Galazzi, per il suo fare deciso e senza tanti giri di parole, per la sua grande attenzione all'oralità e per la sua esperienza nella comunicazione professionale. La ringrazio per avermi confermato il senso di quello che stavo facendo e per avermi stimolata a comunicarlo, sottoponendolo al giudizio della comunità scientifica.

Il quarto ringraziamento va alle persone che ho incontrato "sul terreno", molte delle quali non cito direttamente al fine di mantenere l'anonimato dei dati. Grazie ai docenti e agli studenti che mi hanno permesso di raccogliere le interazioni didattiche in una delle più prestigiose scuole per interpreti e traduttori d'Italia. Grazie ai responsabili dei servizi o delle agenzie di mediazione che mi hanno consentito di registrare i dati reali: Sara Castagnoli, Andrea Bolognesi, Antonio Chiarenza, Ilaria Dall'Asta, Dominique Pirard, Silvia Valpiani e Hans Verrept. E grazie alle mediatrici che hanno partecipato al progetto, perché hanno prestato la loro voce, il loro lavoro e il loro tempo prezioso per finalità di ricerca scientifica.

Il quinto ringraziamento va ad alcune persone che mi hanno aiutata a vivere la "vertigine dell'indeterminatezza" che accompagna ogni ricerca. Una che alterna momenti di grande lucidità, dove le idee sono chiare e a portata di mano, a momenti di totale sconforto, dove i pensieri sono confusi e lontani, quasi oggetti onirici che inspiegabilmente non si riescono ad afferrare. Ma può bastare poco perché tutto si faccia chiaro, perché l'intuizione arrivi, fresca di novità e al contempo gravida di mesi in cui è stata lì, confusa, lontana e irraggiungibile. Possono bastare, ad esempio, un incontro di discussione sui dati con Claudio Baraldi, un pranzo con Franco Nasi, un pomeriggio a Forlì con Daniela Zorzi, una passeggiata in spiaggia con Francesco Borghetti, una telefonata con Natasa Raschi, un tragitto in treno con Letizia Cirillo…

Il sesto ringraziamento va agli studenti dei tre corsi di mediazione che ho tenuto negli anni di dottorato. Li ringrazio per essersi prestati a sperimentare nuove modalità didattiche, per avermi confermato l'utilità e l'applicabilità della mia ricerca, e soprattutto per avermi dato modo di *fare* quello che *sono*.

Il settimo e ultimo ringraziamento va a chi si è addossato gran parte dei compiti che generalmente competono a una donna e mamma, così da lasciarmi il tempo di *fare* la dottoranda.