

Nora Gattiglia e Mara Morelli

Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario

Curare e riflettere tra lingue,
culture e mediazioni



Percorsi di salute - Health pathways

3

Responsabile Collana

Emilio Di Maria
(Università di Genova)

Comitato scientifico

Francesco Castelli
(Università di Brescia)

Giuseppe Costa
(Università di Torino)

Francisco José Raga Gimeno
(Universidad Jaume I de Castellón, Spagna)

Ilario Rossi
(Université de Lausanne, Svizzera)

Heather Skirton
(University of Plymouth, Regno Unito)

Nora Gattiglia e Mara Morelli

Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario

**Curare e riflettere tra lingue,
culture e mediazioni**

In copertina: © Bruce Clarke, *Frappé au cœur*, dalla serie « Un monde pas très clair ».

Bruce Clarke è *visual artist* e fotografo. Nato a Londra nel 1959 da genitori sudafricani, attualmente vive a Parigi. La sua ricerca artistica si confronta con la storia contemporanea, la sua scrittura e la sua trasmissione per demistificare, attraverso il ricorso a codici vari, le strutture del potere e dell'ingiustizia (www.bruce-clarke.com).

Visual artist and photographer, Bruce Clarke was born in London in 1959 from South-African parents. He now lives in France. Clarke's work engages with contemporary history, its writing and transmission, integrating different codes to criticise and demystify structures of power and injustice (www.bruce-clarke.com).



Il presente volume è stato sottoposto a double blind peer-review secondo i criteri stabiliti dal protocollo UPI

© 2022 GUP

I contenuti del presente volume sono pubblicati con la licenza
Creative commons 4.0 International Attribution-NonCommercial-ShareAlike.



Alcuni diritti sono riservati

ISBN: 978-88-3618-169-8 (versione a stampa)

ISBN: 978-88-3618-170-4 (versione eBook)

Pubblicato a settembre 2022

Realizzazione Editoriale

GENOVA UNIVERSITY PRESS

Via Balbi, 6 – 16126 Genova

Tel. 010 20951558 – Fax 010 20951552

e-mail: gup@unige.it

<https://gup.unige.it>

INDICE

Introduzione	11
Chapter 1 – Theoretical framework and Methodology	19
Capítulo 2 – Entre lenguas y culturas: una propuesta inclusiva	35
Chapter 3 – The challenges of educating for multilingual communication in healthcare settings	53
Chapitre 4 – La formation universitaire en interprétation à distance en milieu médical : Un terrain propice à l'autoréflexivité	71
Capitolo 5 – L'esperienza con l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova	93
Capitolo 6 – L'esperienza delle Attività Didattiche Elettive con le studenti di Ostetricia, Medicina e Mediazione-Interpretazione	119
Conclusioni	155
Bibliografia	157
Appendice	173
Ringraziamenti	175

Questo libro è il risultato di un lavoro a quattro mani intrecciate. Avremmo voluto rifuggire dalle gerarchie autoriali trovando strategie grafiche che sottolineassero l'orizzontalità, desiderata, della nostra pratica: purtroppo, ciò sarebbe stato possibile spesso al costo di una cacofonia di simboli e segni che avrebbe confuso il lettore, e abbiamo così rinunciato. Utilizziamo quindi questo spazio per dar voce al nostro rammarico, nonché per indicare quali capitoli non sono stati frutto di un lavoro condiviso. Si tratta del capitolo 2, in spagnolo, scritto da Mara Morelli; e del capitolo 4, in francese, scritto da Nora Gattiglia.

Two people have written this book in close collaboration. We would have liked to avoid any hierarchy in indicating the authors, representing in a creative manner our aspiration to horizontality in our working practice. Unfortunately, this would have only been possible in such a way that would have baffled the readers, and we renounced. We chose to use this few lines to express our regret, and also to specify that two Chapters have not been co-authored: Chapter 2, in Spanish, was written by Mara Morelli; Chapter 4, in French, by Nora Gattiglia.

Introduzione

Perché, oggi, parlare di comunicazione e mediazione in ambito sanitario? Ci sembra di poter rispondere all'interrogativo scomponendo in due la domanda. Innanzitutto, riflettendo su che cosa significhi, oggi, affrontare il tema della comunicazione e della mediazione dal punto di vista della ricerca. Secondariamente, sul perché farlo partendo dall'ambito sanitario, o meglio: che significato quest'ambito aggiunge alla questione.

La prima parte dell'interrogativo potrebbe, in realtà, estinguersi in una affermazione lapidaria: parlare di comunicazione e mediazione non porta con sé, ad oggi, ulteriori significati, né si riveste di nuove motivazioni. Non è sorta una particolare attenzione alla dimensione comunicativa nella sfera pubblica o nella ricerca. Di comunicazione e mediazione si parla spesso, da tempo, in entrambi i casi, al punto che si potrebbe affermare che la comunicazione e la mediazione multilinguistica e multiculturale sono diventate (sotto l'etichetta di 'traduzione') una metafora centrale della nostra epoca (Ribeiro 2004). Parlarne oggi, quindi, non segna uno scarto rispetto a quanto fatto finora, né ci sembra possa assumere una rilevanza particolare in termini generali.

Parlarne oggi non ha più senso di ieri e non ha meno senso di domani, insomma: e proprio in contrapposizione al 'qui e ora' dei percorsi di ricerca sul campo e form-azione raccontati in questo libro, la questione ci sembra invece distinguersi per una sua a-idiosincronicità, per un suo ancorarsi nel 'non-qui' e nel 'non-ora', ovvero nell' 'ovunque' e nel 'sempre'. L'importanza del tema (della pratica) è tale da non poter essere risolta nell'urgenza, e tantomeno nell'emergenza, la cui logica rischia di impoverire un nodo cruciale per chiunque senta di voler comprendere, e agire, con gli altri. Questo libro non propone quindi soluzioni, ma prospettive: per evitare di ridurre un fenomeno (*il fenomeno dell'umano*) pervasivo e in continua evoluzione a una cornice o a un attributo descrivibile una volta per tutte – per evitare, quindi, la riduzione del complesso (per cui non esiste una soluzione definitiva) al complicato (Ceruti 2018).

E tuttavia, perché la questione della comunicazione-mediazione sembra oggi così evidente, forse anche ovvia, rispetto al passato?

Il *comunicare* sembra occupare un grande spazio delle nostre vite, sotto innumerevoli forme di cui tante oltrepassano apparentemente barriere geografi-

che e culturali. La preoccupazione del come comunicare, del come porci nel modo giusto e nella giusta luce, che lievita nei social network, percola anche nel quotidiano. Tuttavia, a questa sommaria descrizione del reale possiamo opporre un'osservazione. Ciò che prolifera attualmente nelle nostre vite non è la comunicazione, ma l'informazione. Con un problema: «da un certo punto in poi, [...] l'informazione non è più produttiva bensì distruttiva, la comunicazione non è più comunicativa bensì cumulativa» (Han 2017: 8). La dialogicità del rapporto con l'altro viene sostituito dal monologismo del dato condiviso o dell'autorappresentazione. Non si può parlare di comunicazione laddove non vi sia dialogo, ma sequenzialità di narrazioni individuali che, nell'altro, cercano il supporto del proprio narcisismo.

L'attenzione che si porta e che vogliamo portare alla comunicazione, quindi, potrebbe essere – per usare una metafora in tema terapeutico – la ricerca di un antidoto allo svanire dell'altro nelle nostre dinamiche interpersonali. È in questo senso che consideriamo qui la comunicazione-mediazione, introducendo un trattino che significhi l'impossibilità di pensare l'una senza l'altra. La comunicazione sarebbe quindi quel fenomeno che ci permette di entrare in contatto con l'Altro (e non con l'altro): una tensione verso l'alterità che non si risolve nella sua sussunzione. Al contrario, l'alterità è qui intesa come qualcosa che pone un problema, che porta con sé un rischio: l'alterità ha il potere di sconquassare l'abitudine, il noto. Il nuovo fa la sua irruzione: quando accade, faticiamo a integrarlo nelle strutture di conoscenza preesistenti. In questo sta il suo interesse. L'alterità sovverte chi entra in contatto e costringe (almeno dalla nostra prospettiva) non all'assimilazione, ma alla ristrutturazione delle conoscenze, delle pratiche, delle identità. Anche in questo senso, non si può parlare di identità che non siano comunicanti, che non siano aperte all'Altro e si lascino definire anche dall'Altro. Ma chi è questo Altro?

Rispondere non è semplice. Concepire e riconoscere l'Altro è soprattutto un modo di essere nel mondo, che ciò avvenga nei termini del desiderio o del disgusto. All'alterità possono essere dati molti nomi e molte forme, con intenti assai diversi: dal feticismo della differenza alla subordinazione culturale, sempre però nella chiave di una (re)definizione del 'noi'. Non ci interessano qui tuttavia le relazioni in cui l'Altro appare sotto il segno del potere e della seduzione (un sospirato Altro-da-noi, spesso occidentale), ma le dinamiche in cui sta a 'noi' stabilire i nomi e gli spazi di un'alterità assunta come problematica e irriducibile. Se in quest'ottica pensiamo agli ambienti comunicativi del 'noi' – i giornali, le trasmissioni televisive, le pubblicità, le conversazioni sul lavoro e tra amici – per passare in rassegna i modi in cui l'Altro viene evocato, i nomi che all'Altro vengono dati, troveremo il 'migrante', la figura che con più costanza ha, negli ultimi decenni, incarnato la diversità respinta. I dati sembrano dare ragione dell'importanza di questa percezione: al 23 gennaio 2022, l'UNHCR ci dice che dal 2015 ad oggi

sul territorio italiano sono arrivate via mare circa seicentomila persone; per il 2021, si tratterebbe di 67.477 persone. Vanno qui ricordate le 1.496 persone morte o scomparse nella traversata solo in quest'ultimo anno.

Benché l'aumento del numero di persone straniere residenti in Italia a vario titolo, non sempre e non solo legale, contribuisca a rafforzare il senso di una riflessione sulla comunicazione con chi non parla la nostra stessa lingua e non appartiene o non si riconosce nella nostra stessa cultura (ed entrambi questi concetti, 'stessa lingua' e 'stessa cultura', soprattutto se usati al singolare, sono problematici), ci sembra fondamentale sottolineare due elementi. Il primo, l'esistenza stessa di una categoria 'migrante' contribuisce a soffocare le diversità delle persone, creando una massa omogenea dalle caratteristiche, dai bisogni e dalle capacità comunicative indifferenziate. Questa prospettiva, funzionale a produrre una altrettanto omogenea identità residente, è parziale, opprimente e paralizzante: parziale, perché estrae dalla realtà un solo tratto, il vissuto di migrazione, come dato statico e prioritario dell'identità; opprimente, perché costruisce identità posticce, immutabili e identiche, sottraendo alla persona la propria specificità (comprese le specifiche appartenenze o vulnerabilità); paralizzante, perché può far nascere l'illusione, da parte di chi si trova a parlare la lingua del luogo e delle istituzioni, di poter accedere a una soluzione univoca del cosiddetto problema, come, ad esempio, un elenco di strategie comunicative valide ogniqualvolta si comunichi con una persona riconducibile alla categoria 'migrante'.

Inoltre, e qui introduciamo il secondo elemento problematico, ci sembra assolutamente lacunoso un immaginario che collochi il multilinguismo e la multiculturalità solo nell'incontro con la persona che arriva, con sofferenza, da un luogo che non è solo 'estero', ma che è connotato come esotico e distante.

Un simile immaginario offusca la presenza del multilinguismo e della multiculturalità, che è invece pervasiva. Dal dialetto alle varianti geografiche dell'italiano, dalle lingue ibride di bambini con famiglie poliglote o italiane di nuova generazione ai linguaggi degli adolescenti, la lingua è sempre un insieme di lingue. E così vale per le culture: il genere, l'età, l'orientamento e l'identità sessuali, la professione, lo status socio-economico, il percorso di studi, così come il luogo dove ci esprimiamo, la persona con cui entriamo in relazione, sono tante tra le varianti che ci interrogano su che cosa significhi appartenere a una lingua e a una cultura, e se realmente possiamo considerarci appartenenti a una sola cultura, la stessa, ogni giorno della nostra vita.

Ci sembra utile partire da questo assunto, la natura multiculturale e multilinguistica dei nostri scambi con l'Altro, per passare al secondo interrogativo, quello che affronta il setting della comunicazione al centro di questo libro.

Se oggi abbiamo una certa familiarità con l'esistenza di bisogni linguistici, ciò non significa che tali bisogni, in altre forme, non fossero già presenti, ma potenzialmente non uditi o non udibili all'interno di una società, delle sue istituzioni,

come quella ospedaliera o universitaria. Le esclusioni, in particolare quelle che Boaventura De Sousa Santos chiama «esclusioni abissali»¹, producono «voci inudibili perché tali voci si riferiscono a realtà divenute impronunciabili a causa del ripetuto silenziamento» (Santos 2021a: 265). Le voci che non era e non è tuttora possibile udire appartengono non solo ai ‘migranti’, ma a qualsiasi persona esclusa: la comunicazione-mediazione multiculturale abita anche le interazioni definite come monolingui, in cui ciascuna persona è portatrice di un mondo a sé, non sempre immediatamente comprensibile. Questa unicità dell’umano ci riconduce alla domanda sulla natura dell’Altro. È possibile comprendersi? La comunicazione-mediazione è realmente possibile tra due esseri umani, quale che sia la loro percezione di affinità o differenza?

La nostra risposta è affermativa – ma con dei presupposti da chiarire.

Innanzitutto, la comunicazione-mediazione non è un’operazione singolare, fatta da una parte sull’altra, da un soggetto comprendente su un oggetto che è compreso. È un lavoro (il che richiede uno sforzo e una volontà) di avvicinamento reciproco e di reciproca disponibilità. In seguito, la comunicazione-mediazione è un processo umano, imperfetto, traballante – e intenzionale: è una azione che punta verso una direzione. Raggiungerla insieme alle altre persone coinvolte è un obiettivo che deve essere posto come fondamentale. Per arrivarci, bisogna comprendersi.

Ma la comprensione può essere anch’essa imperfetta, limitata: sufficiente. Come afferma Santos (2021a),

[i]mmaginare delle trasparenze astratte è una malattia moderna. [...] Identificare e interagire attraverso le rotture nel sistema di equivalenze e le incomprensioni che esse causano è uno degli obiettivi principali dietro le ecologie delle conoscenze² e la traduzione interculturale...

(2021a: 253)

Nella comunicazione-mediazione, quindi, c’è spazio per una comprensione che non è assimilazione, non è risoluzione dei sensi multipli in un significato unico. È una pluralità di significati che possono comprendersi anche attraverso l’equivoco e che lasciano spazio all’ambiguità:

The equivocation is not that which impedes the relation, but that which founds and impels it: a difference in perspective. To translate is to presume that an equi-

¹ Si tratta di quelle esclusioni-oppressioni che caratterizzano «il mondo dei ‘loro’, di quelli con i quali non si può immaginare alcuna equivalenza o reciprocità, poiché non sono pienamente umani» (Santos 2021a: 41), e la cui esclusione è giustificata non in base ai comportamenti, ma alle caratteristiche individuali, come il genere o l’etnia. Vedi anche la nota 16, §1.3, *infra*.

² Con questa espressione Boaventura De Sousa Santos indica le articolazioni tra saperi, scientifici e artigianali, che si possono produrre nella lotta contro l’oppressione.

vocation always exists; it is to communicate by differences, instead of silencing the Other by presuming a univocality – the essential similarity – between what the Other and We are saying.

(Viveiros de Castro 2004: 10)

La traduzione è da intendersi qui come termine sovraordinato per ‘comunicazione’: comunicare significa tradursi per farsi comprendere e per comprendere, senza che questo sfoci automaticamente nella convergenza degli sguardi.

La necessità di concepire la comunicazione come una forma di traduzione, e quindi di mediazione, assume una particolare importanza in ambito sanitario. Che si tratti di comunicazioni monolingui, plurilingui o mediate, le interazioni in ambito medico presuppongono delle criticità specifiche, in particolare quando si tratta di comunicare con persone fragili o, per meglio dire, rese fragili, *fragilizzate*.

È qui che, ci sembra, nasce la rilevanza della questione oggi. Chi si affaccia, oggi, al luogo di cura? Come viene accolto e curato?, Di che cosa hanno bisogno le istituzioni di cura per accogliere l’alterità?, sono solo alcune delle domande pertinenti in una società che ha (ri) fatto della malattia, della vecchiaia e dell’emarginazione un marchio e, al contempo, una colpa. Il corpo-persona escluso e malato non potrebbe essere più distante dal corpo reificato, lucidato e performante che appare sui nostri schermi e nelle nostre fantasie.

Al contempo, i recentissimi anni attraversati dalla pandemia di Sars-Cov-2 (il cui impatto è stato tale che sembra impossibile ignorare questo fatto) hanno almeno per il momento impresso un cambiamento nell’interesse (pubblico) per la salute (pubblica). Ci interessa qui riflettere su un aspetto di questo problema: la politicizzazione della salute (anche nelle forme deteriori della polarizzazione sociale attorno al vaccino anti-Covid). Ma, soprattutto, ci interessano la politicizzazione della *cura* e la sua necessaria sottrazione allo spazio privato, individuale o familiare, dove rimane rinchiusa tra le contraddizioni del volere, del dovere e del potere. La cura merita invece di essere restituita, come tema e come progetto, alla collettività. Molto si è già detto sull’etica della cura (più recentemente, da Pulcini 2020): con questo libro vorremmo dare un contributo alla sua realizzazione, dall’angolazione che ci è permessa.

Dal nostro punto di osservazione e di esperienza, affrontiamo la cura dal punto di vista delle forme di incontro con l’Altro che sono caratterizzate dal multilinguismo e dalla multiculturalità in termini ampi, considerando situazioni in cui la comunicazione si inceppa e ha bisogno di strategie comunicative che attingono a linguaggi di varia natura, non immediatamente linguistici o verbali. Parlare di *comunicazione-mediazione in ambito sanitario* oggi è un progetto politico. Noi lo affronteremo, si spera, con umiltà, dando alcuni punti di riferimento teorici e metodologici per poi presentare delle esperienze pratiche che permettano di immaginare alcune possibili forme in cui la teoria può prendere corpo.

Nel primo capitolo, in inglese, presentiamo un approccio alla mediazione multilinguistica e multiculturale, interrogandoci sulla sua natura di semi-scienza e sul posizionamento della ricercatrice che si trova a scrivere di mediazioni agite. Definiamo alcuni concetti chiave come il dialogo, l'empatia, l'ascolto: termini che restano centrali, ma le cui sfaccettature e contraddizioni vanno problematizzate in termini teorici e pratici per evitare uno svuotamento di senso o una incomprensione delle esperienze descritte.

Il secondo capitolo, in spagnolo, propone un impianto teorico-metodologico di riferimento di carattere interdisciplinare che attinge alla Linguistica, alla Sociologia e all'Antropologia per provare a 'mediare' lingue e culture, incontri e scontri, interazioni conflittuali e relazioni emozionali. A supporto di tale dialogo possibile, il capitolo ripropone alcuni strumenti e tecniche della mediazione, della traduzione e dell'interpretazione che possono diventare sinergiche e complementari nell'ambito sanitario.

Il terzo capitolo, in inglese, è dedicato a una panoramica delle esperienze europee di formazione nell'ambito della comunicazione interlinguistica e interculturale. Partendo dall'educazione universitaria in corsi più tipicamente dedicati alla formazione di traduttori e interpreti, si passerà a proposte interdisciplinari orientate alla formazione di professionalità diverse, ma che si trovano spesso a lavorare fianco a fianco. Infine, la riflessione si sposta sulla relazione – possibile – tra formazione universitaria e formazione continua, riportando alcune esperienze.

Il tema della formazione universitaria è al centro del quarto capitolo, in francese, che tratta della formazione degli interpreti dialogici in ambito sanitario. Dopo una introduzione delle caratteristiche salienti delle modalità di interpretazione da remoto (interpretazione telefonica e videointerpretazione) in ambito medico, vengono presentate due attività autoriflessive mirate alla formazione, il diario autoriflessivo commentato e il diario anonimo collettivo.

Il quinto capitolo, in italiano, raccoglie il processo di ricerca-azione che ha caratterizzato la collaborazione con l'Ospedale Internazionale Evangelico di Genova, incentrato sul progressivo riconoscimento dei bisogni degli operatori sanitari nel loro rapporto con i soggetti di cura e le risposte che si sono susseguite.

Infine, nel sesto capitolo verranno presentate due esperienze di attività didattica elettiva (ADE) presso l'Università di Genova che hanno avuto come tema la comunicazione multilinguistica e multiculturale in ambito sanitario, la prima con le studente del corso di Ostetricia, la seconda con le e gli studenti dei corsi di Medicina e Chirurgia e di Teoria e Tecniche della Mediazione Interlinguistica e di Traduttori e Interpreti.

Una caratteristica di questo libro è la sua pluralità linguistica: abbiamo scelto di utilizzare le nostre lingue di parlanti. Lingue familiari, affettive, lavorative. Si tratta dell'italiano (lingua 'mamma' per entrambe le autrici), dello spagnolo, del francese e dell'inglese. Abbiamo provato ad abbinare ciascun capitolo alla lingua

dell'esperienza che viene raccontata e ai lettori che più ci sembravano coinvolti dal tema del capitolo. Tale scelta vuole essere letta come l'incarnazione di un approccio. La differenza linguistica tra i capitoli non vuole separare i contenuti (né i lettori), ma al contrario evitare la penosa scelta tra l'italiano e l'inglese, tra la lingua locale di parte della nostra quotidianità e la lingua considerata d'elezione nella comunicazione scientifica internazionale (un fatto, tra l'altro, da non dare per scontato). Al monolinguisimo dell'abitudine, della motivazione nazionale o convenzionale-egemonica abbiamo preferito la mescolanza e la convivenza significativa tra le lingue. Chiediamo quindi al lettore di entrare nel gioco delle corrispondenze e di perdonarci se la lettura non sarà sempre facile, sperando che questo possa suggerire una vicinanza con quanti, operatori, mediatori e popolazione curata, si affacciano ogni giorno al caos non calmo della comunicazione e della mediazione tra lingue e tra persone.

Chapter 1

Theoretical framework and Methodology

Introduction: for a non-science of mediation and interpreting?¹

Researching mediation and interpreting² (M&I) means to question the theoretical frameworks and the methods of data collection and analysis³. How do we 'know' M&I and how do we 'interpret' these activities? What can be defined as data? What is the role of the researcher in observing and reconstructing M&I?

When we think of M&I as situated activities, performed by people in their role of social agents, we cannot forget that every interaction is unique for the participants, whose subjectivity is engaged in meaning-making. We are dealing here with the essentially human activity of communicating; in a healthcare setting, this communication touches on ideas and feelings, perceptions and values. We have to do with human beings in their full expression: with subjects of research, rather than research objects. This makes for the first and fundamental issue in investigating M&I: is it a proper topic for scientific discourse?

Science can be defined as «an ideation of humankind in the course of its history» (Husserl 1972: 147), one of the many possible ways of experiencing, thinking and speaking of the world. Science aims at an objective description and explanation of the world, a world that encompasses everything that falls beyond the boundaries of the knowing ego. This world is meant as something inherently separate from the knowing mind: a line can be traced between the Self and the lived experience. In privileging a rationalist, mind-centred relation with the world, science can be seen as «the episode that is born from the possibility to make do with the body and with the perceptive and intuitive world that the body

¹ Nora Gattiglia wrote the Introduction to this Chapter and paragraphs 1.2 and 1.3; Mara Morelli wrote paragraph 1.1.

² What follows can be applied to all human sciences (such as Pedagogy) which wish to investigate what it means for individuals to experience the world and to engage with others (and Otherness) to create a sense.

³ While the methods for research design and data collection and analysis fall under the realm of epistemic questioning, the forms chosen for disseminating one's work have more to do with ethics. This point will be addressed in the second part of this paragraph.

discloses» (Galimberti 1979 [2017]: 99, our translation). The removal of the body as a subject of knowledge can also be linked with the emergence of universal notions in Modern times (such as human rights, to give a well-known example) and, what matters the most here, with a struggle for exactitude in portraying the world. Producing accurate descriptions of things, though, is not the only purpose of science. Science cannot be purely descriptive: its aim is to explain why things happen a certain way. The order of causality is its framework: investigating the causal relationships between phenomena, its main goal.

While this can be a suitable way of investigating ‘things’ and events, the quest for causality proves unsatisfactory when we want to explore the personal, embodied experience of human beings. Indeed, people can become objects of the scientific discourse when it is their organism that is under study: for example, Medicine provides us with descriptions of an objectified body and the reasons why this ‘functions’ a certain way. It is in this sense that science is concerned with causal relations: it can explain ‘things’, organisms, but it cannot *explain* human beings as thinking, feeling, acting beings whose identities merge with their experience, preventing any clear-cut separation between ‘Self’ and ‘world’, between perceiver and perceived. Science needs to abstract from individual experiences to communicate regularities in an orderly manner – at the same time, the degree of abstraction needed to explain reality in terms of causal sequences increases the distance between science and the osmotic and plural nature of human experiences.

Explaining, then, is not the same as understanding. We can explain things, but we can (or wish to, or need to) understand human beings (Jaspers 1913 [2000]). In scientific discourse, something is always missing: the scientific separation between observing subject and research object allows for the object «to appear only in the limits that the subject, with his anticipating hypothesis, has previously determined» (Galimberti 1979 [2017]: 186, our translation). In this sense, it can be said that the very act of observing creates the object as such: a well-known problem in research, calling for adjustments in the reading of the data and for reflexivity on the part of the researcher. Nevertheless, what matters here is knowing if, in investigating human beings as meaning-makers, what is left after the scientific procedures have moulded their research object is still what we wanted to investigate in the first place (*ibidem*).

In his seminal distinction between natural sciences and human sciences, Wilhelm Dilthey (1974) suggests that in having peculiar interests and goals, natural and human sciences should also rely on different methods. When we want to explain the mechanisms and the interactions of things, we can resort to inductive thinking, experiments, mathematical operations; when we focus on the meaning of lived experience, the most consistent methods are description, analysis, comparison, and hermeneutics.

This does not mean that non-scientific (non-exact) discourse is not rigorous. It only means that it remains ambiguous, imbued with potentiality and variability. In this sense, Galimberti (2005 [2019]) reminds us that:

our conscience is always a situated conscience, and, as such, it can open itself to the world only from one point of view (*Standpunkt*), from a single perspective, on some aspects and only later on others. Due to this limitation, only some sides can be grasped of things - some profiles, some outlines: these become meaningful only once fantasy completes and coordinates them, bringing them along the line of those rapports that cannot be seen from a particular standpoint, but that are presupposed in observing for what is seen to have a meaning.

(Galimberti 2005 [2019]: 339, our translation)

The perceiving Self concurs to the creation of meaning, perhaps much more so than to the disclosure of a hidden, universal meaning. Can perceived, created meanings be communicated? The answer is yes, but not with the exactitude that sciences posits as one of its tenets.

Meanings can be communicated, but they can also be shared and transformed. The people involved in research (be they the researcher or the subjects whose experience is at the core of the study) contribute with their specific knowledge, even when this means impressionistic, non-specialized knowledge: in this way, research is enriched, even though this means to «identify and give value to what does not even appear as knowledge in the light of dominant epistemologies» (Santos 2021a: 16). The anti-imperialistic epistemologies described by Boaventura De Sousa Santos, with their criticism of the «methodology fetish», bear some resemblance with the phenomenological attack on the supposed exclusive validity of scientific discourse:

But what is it that is before method? There is a linguistic universe, the scientific one being just one of its modes. Its predominance in our times is not a sufficient reason for proposing this language as the only one, and one that is able to expel – as illegitimate – all the other languages that the Western world has known.

(Galimberti 1979 [2017]: 106, our translation)

From a hermeneutic perspective, then, we can try and understand human experiences by embracing different kinds of knowledge and perceptions, phenomenological experiences that bring about approximate but relevant meanings. This opens a space for anguish in research, as the researcher cannot rely on ‘comfortable meanings’ that «solidify the symbolic conscience into the system, the dogma, the hypnotic formulation that, in repeating itself, self-validates and passes itself off for common truth» (Galimberti 2005 [2019]: 349, our translation).

At this point, a question needs to be addressed that concerns the scope of this approach: are micro-description and collective meaning-making the only possible goals of this kind of discourse?

In order to escape the solipsism of individual interpretation or the irrelevance of collections of unrelated facts, hermeneutic approaches should reveal a new kind of regularities: the meanings that stem from observation, comparison, exchange produce new categories, new perspectives on behaviours.

Moreover, hermeneutic approaches do not presume relativism, but plasticity. Openness to emergent meanings and the capability to adapt research to the unknown and the unpredictable are the fundamental values of hermeneutic approaches.

Within this volume, a hermeneutic approach will guide the design, collection, interpretation, and dissemination of research. We take this as an ethical standpoint: in excluding rigid interpretations, given validity, and singular explanations we strive for reaching a better understanding of what it means for specific individuals to mediate and communicate within a healthcare setting.

1.1 Interpreters-mediators and mediators-interpreters

As any other discipline or subject, M&I can be conceived and analysed with a focus on the participants to these activity. For M&I, then, one can begin with a study of ‘who’ is carrying out a M&I task, in a professional manner or otherwise. This Who does not necessarily refer to professionals: interpreter-mediators (meant as anybody performing M&I tasks) could think of themselves as professionals (or not); they could have no training nor qualification to perform as such, and their role within the interaction could be perceived in different ways by the other people involved.

Along with all the other Wh-factors (When, Where, Why, Which, What, and How), the Who has an impact over the tasks that relate to M&I. This means that M&I are highly-situated activities where information is provided and exchanged, and where paramount importance is given to all those interacting in a specific context, using their personal knowledge, abilities, and skills.

Their situatedness should also be linked with (reflexive) action and thinking processes carried out by people who *sometimes* happen to be professionals; as such, they might follow deontological norms and codes that reinforce a feeling of identification and a sense of belonging to a community of practice. This necessarily affects teaching and training in M&I. Writing about interpreting, Tolosa Igualada and Echeverri (2019) remind us that:

The effect of the *social turn* on the pedagogy of interpretation was immediate because it made professional interpreters aware of the ‘social situatedness’ of interpretation. In the last decade of the 20th century, the study of interpreters’ working environments and interpreters’ interactions became as important as the cognitive aspects underlying the interpretative activity.

(Tolosa Igualada, Echeverri 2019: 33)

The meanings and sense of an interaction are co-built within a discursive network by social agents, including people mediating and interpreting. Following Luhmann's Systems Theory (1995), Buzelin and Baraldi (2016) define interpreting as:

a communication process, more precisely as an interaction system, which is based on a particular social structure. In research in interpreting, this basic social structure (or 'coding') allows the promotion of active participation as a basis of mutual understanding: interpreters can provide mutual understanding only if they promote participants' active contributions to the interaction [...]. Theoretical approaches in translation studies may be interested in the way in which translation can represent previous discourses or mediate between systems. The sociological perspective may be more interested in the way in which translation is produced as a specialized autopoietic social system, i.e., a system that continuously reproduces communication through communication.

(Buzelin, Baraldi 2016: 122)

As a multifactorial and complex reality, interactions blur any given boundary between those who are mediating and those who are interpreting. Yet, whenever a clear-cut distinction between the two activities is felt as necessary, a boundary is erected: for instance, we read in Arumí Ribas (2017), writing about public service interpreting (PSI) in Catalonia, that «[t]his article advocates establishing a clear differentiation between them [intercultural mediators and interpreters] and stresses the importance of specialized training» (2017: 195), a conclusion drawn from interviews to privileged witnesses and recordings of mediated interactions in schools and healthcare settings. While the article's title suggests that a «fuzzy boundary between the roles of interpreter and mediator» does exist, emphasis is placed throughout the text on the differences between the two activities, rather than on their similarities.

Writing from a different perspective – education in M&I – Niemants and Bernardi (2022) aim at establishing a dialogue between the two activities. The authors depict the common purpose of M&I as:

Both interpreters and mediators answer to an imperative enshrined in the European Convention of Human Rights: each citizen⁴ has a right to communicate in their own language, not only in legal proceedings, but also with health professionals.

(Niemants, Bernardi 2022: 396, our translation)

In their work, some distinctions are nevertheless made when talking about how the two professions⁵ are regulated. A fundamental difference between the two

⁴It should be noted that the recipients of rights should be 'people' notwithstanding their citizen status. Stateless and 'irregular' people have a right to access a M&I service (and perhaps more so than 'fully-fledged' citizens).

⁵The standard way to refer to mediators in Italy is 'cultural mediators': a peculiar qualifier, that we will discuss below.

professional activities is described as follows:

Yet, while [the interpreters] can count on several international deontological codes that have been created to regulate the interpreting profession, and the medical interpreting profession, in Italy mediators are not yet included in any legal framework with a national application: marked differences exist between one region and another.

(2022: 396, our translation)

A few pages later, the two authors come to conclusion that:

While mediators and interpreters are not opposite professions, since they often engage in the same actions of translation and coordination, it should be noted that they would nonetheless enter the same module⁶ with highly different experiences and knowledge.

(2022: 401, our translation)

In considering the different backgrounds of mediators and interpreters, the authors' portrait of mediators substantially describes them as people who have a history of migration, speak languages that are not usually taught in University curricula, and whose training is usually tackled by courses organised by regional institutional bodies and/or associations.

Interpreters, instead, are depicted as native Italian speakers who more often than not hold a degree and speak one or more of the most commonly studied languages in Italian schools and Universities: English, French, German, Russian, Spanish... Yet, these professionals seem to lack familiarity with the cultures attached to their languages.

While the fundamental activity performed by mediators and interpreters is the same, the differences in their education and experience increases the gap between the two professions:

The two profiles are, then, essentially opposite: the first one has a global perspective on the healthcare system, but [mediators are] not trained in some specific techniques that could allow them to manage a mediated communication; the second one has developed communication and translation techniques, but [interpreters] know nothing, or very little, about the healthcare environment where they will be working.

(2022: 402, our translation)

Although Niemants and Bernardi focus on the specific context of M&I in the healthcare setting in the region of Emilia-Romagna, this description of the M&I professions can apply to other scenarios in Italy. What seems to be relevant here,

⁶The authors are drawing a proposal for a course addressing M&I in a healthcare setting.

however, is that the two figures do have something in common, something that lies at the core of the whole operation of M&I:

While they come from different paths, mediators and interpreters have something in common: the foreign language they are asked to interpret from or into in a bilingual conversation, in a bilingual conversation. The term ‘interpret’, in this case, is used in both the hermeneutical sense (‘interpreting’ as a meaning-making operation) and the professional one (‘interpreting’ as translation into another language).

(2022: 402, our translation)

In the two works that we have succinctly described here (Arumí Ribas 2017 and Niemants, Bernardi 2022), a conflict seems to emerge: on the one hand, M&I seem to be nearly-synonymous activities, dealing with bilingual translation and communication; on the other, the differences in the profiles of the people involved seem to mark an unbridgeable distance between the two professions.

We chose to focus on these works for two reasons: firstly, because they describe PSI practices and their relation with mediation in two Countries that we have been studying for twenty-three years; secondly, because their perspective on these practices is slightly different. In particular, the last contribution makes way for a third conception of M&I, which will be briefly sketched here.

Defining ‘What’ is meant by M&I could focus on the similarities between the two, rather than on their differences. The general idea of interpreting as spoken translation can be traced back to the hermeneutical theories (Gadamer 2005; Habermas 1987; Ricoeur 1986) summarized and applied to the universe of (mainly written) translation by several authors, like Ortega Arjonilla in a work dating back to 1996. He underlines how «Gadamer highlights the role of historicity within a dialogue with the past, while Habermas insists on the role of critical distancing in anticipating the future» (1996: 71, our translation), and Ricoeur advocates for the autonomy of a text entering a dialogue with its possible readers, whatever the author’s intention. We believe that these reflections can be applied to the field of multilingual M&I: the action of understanding is always an interpretative act, and it requires «[a] dialogic mediation where the interpreter gets closer to reality and performs a hermeneutic act of understanding» (Ortega Arjonilla: 1996: 54, our translation).

Interpreting can be described, then, as understanding and understanding as interpreting, in a continuous reformulation of the source speech that only occurs after careful, selective and empathic listening⁷. While selective listening has been at the centre of Interpreting Studies for some time, empathic listening has received more attention by research on mediation: as we will see, this is a necessary ingredient for interpreters as well, especially when they work outside the comfort of the booth and in the setting described in this work (see also Chapter 6).

⁷ For the difference between ‘listening’ as a technique or as a mindset, see §1.2.

Within hermeneutical theories, another relevant keyword that resonates with M&I practices is ‘dialogue’ (see also §1.2): for a definition, or rather a description of what can be meant by this notion, we will resort here to the words of Gadamer (2005), as quoted in Morelli (2009):

Being-with-one-another does not consist in the fact that one takes their turn to speak, declaim a monologue, and then it is the other who takes their turn. Rather, the word looks for an answer in dialogue, perhaps it finds an answer in it. Or is it rather that, when one wants to say some word to the other, already is this word of ours an answer? The sequence of word and word-response has its own needs. Even when two people speak the same language, they find nonetheless in every dialogue the actual language, that is, the common language, in which the speakers understand each other.

(Gadamer 2005: 169, our translation)

At the same time, Gadamer reminds us that:

The linguistic horizon is a plural horizon. Here, we find a plurality of horizons that we should not reduce to the cause of some specific unitary mechanism. This is why we have translations. [...] Interpreting (*Dolmetschen*) is something that is somewhat closer to a dialogue. One cannot be so fool as to insist on literal translations. This is not only true for dialogues between people speaking different languages, but also when one reads one's own text in another language.

(2005: 82, our translation)

Any multilingual activity appears to be a constant work where interpreting, mediating, negotiating, paraphrasing and reformulating (verbal, paraverbal and non-verbal) signs and signals is vital to co-build shared meanings. Human beings are not monades or islands: they are agents who perform social actions whose meaning can be interpreted but will never be fully clarified, since human expression is always imbued with approximation, opacity, and limits.

This perspective risks to seem far-fetched and as lacking grounding in the data and in the professional practice on the field. In the hope that it might trigger some reflection, we chose to quote from a text from twenty-five years ago:

In the face of the possible accusation of being non-systematic and subjective that has often been associated to the hermeneutical dimension, one should retort that while translators are social beings who understand, interpret, and formulate in the other language from their personal standpoint, at the same time this happens within the social group translators belong to, and every text has an intention that, at its core, is always shared on a collective level.

(Rega 1997: 93, our translation)

Up to this point, we have dealt with some ideas concerning spoken translation (interpreting) activities as hermeneutic activities. This can also apply to mediation, for two reasons. Firstly, every M&I activity can be seen as a form of media-

tion. ‘Mediation’, here, indicates a voluntary process where two (or more) parties that are involved in a conflict try to elaborate a personal solution; in that, they are helped by an impartial professional – the ‘mediating person’. Secondly, the linguistic and communicative factors that lie at the core of mediation cannot be ignored. In this sense, mediation can be described as «a process facilitating a difficult communication between two (or more) participants; it fosters an improvement in their relationship and decisions that are judged to be satisfactory by all the parts» (Baraldi, Gavioli 2019: 11).

The same outlook on mediation is shared by Nató (2012): mediating would mean getting closer to (possible) conflicts through dialogue; this dialogue tries to re-establish a communication whenever this has been interrupted or is tense, for any reason. Once again, mediation is linked to difficult, conflictual situations, but effective communication remains a potential outcome, a possibility that lies within any encounter (with or without a mediator or interpreter).

To reinforce our proposed framework of analysis, we will delve more deeply into the world of mediation in general and of linguistic-cultural mediation in particular to show the essentially hermeneutic nature of this activity, and the consistency of using a hermeneutical approach when researching mediation.

Mariottini *et al.* (2020) reflect the complex universe of linguistic-cultural mediation in Spain; they illustrate the texts, discourses and linguistic landscapes of mediation as well as the necessary inclusion of mediation (without adjectives) within Linguistics. This concept draws from the philosophy of Plato, Hegel and Adorno to state that everything is mediated, since «[m]ediation is agnoseological activity and, at the same time, a relational category through which we connect our thoughts with reality, sensibility and intelligibility, the individual and the social» (Mariottini *et al.* 2020: 3, our translation).

While the authors mainly focus on linguistic-cultural mediation, they mention (*ibidem*) two aspects that seem to sketch a broader conception of mediation: firstly, mediation is conceived as any process where people (the speakers, according to the authors) try to overcome their difficulty in communicating and achieve mutual understanding and acknowledgement. Secondly, the authors see mediation as a way to transform the relationship between people with the goal of improving communication and (inter-)cultural coexistence. These two aspects – a particular attention to relationships as well as to coexistence, or harmony – will be used within the theoretical framework of Chapter 2.

The taxonomy of mediation proposed by Mariottini *et al.* (2020), based upon Jakobson’s (1966) functions of the linguistic event (intended as a communicative act), tries to ‘enclose’, as it is inevitably the case with any taxonomy, some components that have a high degree of variability and unpredictability, i.e. the participants, message, code, contact and context of the mediating interaction.

From an educational perspective, this proposal could nevertheless prove useful: it helps in problematizing communication and refrains from a mere tagging of attitudes, behaviours and positions. While being reductionist, it gives some guidance among the many labels that linguistic-cultural mediation takes within different research perspectives: legal, professional, educative, political, tourist, museum mediation, and so on...

Mediation in healthcare settings is divided by the authors into mediated and non-mediated activities, of which they offer some examples. In both cases, we talk about creative institutional mediation, characterized by the mediator having greater conversational and interventional powers in mediating interventions than the other participants⁸. Both mediated and non-mediated mediation are of a verbal, intrasemiotic and intercultural nature, and they are centred on facilitation.

Mediated and non-mediated activities differ in their being cross-linguistic (mediated) or intralinguistic (non-mediated), triadic in the first case, and dyadic in the second. One should note here that the scenario can become more complex (and complicated) whenever, in the absence of a mediating person, the participants choose to communicate via a *lingua franca*, or to use code-shifting or code-mixing.

Moreover, the opposition between a non-mediated, dyadic medical event and a triadic interaction oversimplifies a situation where several actors are often present (caregivers, members of the medical team, volunteers, and others): multi-party communication activities result then in more complex interactions.

Convincingly rooting mediation into linguistic theories, Mariottini *et al.* (2020) find a place for mediation within Linguistics: they suggest that an analysis of mediation becomes possible through understanding, interactional and communicative theories (notably, Pragmatics). They introduce mediation within a theoretical framework that goes beyond traditional perspectives on multilingual exchanges: an approach that bears its fruit with both students and professionals, linguists as well as non-linguists. In this way, the complexity of the communicative event is restored; at the same time, the authors indicate some tools for rigorous analysis of the many factors in communication⁹. Also, socio-cultural pragmatic issues (Bravo 2001, 2005; Bravo, Briz 2004) call for the development of a highly inter-disciplinary linguistic-cultural mediation capable of being of service to other disciplines. The work of Mariottini *et al.* (2020), then, introduces politeness

⁸ See the notion of cultural and intercultural coordination in Baraldi, Gavioli 2008, 2019 in Chapter 2.

⁹ The aspects related to linguistic politeness (Leech 1983; Brown, Levinson 1987; Kerbrat-Orecchioni 2004) give food for thought (and analysis): these aspects are linked with the models of communicative interaction (Raga Gimeno 2005, 2008, 2010, 2018) that will be described in the following Chapter.

analysis from a socio-cultural pragmatic perspective in mediators' (without further qualifiers) education, training, and work, thus promoting a meta-pragmatic reflexive analysis: a framework that fits the topic of this volume¹⁰.

The studies carried out by Baraldi and Gavioli (and by the members of the centre for the Analysis of Interaction and Mediation – AIM)¹¹ are particularly relevant for an analysis of linguistic-cultural mediation, especially in the healthcare setting. Their work is based on data collected during more than fifteen years of research with Conversation Analysis, allowing for a solid theoretical framework to be put forward (see the next Chapter). In this introductory paragraph, we will focus on linguistic-cultural mediating activities in a healthcare setting as defined by Baraldi and Gavioli (2012, 2019), and the notions that underlie their definition. The authors define translation as «an activity that involves meaning to be interpreted to make it clear and understandable for the speakers: it then consists in *mediating* meanings, meanings that are produced *through* translation» (2019: 49, our translation). In this respect, the clear-cut distinction between the mechanical, semi-automatic translation of words supposedly carried out by the interpreters and the translation of culture performed by the mediators vanishes. In linguistic-cultural mediation in a healthcare setting, the translating-interpreting activity involves mediating and this has a relevant impact on the interaction, as well as on the care and therapy offered. Also, to analyse what happens within the complex interactions between healthcare providers, patients, and interpreters-mediators one should take into account whether the participants' communicative goals have been achieved to their satisfaction, rather than a pre-existing idea of communicative effectiveness.

The fundamental concepts that Baraldi and Gavioli underline as key background elements are: the coordination of the interaction, agency and epistemic authority, perspective-taking and reflexive coordination. The first concept will be addressed in Chapter 2, but the definitions of agency, epistemic authority and perspective-taking by Baraldi and Gavioli (2019) will be addressed here to anticipate the theoretical framework used in the following paragraphs and Chapters.

Agency is defined by the authors as «having a choice over different possibilities for action and by the fact that such action is not constrained by pre-defined models»; this «also includes an attribution of epistemic authority, that is, an attribution of responsibility regarding the access to knowledge and its production» (2019: 50-51, our translation). It is not, then, a stable notion that can be fixed within a protocol: rather, it is an ongoing process of negotiation, acknowledgment and legitimation (or lack thereof) of and by the parties involved in the interaction.

¹⁰ This approach is rooted in the creation of horizontal spaces for dialogue as well as in empathy. See paragraph §1.2.

¹¹ <http://www.aim.unimore.it/site/home.html>.

Usually, the healthcare provider has the role of the expert, while patients know what they feel in terms of perceptions and symptoms. In the case of allophone patients, linguistic and cultural mediation tries to acknowledge their agency and epistemic authority:

In encouraging the epistemic authority of others, what is highlighted is the mediator's awareness of the speaker's perspective (what can be called 'perspective taking'). This awareness is another way of displaying agency, since it demands to choose between different lines of action.

(Baraldi, Gavioli, 2019: 51, our translation)

Finally, reflexive coordination is seen as communication about communication: linguistic mediation is not only about a set of translation techniques. In mediation, explaining how the discursive network and the communicative process unfold is equally important.

1.2 Dialogue and its techniques

Dialogic nature is the fundamental feature of all forms of linguistic expression (Bakhtin in Todorov 1981); it is also our way of knowing, and, eventually, an intrinsic feature of living as human beings, immersed as we are in a dialogue with something beyond us, that we may call 'Otherness' and that becomes apparent in our relationship with events, other people, and ourselves. Yet, a 'dialogue' is not a 'conversation': «while a conversation confirms and reinforces all the axioms of common sense, dialogue offers the conditions for the appearance of a new understanding from a multiplicity of voices» (Stanghellini 2017: 23, our translation). Being involved in a dialogue, then, is a deliberate operation, demanding engagement: it means striving to understand and to be understood, while at the same time being aware of the fundamental hiatus between our experience and that of the other. As a moment of contact with Otherness, every dialogue is a possibility for being de-centred, an opportunity for change¹² that is resolved within a single interaction: being touched by the otherness and being able to restructure our knowledge and our narratives about ourselves and our world is perhaps the most salient feature of a truly dialogic attitude, that stays with us during every interaction. In this sense, every dialogue is aporetic: it has no beginning and no end. Rather, dialogue is a disposition towards the Other.

¹² While 'change' is often linked to positive transformation, to the point that it is sometimes considered as a synonym for 'learning' in the sense of a re-organization of one's own knowledge structures, this is not always the case. Speaking about education, Dewey (1916) suggests that no experience is meaningful if we do not reflect upon it and become aware of the transformations that have taken place within us.

According to Stanghellini (2017):

A dialogue is what makes it possible for individuals to become aware of their own prejudices and, at the same time, for things to manifest themselves. [...] Moreover, a dialogue is not just a discussion about a topic that remains external to the speakers. In fact, it is a truly social act. At a given moment, the speakers become the topic.

(2017: 23, our translation)

By entering a dialogue, people learn something about themselves and the other(s)¹³. This implies something very different from the dialogue techniques that are sometimes indicated as the tenets of effective communication and mediation. These are communicative strategies such as formulations (Hutchby 2005), summarizing sentences, targeted use of open/closed questions, back-channelling and tokens¹⁴, as well as the recourse to gaze and posture to signify attention. Some of these strategies are sometimes included under the umbrella term ‘active listening’. Listening, though, is something more than retrieving information or reaching consensus about what was said: in fact, «[l]istening means something completely different from exchanging information. The opposite is true: listening does not foresee any exchange whatsoever» (Han 2017: 104, our translation).

When I listen, I «welcome the Other in his otherness», I «open a space for his otherness» (*ibidem*) while at the same time leaving myself exposed: when they preserve from the Other’s perturbing nature, ‘active listening’ techniques bear no further meaning for the speakers and their interaction than that allowed for by the mastering of a craft. On the contrary, when listening opens some room for the otherness, we find ourselves in a *community*. Han’s wording of the essentially political nature of listening can be of some use to mediators and interpreters, as professionals and above all as human beings engaged in communication and care: «Listening has a political dimension, it’s an action, an active participation to the existence of others, also to their suffering» (Han 2017: 105), a suffering whose social dimension needs to be taken care of by and within a community. This is almost the opposite of the prodding and self-complacent (to use Han’s words) approach that seems to characterize active listening as a technique.

Sometimes, active listening and other communicative strategies can be used to extract information without actually getting involved in collaborative meaning-making. In this sense, they are extractives techniques (Santos 2021a, 2021b):

¹³ Of course, not all interactions can be approached with this disposition: especially in the healthcare setting, some interactions (or rather, parts of them) need to be devoted to information gathering, and time constraints suggest caution before engaging in a time-consuming communication.

¹⁴ While the term ‘token’ is also used in Corpus Linguistics, in this context it refers to the verbal signs uttered by a listener to indicate that the speaker’s turn can continue.

the other speaker is seen as a source of raw data, data that are then transformed in relevant knowledge by the ‘extractor’, or expert. These techniques are undoubtedly useful when the communication is about getting information, that is, when it is of a transactional nature; yet, they are not to be mistaken as markers of an open and engaged disposition toward the Other, nor of a willingness to share power or to promote agency within the interaction. Most of all, they should not be taken as infallible strategies to establish contact and gain trust, nor as instruments providing knowledge (rather than information) about the Other.

It is then with a pinch of salt that communicative experts such as mediators and interpreters (but also healthcare providers) should consider these techniques, that do not automatically lead to a professional (i.e., effective) performance, competence, or status. While an evidence-based choice of communication strategies can be valuable in M&I, we should draw a line between the linguistic form that we give to content in order to achieve some interactional goals, and the theory of language, communication, and humankind (that is, an Anthropology) that guides our actions. Mediators and interpreters should be aware that it is not (only) the way they package linguistic content that makes for an effective and mutually satisfying communication, but first and foremost the dispositions and orientations of and between the participants – that is, their way of considering the interaction as an encounter with a potentially disturbing Other.

1.3 Empathy and intercultural translation

While ‘empathy’ seems to be quite a popular byword (Stanghellini 2017), its meaning appears to be changing and vague (Pulcini 2020). We will draw here from the phenomenological perspectives on empathy that seem to us to have greater potential in problematizing a notion that is generally perceived as a positive model for interpersonal behaviour.

According to Jaspers, «affective participation» is possible between human beings and is defined as an «empathic understanding» (1913 [2000], our translation). Empathy is an emotional and embodied orientation of a descriptive nature: I feel the others, and I respond to them. Feeling is understanding, at least up to a point: the empathic reaction is spontaneous, pre-reflexive – what may be called «non-conative» empathy (Stanghellini *et al.* 2008). The risk, though, is to «unconsciously use oneself (including one’s own prejudices) in the act of understanding» (Stanghellini 2017: 177, our translation).

When my abilities for feeling the others fail my need to understand them, then it is conative empathy that intervenes. In this case, empathy takes a cognitive turn and draws upon past experiences, knowledge, common sense: it is a

voluntary effort to understand the others and their reasons, to conjure a meaning from their actions. I suppose the others to be like me, and that an analogy is possible between their motives and mine, their experience of their lifeworld and mine. In this sense, conative empathy implies a twofold risk. On the one hand, the epistemological potential of empathy needs to be addressed: is my personal experience and story – who I am, what I know – enough to understand the Other? Then there is an ethical risk looming: What will the others think of my tentative to understand them by imposing my own categories upon them, to assimilate them (Stanghellini 2017)?

From a phenomenological perspective, this implies acknowledging that there is a limit to knowing the others: that they are autonomous and different forms of being – that the others are always beyond the empathic grasp. This does not mean that empathy is useless, or ineffective: rather, it means that we cannot fully absorb the meaning of someone else's lifeworld – it means that the very same experience we are living together is not, in the end, the same. This profound and tragic perception of the separateness of the Other is perhaps the highest form of respect for their autonomy; presupposing the Other's irreducibility, the highest form of acknowledgment.

In terms of M&I and of medical communication, we may ask what the implications are of such an impossibility to fully understand the person who is interacting with me. The first step involves acknowledging that:

The Other of the Others is always other. If the equivocation is not an error, an illusion or a lie, but the very form of the relational positivity of difference, its opposite is not the truth, but the univocal, as the claim to the existence of a unique and transcendent meaning. The error or illusion par excellence consists, precisely, in imagining that the univocal exists beneath the equivocal...

(Viveiros de Castro 2004: 12)

M&I activities (or 'Translation'), then, should not be concerned with the assumption of an underlying identity of ways of knowing and experiencing the world. This has less to do with translation strategies ('foreignizing' vs 'domesticating') than with the necessary awareness of what it means to handle the deeply multicultural aspects of all interactions.

While several authors within Interpreting and Translation Studies devoted some of their works to the question of translatability (among others, Venuti 1995 [2008]), we borrow here from an author within another field, the sociologist Boaventura De Sousa Santos (2021b) to shed some light on this issue from another perspective, allowing language specialists to look at their own body of knowledge from an eccentric position. Boaventura De Sousa Santos' discussion of «intercultural translation» concerns the possibility for radical ideas and practices to meet and learn from each other. It is more about the relationship between symbolic universes and hierarchized systems of knowledge, than between single

individuals. In this sense, then, it is more of a work of «interpolitical» translation, empowering radical movements into their struggle against abyssal oppressions¹⁵. We are well aware of the risk of sanitizing this perspective; yet, we believe that the questions asked could be relevant to highlight the problematic nature of M&I in an asymmetric interaction, where participants differ in terms of professional roles, personal experience of the situation, knowledge of procedures and fundamental ideas about health and what it means to be treated (and healed). We can then ask ourselves, «What relationships are possible between different bodies of knowledge?», «What are the reasons for the willingness to engage in translation?», «Who are the translators?», especially when the languages spoken belong to cultures and Countries that have a story of colonialism (as the oppressor or the oppressed) and/or do not occupy the same place in the global market of languages and cultures. One of the reasons for embracing this perspective on translation is to re-signify translation as an empowering action, a work that affects identities and that:

has an emotional dimension since it presupposes some anti-conformism towards the limits of one's own knowledge and practice, as well as the willingness to be surprised, to learn with and from the knowledge and practice of the other to build relationships of mutual advantage.

(Santos 2021b: 341)

We should then be aware that translation as a hermeneutic operation is inherently imperfect, approximate, ambiguous – but we can nevertheless build on that. As Viveiros de Castro (2004) reminds us:

To translate is to situate oneself in the space of the equivocation and to dwell there. [...] To translate is to emphasize or potentialize the equivocation, that is, to open and widen the space imagined not to exist between the conceptual languages in contact, a space that the equivocation precisely concealed. The equivocation is not that which impedes the relation, but that which founds and impels it: a difference in perspective. To translate is to presume that an equivocation always exists; it is to communicate by differences, instead of silencing the Other by presuming a univocality – the essential similarity – between what the Other and We are saying.

(Viveiros de Castro 2004: 10)

We can believe in translation(s) and in translating. In dealing with institutional discourses about care, we may well be aware that the goal is to find mutual satisfaction in a therapeutic proposal. This means highlighting differences to foster understanding.

¹⁵Boaventura De Sousa Santos (2021a, 2021b) defines as 'abyssal' all those behaviours that condemn oppressed subjects to de-humanization, silencing, and invisibility. The subjectivity and the voice of groups that are abyssally oppressed are not only hidden but denied as something that does not belong to the realm of possibility. See also Introduction, note 1.

Capítulo 2

Entre lenguas y culturas: una propuesta inclusiva

2.1 Entre lenguas y culturas: una propuesta inclusiva

Trabajar lenguas y culturas desde una perspectiva mediadora supone intentar no solo dicotomizar las diferencias entre estas dos dimensiones de estudio sino trabajar con el fin de buscar una línea de continuidad y cómo entablar un diálogo entre las dos disciplinas. Lejos de afirmar que lenguas y culturas tratan de la misma materia, el horizonte teórico y metodológico que nos ha guiado en estas décadas de investigación ha sido el de autores como Raga Gimeno (2005, 2008, 2018; Raga *et al.* 2020), quien reflexiona sobre las dimensiones lingüísticas que afectan también a aspectos culturales y viceversa. Esto es posible si se adopta, como en el caso del autor al que hacemos referencia y de los trabajos del grupo de investigación Comunicación y Relaciones Interculturales y Transculturales, de aquí en adelante CRIT¹, coordinado por el propio Raga Gimeno, una postura investigadora que se ocupa, de manera eminentemente práctica, pero también con un sólido aparato teórico de referencia, del análisis de interacciones comunicativas con una perspectiva pragmática que diferencia los problemas derivados de un desconocimiento lingüístico, problemas de tipo gramatical (incluyendo las dificultades léxicas), de los problemas que se dan en el caso de comunicaciones interculturales derivados de alguna diferencia de tipo cultural. En el primer caso se producen incomprensiones, por ejemplo, cuando una persona en una conversación (con cualquier medio que sea, pero, aún más con las características típicas de la oralidad de los encuentros cara a cara) emplea una palabra que la otra desconoce, lo cual produce un bloqueo en la comunicación que puede solventarse explicitando el desconocimiento e intentando recurrir a estrategias de reformulación, simplificación, paráfrasis, etc. En el segundo caso, el sistema de comunicación cultural no puede entenderse solo a partir de elementos gramaticales sino sobre todo pragmáticos que se adecúan mejor a la complejidad de ese sistema. Por eso, Raga Gimeno (2005, 2008, 2010) nos recuerda que algunos problemas de comunicación intercultural se

¹ <https://aulaintercultural.org/quien-es-quien-en-interculturalidad/grupo-crit/>.

deben a la interpretación contextual de los enunciados (en cuanto a las máximas griceanas de veracidad, contenido y manera), que han sido tratados por la pragmática, pero otros se deben a las diferencias en cuanto a la distribución del tiempo conversacional (que también ha sido tratada por una rama de la pragmática, como el Análisis de la Conversación), el paralenguaje y la distribución espacial (o lenguaje no verbal), que no pertenecerían al ámbito de la pragmática en sentido estricto.

Esto se produce incluso cuando las dos personas (o más) que estén interactuando sean nativas de la misma lengua. Sin embargo, en estos casos, el compartir un sistema de comunicación pragmáticamente similar nos permite llevar a cabo procesos inferenciales, reconstruir o recuperar la información contextual necesaria para interpretar correctamente el significado (también implícito) de estos enunciados y pasar de lo que dicen las palabras a lo que quieren decir las personas que las estén utilizando. Sin embargo, si no se explicitan estas dificultades (por falta de conciencia o por evitación de una petición de aclaración por parte de quien no ‘comprenda’), la conversación no se imposibilita y puede seguir, pero sí pueden producirse malentendidos e incluso conflictos.

De hecho, tenemos constantemente problemas de comunicación derivados de procesos inferenciales incorrectos, ya que estos dependen en gran medida del contexto, del conocimiento de los interlocutores, que nunca es idéntico en dos interlocutores. No solo porque dentro de una cultura se pueden establecer subculturas geográficas, sociales, etc., sino porque se puede considerar que cada persona es una cultura, en el sentido de que cada persona atesora unos conocimientos únicos.

Si pasamos a imaginar una conversación intercultural en la que no nos desmembramos con un dominio lingüístico-pragmático adecuado, incluso si usamos una lengua franca o la lengua nativa de uno de los interlocutores, las cosas se complican y los efectos indeseados pueden multiplicarse, aun ante una conversación aparentemente no bloqueada. Se podría simplificar pensando que, igual que desconocemos el significado de una determinada palabra de una lengua desconocida, desconocemos el significado de un determinado comportamiento cultural de una cultura que nos resulte ajena.

La diversidad lingüística y la cultural no son equivalentes: no es que no reconozcamos o ‘visualicemos’ un determinado comportamiento, sino que el significado que le atribuimos es diferente del que puede tener en una de las culturas a las que pertenezco. Por eso, los problemas de comunicación intercultural son mucho más parecidos a los de comunicación pragmática que se dan entre individuos que comparten la misma cultura.

Para entender mejor en qué se concretan y se plasman estos malentendidos y potenciales conflictos, cabe destacar que en la comunicación transmitimos básicamente dos tipos de información: referencial e interpersonal; la primera a través de la lengua, y sobre todo mediante enunciados gramaticales, mien-

tras que la segunda, con comportamientos sociales, pero también con los que Raga Gimeno define los Patrones de Interacción Comunicativa (PIC). Según el propio estudioso:

Hace tiempo propusimos una clasificación de la cultura en dos grandes bloques: la (a falta de una denominación más adecuada) cultura general, y los Patrones de Interacción Comunicativa (PIC). De manera muy resumida, los PIC están constituidos por todos aquellos comportamientos comunicativos que únicamente se manifiestan en las interacciones comunicativas, que acompañan, como los instrumentos de una orquesta, al instrumento solista de la comunicación, el lenguaje verbal. Los PIC incluyen todos los aspectos referidos a la distribución espacial de los interlocutores (contacto, distancia, expresión facial, manual y corporal y miradas), a la distribución del tiempo (secuencias de la conversación y turnos de palabra), al paralenguaje (características sonoras sin valor fonológico, como el volumen o la modulación), y a la cortesía verbal (cuánto y de qué hablar, en qué situaciones ser veraz y cuándo emplear expresiones más o menos directas, y con un registro más o menos formal).

(Raga Gimeno 2018: 40-41)

Los interlocutores recurren a un PIC u otro dependiendo de características culturales que, a su vez, dependen de la finalidad, de los interlocutores presentes, del contexto, del medio, y de muchos otros factores de la situación comunicativa concreta. Otras características relevantes pueden encontrarse entre culturas que adoptan un modelo próximo o distante, culturas individualistas o colectivistas, y culturas jerarquizadas según un grado de simetría o asimetría variable, siempre de acuerdo con la situación concreta y conscientes de que en cada cultura se dan diferentes grados de cercanía y de distancia según la situación, sea esta informal, formal o ritual con todas las categorizaciones que derivan de ello. Según recuerda Raga Gimeno (2016):

El grado de jerarquización de una cultura se corresponde con el significativo de grado de simetría de los patrones de interacción comunicativa. Si podemos atribuir a un interlocutor un comportamiento más o menos próximo, no podemos hacer lo mismo con el grado de simetría; el comportamiento no es simétrico o asimétrico, lo que marca la simetría o asimetría es el comportamiento relativo de los interlocutores; lo que son simétricas o asimétricas son las situaciones.

(Raga Gimeno 2016, material didáctico de cortesía del autor, s.p.)

Al proponer un 'modelo de clasificación', Raga Gimeno destaca la importancia de considerar cómo culturas diferentes tienen una diferente relación de establecimiento y de consideración de la igualdad social y de preocupación por el conflicto entre los componentes de un mismo grupo social en sus conversaciones. Los comportamientos igualitarios (simétricos) o no igualitarios (asimétricos) se pueden combinar con comportamientos menos preocupados (próximos) o más preocupados (distantes) por el conflicto.

Aunque por motivos didácticos de sensibilización básica pueden resultar muy útiles los esquemas y las tablas que combinan estas variables asignándolas también a determinados países o poblaciones, lo que más nos interesa, pensando sobre todo en el ámbito específico de lo sanitario que nos ocupa en este trabajo, es la necesidad de evitar la excesiva culturalización de comportamientos personales, adquiriendo la conciencia de la elevada variabilidad situacional de estos patrones y modelos. Los procesos de hipergeneralización o de minorización de determinados comportamientos que conducen a afirmaciones del tipo «los musulmanes son...», «los de la cultura x son...», «los que vienen de y son...» aparecen muy peligrosos y reductivos de la complejidad intrínseca, fomentando la creación de estereotipos. Otra cosa es intentar evitar la dicotomía entre lenguas y culturas, y la convicción de que, conociendo o dominando una lengua estamos dominando su sistema de PIC.

Para conseguirlo pueden ayudar conocimientos generales acerca de la variabilidad cultural, personal y situacional de los PIC y, por consiguiente, analizar los (des)encuentros comunicativos a la luz de las dimensiones esbozadas por Raga Gimeno y colaboradores (2020).

(Des)encuentros que se complican aún más en el caso de interacciones comunicativas mediadas. El trabajo pionero de Wadensjö (1998) ya sugería, a partir de evidencias empíricas, que los intérpretes desempeñan una doble función: traducen, pero también coordinan. Dicha actividad de coordinación tiene el objetivo de facilitar la interacción entre participantes de lenguas diferentes, promoviendo la comprensión y la participación. De ahí que la interpretación (traducción oral) puede entenderse como forma y modalidad de mediación y los intérpretes pueden verse como mediadores en situaciones comunicativas interlingüísticas e interculturales. De acuerdo con la misma autora, la función prioritaria del intérprete como mediador se refiere a la promoción de un conocimiento compartido, unido a las tareas de coordinación.

La mayoría de los trabajos del Centro de Investigación sobre el Análisis de la Interacción y de la Mediación (AIM)², muchos de ellos bajo la guía y la supervisión de estudiosos como Baraldi y Gavioli (2008, 2012, 2019), demuestran claramente, siempre basándose en estudios de campo y gracias a la metodología del análisis de la conversación y del discurso, que este tipo de coordinación no es nada neutral ni mucho menos invisible, aunque puede ‘limitarse’ a una coordinación cultural en la que la mediadora³ interactúa de manera casi diádica con la paciente (en el caso del ámbito sanitario) y hace prevalecer las expectativas cognitivas. Es decir, en el caso de los datos recogidos en Italia, traduce ‘el sistema italiano’, o sea, las indicaciones,

² Véase la nota 13.

³ En la mayoría de los datos a disposición del Centro las mediadoras son de género femenino.

prescripciones y recomendaciones del personal sanitario, no favoreciendo necesariamente el contacto personal sanitario-paciente. Se trata de:

la reproducción de una forma cultural unitaria a través de la interacción: la reproducción de las presuposiciones culturales existentes en el sistema de atención médica o en aquellas del grupo minoritario representado por los pacientes.

(Baraldi y Gavioli 2008: 365, traducción nuestra)

Si la mediación permanece etnocéntrica, sigue basándose en diádas, monólogos y no en efectivas tríadas y diálogos, no favorece la construcción de una relación de otredad, sino solo:

una cultura unitaria que prevalece en el sistema de comunicaciones (en la interacción específica o bien en el sistema global), por lo tanto, una identidad-nosotros. El resultado es una adaptación cultural unívoca, es decir, la aceptación compartida de una forma cultural dominante.

(Baraldi y Gavioli 2008: 374, traducción nuestra)

La coordinación intercultural, en cambio, intenta favorecer una implicación y un cambio en todas las personas involucradas en la interacción. De hecho, se da una coordinación intercultural cuando se pasa de una situación diádica en la esencia, aunque triádica en la forma (por ejemplo, cuando el personal sanitario interactúa casi exclusivamente con la mediadora o la mediadora con la paciente) a una situación triádica efectiva, donde la traducción se plasma a través de la formulación entendida como:

el resumen, el comentario o el desarrollo del núcleo de una afirmación concreta emitida anteriormente. Una formulación es una adaptación del contenido informativo del turno o de los turnos precedentes que identifica el punto central y desarrolla el sentido.

(Baraldi y Gavioli 2008: 347, traducción nuestra)

Mientras que las expectativas cognitivas y normativas son típicas de la coordinación cultural, la formulación afectiva emerge de la coordinación intercultural, promoviendo la participación de todos los interactuantes. Los trabajos de otros componentes del centro AIM (Cirillo y Farini 2011) demuestran este potencial de promoción de una forma de comunicación capaz de valorizar la persona de la paciente, pero también la del personal sanitario, más allá de los roles encorsetados de enferma y de experto. Por ejemplo, siempre analizando evidencias conversacionales gracias al análisis de la conversación, Cirillo y Farini (2011) destacan que:

La adaptación intercultural puede producirse con tal de que los diferentes supuestos culturales surjan de la comunicación y se traten como relevantes; por esa razón, es necesario que la mediación abra espacios de expresión personalizada para el paciente migrante; en primer lugar, la expresión de las emociones, ya que permite la manifestación de posibles diversidades culturales. La adaptación intercultural es

sí el producto de un trabajo conjunto en todos los participantes, pero está estrechamente relacionada con la actividad de 'enlace' del mediador.

(Cirillo y Farini 2011: 82, traducción nuestra)

Es en estos intersticios donde la urdimbre entre lenguas, culturas y mediaciones aparece más relevante y donde la palabra diálogo, a veces trivializada o considerada demasiado abstracta, se convierte en algo concreto. De hecho, si partimos de la concepción de Kapuściński según el cual:

la finalidad del diálogo deber ser la comprensión mutua; y el objetivo de la comprensión el acercamiento mutuo. Comprensión y acercamiento se consiguen en el camino del conocimiento. ¿Cuál es la condición preliminar de este proceso, de esta ecuación? La *voluntad* de conocernos, el contacto con el otro, reunirse con el otro, hablar con él.

(Kapuściński 2009: 59, traducción nuestra, cursiva del autor)

y si retomamos la cita siguiente de Baraldi y Gavioli (2008):

la asociación entre la mediación dialogada, la coordinación intercultural y la comunicación centrada en el paciente parecen ser las características fundamentales que hacen efectiva la traducción en la interacción. Esta forma de traducción no determina primariamente una forma transcultural, es decir, no crea primariamente un puente entre las culturas, sino más bien la posibilidad de que la expresión personal de los sujetos migrantes individuales sea tomada en adecuada consideración por sus interlocutores.

(Baraldi y Gavioli 2008: 377, traducción nuestra)

vamos proponiendo un plano de construcción de horizonte teórico-metodológico que nos puede guiar y orientar en las aplicaciones concretas de un plan integrado y holístico de mediación integradora, con un énfasis concreto en los aspectos lingüísticos y discursivos que emergen de las percepciones y de las representaciones de los interactuantes en una situación comunicativa concreta y de los datos etnográficos recogidos sobre el terreno.

2.2 Lenguajes y mediaciones en el ámbito sanitario: ¿un diálogo posible en la gestión de las situaciones multilingüísticas?

En el apartado anterior nos referíamos a posibles (des)encuentros. De hecho, aunque en el ámbito sanitario el personal de cuidado (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.) y los pacientes comparten el mismo objetivo general que es el de mantener o restablecer una condición de salud o de ausencia de enfermedad, pueden emerger diferencias sustantivas en la manera de comunicar. Se trata de diferencias que dependen de lenguas diferentes que bloquean e imposibilitan la comunicación, pero también de distintos significados y sentidos que las culturas crean alrededor de conceptos como enfermedad, salud y bienestar, de las expec-

tativas de los rituales conversacionales que se articulan en un encuentro médico y también en los resultados esperados por parte de todas las participantes. Por eso, a la hora de comunicar, estas diferencias pueden plasmarse en incomprendiones, malentendidos e incluso aceptación pasiva o resistencias ante un determinado diagnóstico o tratamiento, incumplimiento de las prescripciones médicas o incluso su rechazo. Materia de expertos en antropología, efectivamente. Sin embargo, puede ser también materia de personas con diferentes especialidades de formación y de educación (formal o informal), pero animadas por una conciencia y visión de la mediación no solo como caja de herramientas sino también como ciencia interdisciplinaria y con un enfoque de promoción intercultural destacado. Por eso, para seguir en la construcción de un andamiaje sólido de una propuesta teórico-metodológica de diálogo posible entre lenguas, culturas, diferentes lenguajes de expresión y promoción de la participación consciente y empoderada de toda persona implicada en una interacción comunicativa, nos referimos en los apartados siguientes a dos autores, ambos antropólogos de renombre; el primero, Carlos Giménez Romero, reconocido experto y maestro de la mediación, y el segundo, Francesco Remotti, autor de una argumentada crítica a la identidad y de una propuesta de teoría de las semejanzas. Giménez (1997, 2003, 2010, 2016) presenta una tipología de modelos sociopolíticos ante la diversidad sociocultural que invita a la reflexión y que facilitamos a continuación:

Tipología de MODELOS SOCIOPOLÍTICOS ANTE LA DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL			
EXCLUSIÓN Racismo, Xenofobia, Antisemitismo, Apartheid, Holocausto, etc...	Discriminación del Otro (trato desigual)	Legal	Leyes discriminatorias
		Social	Prácticas discriminatorias
	Segregación del Otro	Espacial	Guetos residenciales Delimitación de espacios públicos
		Institucional	Guetización escolar Guetización sanitaria
	Eliminación del Otro	Cultural	Etnocidio Fundamentalismo cultural
		Física	Genocidio Limpieza étnica
INCLUSIÓN	Homogeneización	Asimilación	Anglicización Arabización Ladinización
		Fusión cultural	Melting Pot
	Aceptación de la diversidad cultural como positiva	Pluralismo cultural	Multiculturalismo
			Interculturalismo

Tabla n. 1, Modelos sociopolíticos ante la diversidad sociocultural (Giménez 2003: 157).

Más allá de la impactante capacidad de síntesis sin reducción de la complejidad de estos fenómenos, Giménez nos brinda la posibilidad de dar un paso más hacia adelante, al facilitarnos este esquema:

PROPUESTA TERMINOLÓGICA Y CONCEPTUAL		
Plano Fáctico o de los Hechos <i>LO QUE ES</i>	MULTICULTURALIDAD = diversidad cultural (lingüística, religiosa)	INTERCULTURALIDAD = relaciones interétnicas (interlinguísticas, interreligiosas)
Plano Normativo o de las Propuestas sociopolíticas y éticas <i>LO QUE DEBERÍA SER</i>	MULTICULTURALISMO Reconocimiento de la diferencia 1. Principio de Igualdad 2. Principio de Diferencia	INTERCULTURALISMO Convivencia en la diversidad 1. Principio de Igualdad 2. Principio de Diferencia 3. Principio de Interacción Positiva
	Modalidad 1	Modalidad 2
PLURALISMO CULTURAL		

Tabla n. 2, Propuesta terminológica y conceptual (Giménez 2003: 161).

Los procesos de inclusión pueden limitarse a asimilar y homogeneizar la diversidad sociocultural o bien intentar tenerla en cuenta como un factor positivo. Sin embargo, no es lo mismo basar las relaciones con la diversidad sociocultural en una aceptación y reconocimiento de las diferencias (multiculturalismo), aun fundados en los principios de igualdad y de diferencia, que intentar pasar de la coexistencia a la convivencia en la diversidad, agregando el principio de interacción positiva (interculturalismo).

Lo que el interculturalismo implica en cuanto al principio de interacción positiva se representa en la tabla a continuación:

LO QUE EL INTERCULTURALISMO IMPLICA (III) EN CUANTO AL PRINCIPIO DE INTERACCIÓN POSITIVA
Planteamiento de fondo <ul style="list-style-type: none"> • El énfasis en lo común • Aprovechamiento de lo diverso para formular y potenciar lo común • La colaboración o cooperación intercultural
Intereses comunes (de las personas, ciudadanos, desfavorecidos, vulnerables) <ul style="list-style-type: none"> • El ansia común por el Desarrollo • Bienestar y mejora de Calidad de Vida • Defensa y ejercicio de los derechos • La defensa colectiva del Estado de Derecho • La defensa y ejercicio de la Democracia • Sentimiento, reconocimiento y ejercicio de la ciudadanía común e incluyente • La participación colectiva, social y ciudadana como lugar de encuentro • Compartiendo el civismo o comportamiento cívico • Identidades y pertenencias comunes

<p>Intereses comunes y colaboración intercultural según sectores</p> <ul style="list-style-type: none">• Alianzas y cooperación entre trabajadores/as culturalmente diferenciados• Alianzas y cooperación entre jóvenes culturalmente diferenciados• Intereses comunes, alianzas y cooperación entre mujeres culturalmente diferenciadas• Alianzas y cooperación en otros grupos sociales: comerciantes, profesionales, etc.
<p>Algunos requisitos de la interacción positiva y colaboración intercultural</p> <ul style="list-style-type: none">• La exigencia recíproca de responsabilidades• Mediación intercultural• Diálogo intercultural

Elaboración Carlos Giménez Romero.

Tabla n. 3, Lo que el interculturalismo implica.

Emergen de la propuesta arriba esbozada algunos conceptos clave que destacamos: énfasis en lo común, intereses comunes, alianzas y cooperación.

Francesco Remotti, sobre la necesidad de distinguir entre la coexistencia y la convivencia, retoma, entre muchas otras fuentes (Zagrebelsky 2007, Remotti 2013), el trabajo de Giménez y llega a esquematizar lo que se produce en los procesos de identidad sin tolerancia (hostilidad, rechazo, aniquilación, etc.), identidad con tolerancia (coexistencia) y semejanza sin identidad (convivencia). A continuación, brindamos las tres esquematizaciones (Remotti 2018):

Identidad sin tolerancia:

Rechazo de la alteridad: «solo nosotros».

1. Indiferencia (-).
2. Desprecio (-).
3. Segregación (-).
4. Rechazo (-).
5. Aniquilación (-).

Identidad con tolerancia⁴:

Coexistencia: «nosotros y los otros».

1. Indiferencia (+).
2. Aceptación (+).
3. Delimitación (+).
4. Autonomía (+).
5. Respeto (+).

⁴ Remotti nos recuerda que ya Johann W. Goethe concebía la tolerancia como algo que tiene un límite, incluso temporal, como una especie de fecha de caducidad y, por ende, que tolerar es un poco como insultar.

Semejanza (sin identidad):

Convivencia: «nosotros juntos con los otros».

1. Interés (+).
2. Relación (+).
3. Implicación (+).
4. Dependencia mutua (+).
5. Diseño común (+).

Lo que podría parecer solo una síntesis, en realidad constituye una sólida teoría de las semejanzas desarrollada y argumentada por Remotti (1996, 2010, 2018, 2019) a lo largo de todas sus obras y de décadas de trabajos. Reflexionando sobre cómo, tanto en la naturaleza como en las sociedades humanas, la coexistencia y la convivencia dan muestra de sí, Remotti (2018) nos recuerda que, en el primer caso, tanto en el mundo inorgánico como orgánico se producen mecanismos de separación o bien de interacción. Incluso los procesos de simbiosis en la biología demuestran una evolución de una posición marginal a una posición central gracias a la endosimbiosis, simbiosis intracelular y simbiogénesis.

De manera parecida, en las sociedades humanas, las categorías y las relaciones, los lindes y las interacciones, las separaciones y las implicaciones coexisten y conviven de manera diferente, según momentos de la historia, de la evolución del hombre como especie, de las necesidades e intereses concretos de las personas implicadas en estas interacciones, es decir, de factores personales, interpersonales y situacionales.

Si volvemos la mirada al esquema de las semejanzas de Remotti y a los conceptos clave que identificamos en los esquemas de Giménez, surge patente el tema del riesgo a reivindicar identidades monolíticas, no cambiantes, que favorecen la dicotomía (división en dos según el significado etimológico) Yo/Tú, Nosotros/Ellos.

El oxímoron es el de considerar la identidad como algo siempre idéntico, no cambiante, cuando es una de las realidades más cambiantes de nuestra existencia [...] o bien considerarla caracterizada por un núcleo (tanto biológico, como psicológico, histórico o un conjunto de todos) del que automáticamente brota la alteridad, visto como una amenaza, como algo que provoca alteración y, por consiguiente, una especie de riesgo y de peligro.

(Remotti, material didáctico, Génova, 15 de junio de 2016)

Cuando las personas recurren a la identidad se mueven ineludiblemente hacia los extremos de la unidad, de la impermeabilidad y del cierre. «Afirmar la propia identidad significa [...] ir más allá de la escala graduada de las posiciones intermedias. Significa hacer una petición de reconocimiento muy fuerte» (Remotti, 2019: 12, traducción nuestra).

No perdamos de vista nuestro horizonte de referencia: la relación entre lenguas y culturas teorizadas por Raga Gimeno y el grupo CRIT, la posibilidad de coordinación cultural o intercultural en los encuentros mediados entre personal

sanitario y personas de origen extranjero evidenciadas en los trabajos de Baraldi, Gavioli y de todo el centro AIM, la propuesta terminológica y conceptual de interculturalismo de Giménez, y la crítica a la identidad de Francesco Remotti. Todo eso, que puede parecer muy abstracto y poco relacionado con el tema que nos ocupa, en realidad se concreta a través de comportamientos, posturas, actitudes, posiciones, lenguas y lenguajes, percepciones y representaciones de las personas únicas e irrepitibles que coinciden en una interacción comunicativa. Personas irrepitibles, continuamente cambiantes, caracterizadas por la multiplicidad.

Remotti (2019) afirma lo siguiente:

Si el yo es un constructo social, cabe admitir que en el yo hay primeramente multiplicidad [...]. El yo no es nunca 'uno', el yo es/son 'muchos'. O, mejor dicho, el yo es un 'muchos' parcialmente unificado. De hecho, ya que son 'muchos', el yo necesita no anular la multiplicidad sino organizarla de alguna manera, reducirla en cierta medida.

(Remotti 2019: 10, traducción nuestra, entrecomillado en el original)

Personas que parten de sus concepciones culturales y aplican, en las interacciones, patrones comunicativos condicionados por sus culturas, es decir, personas guiadas y orientadas por las culturas. Personas que se realizan en la relación con el otro y que, de cualquier (des)encuentro salen cambiadas, aun sin (querer) darse cuenta de ello. Remotti, citando a Lévy-Bruhl, nos acompaña de la mano para entender cómo nos obstaculiza el error de dar por descontado que primero es el ser y luego la participación:

La conciencia que [el primitivo] tiene de sí mismo no es la conciencia de una persona en sí realizada, sino de una persona cuya razón de ser, cuyas condiciones esenciales de vida, están en el grupo del que forma parte y sin el que no existiría.

(Lévy-Bruhl 1952: 131 en Remotti 2019: 321, traducción nuestra)

En el caso de las interacciones en el ámbito sanitario, por mucho de que se insista en ceñirse a los límites del rol y a la deontología profesional, como humanos que se encuentran, no es que se pueda evitar crear una relación entre personal de acogida, personal sanitario, voluntarios, pacientes, acompañantes, mediadores-intérpretes: no se trata de entidades a las que se agregan las relaciones, sino que las relaciones las constituyen, así como las participaciones.

El individuo se refiere a algo indivisible, pero no es el caso de nuestra especie. Por eso, tanto en la biología como en la antropología, se recurre al término *dividuo* para superar este concepto individual. Sin embargo, el concepto de individuo deja abierto un problema: cada uno de nosotros desarrolla una conciencia propia y no solo colectiva. El avance de Remotti (2019) se plasma en la propuesta siguiente:

Lo que nosotros proponemos es, por un lado, mantener las 'participaciones', y, por el otro, *ese poquito* de coherencia de continuidad, de integridad, de reconocibilidad del sujeto: no su identidad (ni sencilla ni múltiple) y tampoco su multipli-

ciudad sola (inevitabilmente fragmentada) sino una multiplicidad suficientemente organizada. A nosotros nos parece que, a este punto, podemos hacer la propuesta siguiente (esta también un compromiso): sustituir ‘individuo’ y ‘dividuo’ por el concepto de CON-DIVIDUO.

(Remotti 2019: 324, traducción nuestra, cursiva, entrecorillado y mayúsculas del autor)

Si las interacciones-relaciones en el ámbito sanitario pretenden, como es casi obvio que sea, perseguir objetivos comunes y establecer alianzas basándose en la cooperación, podemos entender que una concepción teórica de la mediación basada en los componentes esenciales que acabamos de exponer en las páginas anteriores puede sustentar una práctica que favorezca procesos de convivencia, reconociendo las peculiaridades y características de cada persona, pero también la dimensión comunitaria que forma parte de estos elementos.

La referencia para hacerlo es, una vez más, Giménez (2018) quien nos invita a adoptar una visión de mediación más abarcadora:

Parto de la conveniencia de combinar una concepción restringida y otra ampliada de mediación. A mi entender, la concepción que llamo restringida, esto es, la fórmula veterana y clásica de que la mediación es una metodología (o sistema, planteamiento, procedimiento, práctica) alternativa de resolución de conflictos, sigue siendo útil, entre otras cosas porque es cierta y es compartida, lo cual es valioso.

(Giménez 2018: 166)

Se trata de un primer paso. Sin embargo, Giménez afirma que, en una línea de ampliación, la mediación se entiende como camino hacia la gestión pacífica, positiva y participativa (las tres P según el mismo autor) de la conflictividad, no solo para solucionar sino también para prevenir, regular y transformar. Además:

La segunda línea de ampliación sitúa la mediación más allá de la conexión directa con la categoría de conflicto. Dicho de otra manera, la mediación como vía facilitadora del cambio y cohesión social.

(Giménez 2018: 166)

Se trata de una propuesta de metodología mediadora comunitaria e intercultural que Giménez y colaboradores aplican desde 2010 en un macro-proyecto, Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural, ICI, que se ha desarrollado en una amplia red de localidades de España, impulsado mediante convenios de la Obra social La Caixa con ayuntamientos y entidades sociales (Buades Fuster y Giménez, 2013; Giménez 2013; Giménez *et al.*, 2018). A partir de esta experiencia y de los desarrollos teóricos recientes sobre ciudadanía y teoría del cambio, ya en 2019, Giménez proponía una concepción de mediación ampliada que, aun sin hacer referencia explícita a las lenguas y las culturas, consideramos que resulta adecuada al planteamiento teórico-metodológico bosquejado en estos apartados:

Dado que la mediación es un pasaje de transición entre una situación de partida indeseada – tensa, conflictiva, problemática – hacia otra situación de llegada y pretendida – acuerdos y consensos, mejora de las relaciones (respeto, reconocimiento, fortalecimiento), logro de una historia alternativa, etc. – parece imprescindible disponer de una teorización acerca de la naturaleza, factores y mecanismos del cambio local y comunitario, de la transición que debe atravesarse y puede producirse.

(Giménez 2019: 89⁵)

2.3 Herramientas y técnicas de la mediación, traducción e interpretación al servicio del personal sanitario

Hasta aquí el intento de cimentar una propuesta de diálogo entre lenguas, culturas y mediaciones fundada en un marco teórico de referencia interdisciplinario. Un horizonte teórico que, presentado fuera de la academia, corre el riesgo de considerarse demasiado abstracto y poco aplicable al día a día, aunque, como demuestran los dos apartados anteriores, todos los estudios citados proceden de investigaciones con un fuerte contacto con la dimensión aplicada y práctica.

¿Cómo es posible concretar los enfoques, las teorías y las concepciones esbozadas en las páginas anteriores poniéndolas al servicio de la operatividad diaria de las y los profesionales de la salud y de la interpretación-mediación? ¿Cómo se puede favorecer un diálogo no solo entre disciplinas diferentes implicadas en el ámbito sanitario sino también entre las técnicas y herramientas más utilizadas en los sectores de la traducción y las de la mediación? ¿Cómo evitar que las técnicas se conviertan en la única guía de las personas que operan en estos campos, perdiendo de vista el horizonte conceptual que las enmarca y les da sentido?

Este apartado pretende compartir algunas reflexiones sobre estas preguntas, aunque sucesivamente, en el capítulo 3, vamos a presentar algunas experiencias concretas de formación universitaria que entablan un diálogo concreto interdisciplinario e interprofesional en la línea de nuestro volumen. Por otra parte, los capítulos 5 y 6 relatan proyectos de capacitación profesional y de formación universitaria experimentados en primera persona, en calidad de docentes-facilitadoras-investigadoras, por parte de las autoras de este trabajo. Por este motivo, sugerimos la lectura de este apartado más como ‘activador’ de preguntas que como respuesta a los interrogantes planteados.

Vamos a utilizar el término técnicas y herramientas quizás impropriamente y casi como si fueran sinónimos para referirnos a aspectos y a dimensiones re-

⁵ Actualmente y desde el Proyecto ICI estamos profundizando y actualizando acerca de la teoría de cambio que fundamenta nuestra acción comunitaria y mediadora, y los resultados están siendo muy positivos, nota del Autor.

lacionadas con el ejercicio de una tarea y que, al aplicarlas, subrayan su aspecto práctico e instrumental.

En los estudios de traducción y de interpretación, en cambio, se presentan a menudo los conceptos de método, estrategia y técnica de manera separada, por lo menos en una de las concepciones que más terreno ha ganado en el mundo hispanohablante de la traductología (Hurtado Albir 2001). Sin embargo, nuestras investigaciones sobre el terreno, analizando datos procedentes de la actuación de intérpretes en formación en momentos de capacitación en mediación (Morelli 2018, entre otros) y otras realizadas en el ámbito sanitario específicamente enfocadas en la interpretación-mediación (CRIT 2014, Arumí Ribas 2017, Krystallidou *et al.* 2018) destacan, entre otras, las siguientes técnicas de interpretación: toma de notas, parafraseo, reformulación y preguntas de aclaración que pueden resultar de interés para profesionales de la salud y que son típicas también de la mediación, salvo la toma de notas en la forma y modalidad que se usa en la interpretación.

Sin olvidar la macro-técnica de la escucha, tanto en su vertiente verbal como no verbal, y ceñida al contexto y a la situación comunicativa concreta, estrechamente vinculada con la técnica de la capacidad de observación del contexto micro y macro en el que se produce la interacción comunicativa.

Desde el punto de vista de la traducción-interpretación, la reformulación es un procedimiento que conduce a aplicar estrategias de simplificación textual y discursiva, tanto a nivel global (modalidad del discurso-texto, función e intención) como local (problemas terminológicos o aspectos problemáticos de naturaleza gramatical) a través de los mecanismos de expansión, reducción y variación. La expansión corresponde a la adición de contenidos de naturaleza informativa o emotiva que no están presentes en el texto de partida; la reducción es el procedimiento inverso, que supone una supresión de información, asumiendo diferentes formas, tanto de omisión como de condensación. La variación atañe a una especie de paráfrasis, es decir, a un cambio en el contenido léxico, gramatical, del formato, de la presentación formal de la información o de la modalidad enunciativa del mensaje.

En el sector profesional de la mediación⁶, la paráfrasis (o parafraseo) consiste en la escucha y comprensión del mensaje de partida de manera positiva, con el fin de facilitar la comunicación, la búsqueda y la toma de decisiones, reduciendo la agresividad, la ansiedad y la polarización, destacando los intereses y las necesidades de los interlocutores y haciendo emerger los contenidos implícitos.

⁶La descripción de las técnicas de mediación puede encontrarse, aplicada a una experiencia práctica de un proyecto internacional Erasmus+ *Community Mediation for Youth* (CoMeDy), en el *Manual de herramientas teórico-prácticas para operadores*. <https://act.unige.it/sites/act.unige.it/files/2022-06/CoMedY-handbook-ES-%20parte%203.pdf>.

La reformulación se entiende como la devolución de lo que el otro interlocutor expresa, presentándolo como si se utilizara un espejo, pero despojándolo también de elementos dañinos y perjudiciales, según el/la mediador(a), para fines comunicativos. De manera parecida a lo que pasa con la paráfrasis, la reformulación intenta facilitar a las partes una visión de los hechos con otras 'lentes' y a valorarlos desde otro punto de vista. También en este caso, como en el parafraseo, se trabaja para superar las posiciones encontradas y permitir que las personas amplíen su campo visual hacia nuevas versiones de la misma realidad. Se concreta recurriendo también a metáforas o sinónimos adecuados según el sistema de creencias y de las características socio-culturales de las partes.

La pregunta es una técnica menos usada en interpretación (prácticamente imposible de aplicar en la simultánea cuando el flujo verbal del discurso de partida difícilmente puede ser interrumpido por el/la intérprete), ya que a menudo se considera, siguiendo también un modelo prescriptivo del intérprete como conducto, una declaración de derrota por parte del intérprete quien necesita que se le aclare algo. En realidad, puede ser una estrategia muy eficaz tanto en la interpretación dialógica como en la consecutiva para pedir aclaraciones o intentar hacer menos tensa e incommunicable una situación comunicativa caracterizada por un bloqueo, de cualquier naturaleza este sea. Aunque potencialmente amenaza la imagen del/la profesional de la interpretación que lo entiende todo a la primera, puede marcar la diferencia entre un mantenimiento del etnocentrismo cultural con mecanismos típicos del *siding* o *gatekeeping* (Gavioli 2008) y la promoción del *bridging*, de la función de puente y de enlace que favorece la coordinación intercultural según lo expuesto en el primer apartado de este capítulo. Pedir aclaraciones forma parte de las estrategias dentro del macro-contenedor de las herramientas relacionadas con las preguntas que se suelen utilizar en mediación intralingüística. De hecho, a través de una intervención interrogativa se intenta estimular la clarificación de la información de las partes facilitando la comprensión de las ideas expuestas y la rotura de las hipótesis o interpretaciones erróneas que pueden haber hecho las partes mediadas o el/la propio/a mediador(a). El objetivo es aclarar, definir y sacar a relucir todo lo que podría crear dudas. Además, las preguntas son auténticas herramientas de trabajo de la mediación tanto en su formato abierto como cerrado con el fin de confirmar, profundizar o verificar.

Comprobar si, y en qué medida, estas técnicas son percibidas y destacadas por parte de las operadoras/es de la salud en sus representaciones y narraciones como conocidas, empleadas y consideradas eficaces y útiles en su quehacer diario formará parte de los próximos capítulos. En este, como última parte, quisiéramos activar la reflexión sobre los elementos que pueden convertirse y, sobre todo, personalizarse y traducirse también en técnicas y herramientas, pero que se inscriben en una visión más amplia de lo que podría ser una formación-capacitación-educación deseable en el ámbito que nos ocupa, tanto desde el punto de vista de las/los

profesionales de la salud como de las lenguas-culturas que operan en este ámbito y en muchos otros donde priman las relaciones. Es decir, evitar que las técnicas se conviertan en protocolos rígidos y favorecer, en cambio, que se enmarquen en un horizonte de actuación profesional de mayor envergadura.

Por eso, vamos a dedicar esta última parte del capítulo al tema de las competencias personales e interpersonales (CPIs) y al aprendizaje situado en contexto. En el caso de la traducción e interpretación, el Marco de Competencias de 2009 de la Red de los *European Master's in Translation*⁷ (EMT) contemplaba las CPIs integradas bajo la competencia definida *Translation Service Provision (TSP)*, mientras que en 2017 se incluyeron separadas de las de *Service Provision*, y se definieron personales e interpersonales. Por competencia interpersonal en traducción e interpretación podemos entender: «The interpersonal dimension deals mainly with the social roles translators take and their relationship with clients, and it involves such elements as self-evaluation, planning, and management» (Esfandiari *et al.* 2017: 10). El marco de competencias de la EMT presenta esta dimensión de este modo: «This competence area includes all the generic skills, often referred to as 'soft skills', that enhance graduate adaptability and employability» (Esfandiari *et al.* 2017: 10). Entre las CPIs, el Marco de Competencias Traductorales de la EMT destaca la capacidad de trabajar en equipo, también virtualmente, y en entornos colaborativos multiculturales y multilingües. Además, prevé la necesidad de desarrollar capacidades y destrezas de autoevaluación, amén de una formación continua a través de estrategias personales y del aprendizaje colaborativo. Otras CPIs mencionadas por la EMT son las siguientes: planificar y gestionar tiempo, estrés, encargo y presupuesto; cumplir con los plazos, las instrucciones, las especificaciones, las guías de estilo, los estándares, etc.; utilizar las redes sociales de manera responsable con objetivos profesionales y personales; tener en cuenta y adaptar la ergonomía física del entorno laboral.

Ampliando el tema a otros sectores, más allá de la traducción e interpretación, trabajos como los de Seal *et al.* 2017; Shek *et al.* 2016; Strom y Strom 2011 destacan cinco tipologías básicas de competencias emocionales intrapersonales e interpersonales: identificación, comprensión, expresión, regulación y uso de las emociones. Indudablemente el tema de las emociones reviste un papel fundamental en el ámbito que nos ocupa y, en los últimos años, ha recibido también atención por parte de expertas de la interpretación como Krystallidou 2020; Raga Gimeno *et al.* 2020. Por identificación se entiende la capacidad de identificar nuestras propias emociones y las de los demás; la comprensión se refiere a la identificación de las causas y de las consecuencias de las emociones; la expresión intrapersonal es la expresión de emociones de una manera socialmente aceptable, mientras que

⁷https://ec.europa.eu/info/resources-partners/european-masters-translation-emt_en.

la expresión interpersonal se refiere a la capacidad de fomentar la expresión emocional de los demás. La regulación se reconduce a la gestión del estrés (entre las competencias contempladas también por la EMT) y de las emociones, cuando estas no resulten adecuadas al contexto y a los objetivos de las personas implicadas y, finalmente, el uso de las emociones entendido como la capacidad de usarlas para aumentar nuestra eficacia en términos de toma de decisiones, soluciones de problemas, pensamiento, etc.

Si pasamos a la concepción de la *Personal Interpersonal Capacity* (PIC, Capacidad Personal Interpersonal) que encontramos en Seal *et al.* 2017, nos acercamos aún más a las competencias contempladas por la EMT: «Personal interpersonal capacity is the individual potential to recognize and regulate emotional information and behaviours to achieve individual goals through social interactions» (2017: 80). Los autores siguen analizando en detalle el concepto de PIC, sucesivamente actualizado como PICA (*Personal-Interpersonal Capacity Assessment*) y destacan cuatro factores en los que se fundamenta que parecen pertinentes para este volumen y las dimensiones conceptuales presentadas en el primer capítulo. En primer lugar, la autoconciencia que incluye también las dimensiones de:

emotional self-awareness and accurate aptitude assessment. Emotional self-awareness consists of knowing your current moods and feelings (or accurate identification) and recognizing the triggers for your emotions (or accurate attribution). Accurate aptitude assessment consists of an accurate assessment of power and dependency (or understanding strengths and weaknesses) and understanding one's attitudes (or preferences).

(Seal *et al.* 2017: 81)

Sigue la consideración hacia los demás, teniendo en cuenta a la persona y a la situación antes de actuar. Este factor incluye también las dimensiones de la empatía y del auto-monitoreo; luego encontramos la conexión con los demás y la orientación hacia la influencia, es decir: «the propensity to seek leadership opportunities and move others toward change» (Seal *et al.*, 2017: 81).

Estos factores impactan en el desarrollo de nuestra capacidad no solo de autoconocimiento, sino de evaluar y valorar el mundo a nuestro alrededor, construyendo relaciones significativas y favoreciendo cambios en nuestras actitudes y conductas. Si unimos este potencial personal, que se puede convertir en interpersonal, a los métodos de trabajo grupales, de la promoción de la autorreflexividad, y bajo el prisma del aprendizaje cooperativo, nos parece que las competencias arriba indicadas, aunque no estrictamente disciplinarias, pueden constituir un eje transversal tanto en la formación-educación de estudiantes como en la capacitación profesional y formación continua.

En nuestra trayectoria docente, los elementos que tienden a guiarnos y orientarnos en la mediación entre las necesidades, que podríamos definir institucionales en el caso de cursos académicos, y las expectativas de los estudiantes (tanto

aprendices como profesionales) son los siguientes: un papel esencial atribuido a los pares-iguales (tutores), coordinadores u observadores de la ocasión formadora, la continua retroalimentación facilitada a lo largo del recorrido, compartiendo la co-construcción social de significados y de sentido que se plasma en el ‘aula’, o mejor, en el ‘*setting*’, el conocimiento situado y el momento de aprendizaje visto como comunidad de prácticas, y entramado discursivo dialogal. El contexto de aprendizaje se co-construye como lugar interactivo y espacio relacional entre todos los participantes (facilitadores, tutores y coordinadores incluidos)⁸.

Un espacio simbólico, más que físico, constituido y reglamentado por una serie de comportamientos, pactos, vínculos, y corresponsabilidades. Es un lugar que incluye todos los recursos que se ponen a disposición, y las actividades que pueden llevarse a cabo tras una consigna o bien crearse de manera autónoma.

Es un lugar de diálogo, de comunicación, que utiliza diferentes lenguajes [...]. Produce seguridad y confianza, garantizando cuidado porque hace emerger sentimientos de confianza y de protección [...]. Se convierte también en un espacio mental (cognitivo y afectivo) que se debería crear en los participantes, replicando la circularidad del proceso de diálogo entre uno mismo como sujeto en formación y los demás, tanto los pares iguales como otros sujetos que forman parte del *setting* de aprendizaje y que pueden cambiar a lo largo del recorrido (por ejemplo, los diferentes docentes), para luego volver a la reflexión sobre uno mismo. Es una habitación protegida gracias a la abstención del juicio y del actuar [...]. Es la habitación interna que contribuye a crear la habitación externa. Ahí el operador experimenta, observa y verifica la ‘justa distancia’ con respecto a sus vivencias que son el espejo de la relación con el otro.

(Isfol 2007: 165, traducción nuestra)

La ‘justa distancia’ es una mediación continua, no solo entre la parte mediada y la parte mediadora sino también entre profesionales del cuidado y personas acogidas. La perspectiva de quienes estamos facilitando una labor docente, en nuestra opinión, es la del ‘Maestro ignorante’ de Rancière, sin transmisión unívoca de saberes y de conocimientos sino con mucha escucha, extremada atención, capacidad de observación y escasa resistencia a los cambios de guion y de programa. Acogedora de posibles miradas diferentes. Como en las disciplinas y en los oficios que se ocupan de las relaciones humanas con la necesidad constante de ser adaptativa, abarcadora y resiliente.

⁸ Un ejemplo práctico y reciente de la aplicación de este enfoque fue el proyecto Erasmus+ *Cooperatively Transmediate* aCT que coordinamos entre 2019 y comienzos de 2022, y cuyos resultados pueden consultarse en <https://act.unige.it/Risorse>.

Chapter 3

The challenges of educating for multilingual communication in healthcare settings

3.1 Between old and new practices: a review of best practices in University education¹

A distinction should be made between ‘education’, ‘training’ and ‘professional development’ (Angelelli 2017). While ‘professional development’ is a necessary part of any profession that deals with dynamic situations (such as multilingual communication), ‘training’ refers to the exercise of specific skills, often limited to single practical aspects within a more complex performance. An interpreter could be trained in the use of voice in telephone interpreting, or in the management of technical problems in videoconference interpreting. As such, training is a constituent part of the broader process of education. This, in turn, is a teaching-and-learning process, implying ‘sustained engagement’ on the part of all its participants, as well as the ability to «critically think about, put into practice and evaluate» (Garrison *et al.* 2012 in Angelelli 2017) the notions, skills and values that are introduced by the teachers (or that arise from class debate in more learner-centred approaches). This means that education is both an acculturation process, where the learner begins to build their professional identity; and a step towards autonomy in one’s handling of the skills and concepts learnt. In this sense, education means learning how to think critically for oneself, in order to improve one’s practice and to take context-sensitive decisions. This is particularly relevant for public service and medical interpreters, since education should aim at «bringing learners out of the idealisations and simplifications» (Niemants, Stokoe 2017: 294) that one may have, and guide them towards the complexities of a professional practice that is set in the unpredictable context of asymmetrical settings.

While potentially endless, the educational process has a beginning and an end: the transition from the novice’s status to that of fully-fledged professional is marked by a degree being given to the learner.

¹ The paragraphs 3.1, 3.2, 3.3 were written by Nora Gattiglia; the paragraph 3.4 was written by Mara Morelli.

Training, education and professional development are thus inherently connected; in this Chapter, we will focus on education within an academic setting. A portrait will be sketched of how interpreter education has changed consistently with new insights from research on mediated interaction; the educational activities that are used within (dialogue) interpreter education will be described, following a diachronic perspective, starting with the more traditional activities up to new proposals within the field; eventually, some practical experiences in medical interpreter education will be introduced whose approach is in line with the principles of research-based and learner-centred education.

3.2 New pedagogical approaches in interpreter education

The history of interpreter education is a long and winded road, dotted with momentous changes. From anecdotal, teacher-centred education to evidence-based and learner-centred approaches, interpreter education has undergone a profound metamorphosis. One of the most remarkable transformations was the transition from prescriptive approaches to learner-centred ones. Normative approaches such as that of Seleskovitch, Lederer (1984 [2014]), where (supposed) cognitive processes taking place within the interpreter's 'mind' were given centre stage, gave way to more person-centred approaches, taking into account both the specific communication setting, and the characteristics brought to the performance by each student.

In this transformation, a large part was played by the advent (or even the shift) in the researchers' interests for dialogue (especially public service and medical) interpreting, a setting characterized by discursive and interactional asymmetries (Kalina 2015; Rudvin, Tomassini 2011) and conflictual goals (Alexieva 1997). The complex interactions and unexpected turns in conversation that await the interpreter in these settings paved the way for a new notion to be introduced, that of 'situated quality' (Grbić 2008). In establishing a direct correlation between the quality of an interpreting performance and the several features of communicative situation (interpreting mode, time and place of the interaction, the communicative goal to be achieved, the primary participants and their expectations, to name but a few), the notion marked a turning point in the way one evaluates an interpreting performance: it meant that no pre-formed set of instructions could be given to interpreting students, and that other skills had to be developed beyond linguistic abilities. The manifold and ever-changing functions of the interpreter, now acknowledged as an active participant to the interaction, required interpersonal, metacognitive and ethical abilities whose demands could not be met by prescriptive educational frameworks and called for new dynamic, context-sensitive approaches.

In the last twenty years, descriptive-constructivist pedagogies have come to the front: in their being «essentially descriptive, dynamic and hierarchically hori-

zontal» (Tolosa Iguualada, Echeverri 2020: 38)², these pedagogies lend themselves to the teaching of dialogue and especially public service interpreting. In their being descriptive and dynamic, they relinquish traditional normative approaches and focus on context-reading and problem-solving activities, for example highlighting the role of strategy use in interpreting (Muñoz-Miquel *et al.* 2018)³.

The ‘horizontality’ promised by these approaches needs to be nuanced. While it is certainly true that research-based interpreter (and translator) education has renounced the ‘apprenticeship approach’ (Pöchhacker 2016), consisting in «learning by imitating the teacher» (and in listening to their professional life stories), the role of the teacher as expert is still very much relevant to interpreter education. What has changed in constructivist approaches is the role given to the teacher’s expertise, which is used to foster the students’ autonomy, resourcefulness and creativity. As Kiraly (2000) points out, in education «[w]e do not need to teach strategies; we need to model strategy use (and creation) for our students» (Kiraly 2000: 30). Horizontality in the form of power-sharing on the part of the teacher is often paired with a further twofold change in classroom relationships: on the one hand, the one-to-many relationship that is typical of teacher-centred approaches is replaced by a wider focus on collective experiences, in particular those that are allowed by peer assessment (Krystalidou *et al.* 2018); on the other hand, the individual and their experience⁴ are acknowledged as a fundamental part of the teaching-and-learning process, especially in the form of self-reflexivity (Arumí Ribas, Vargas-Urpi 2017), that is, purposeful reflection over one’s experience in order to better understand (and change) one’s practice⁵.

3.3 Teaching activities from personal narratives to open role-plays

The first interpreting classes were essentially teacher-centred. Personal stories were used to illustrate the most frequent predicaments of the interpreting profession and the possible solutions to overcome difficult situations. Yet, the over-

²The authors refer to a single ‘pedagogy’, but we would rather make a point here for the possible co-existence of several pedagogies, all rooted in a descriptive and constructive approach.

³Some authors lament a dearth of studies on strategy use in dialogue interpreting; see Kalina 2015 and Arumí Ribas, Vargas-Urpi 2017.

⁴Research has recently addressed the subjective experiences of interpreters: for instance, burn-out (Bower 2015; Valero Garcés 2015), embodied participation (Davitti, Pasquandrea 2016), and their personal stories, including narratives of migration (Meier-Lorente-Muth-Duchêne 2021).

⁵Research on interpreter pedagogy focussing on collaborative approaches has mainly addressed conference interpreting education: see Su (2019); Lee (2018), or translation: see Mersmann (2020); Alfer (2017, 2020); Yang (2020); Kiraly (2000).

all conviction that dominates these early years of interpreter education seems to be the one according to which «interpreters are born, not made» (Herbert 1952: 4). This encouraged students to take the teacher's performance as the benchmark for their own renditions, notwithstanding the fact that the main difference between a novice's and an expert's expertise lies in the way they deal with a problem (Jacobson 2001): as such, novices need to embark on a trial-and-error process to discriminate between different strategies and their effectiveness in specific communicative situations, especially when these are laden with interactional issues.

Teacher-centred approach may suit knowledge domains where expertise is based upon the mastery of exact notions, but it cannot be applied to «ill-structured knowledge domain[s]» (Spiro *et al.* 1992) that are characterized by a wide range of critical situations, requiring the simultaneous application of multiple strategies, principles and schemes. This is the case with interpreting, a complex social activity demanding more than the application of a set of procedures, especially in public service settings.

The complexity of interpreting as a discipline has been first taken into account by (scripted) role-plays⁶, that «make it possible to narrow the gap between training and real life through simulations of real-life assignments and/or the reproduction of real-life cases» (Falbo 2020: 158). In role-plays, then, «play' implies taking part in a performance as an 'actor' who plays a given role in accordance with the 'let's pretend' principle», while «'[r]ole' refers to rules and expectations characterising a given figure in society» (*ibidem*).

Role-plays, though, can be perceived as authentic activities only in part. Niemants (2022) warns that students are well aware they are just pretending to be professional interpreters, and that their performance is taking place within a classroom activity. This entails a particular risk for role-play use: students can display an orientation towards the teacher's (supposed) standards, rather than to the achievement of an effective communication between the parties. Thus, students could search for the right term without being able to ask the other speaker and in this way move the conversation forward; or, in scripted role-plays, they could react in a way that betrays awareness of the fictional character of the communication, for instance asking for the speaker to repeat «the last sentence». Role-plays would then risk focussing more on translation activities, neglecting coordination (Ozolins 2017).

⁶While it is frequently used (Niemants 2015; Niemants, Cirillo 2017; Merlini 2017; Ozolins 2017), the term 'role-play' can sometimes be mistaken for a synonym of 'simulation'. For pedagogical purposes, it may be useful to give a definition of the two. Role-plays involve roles being attributed to participants that play a part; in simulation, instead, people intervene as their own selves within a fictional scenario.

This clash between the ‘framed activity’ (the role-play) and the ‘framing activity’ (the classroom activity), as described by Niemants and Stokoe (2017) calls into account one of the most debated characteristics of role-playing as a teaching method, that is, authenticity. Even though role-plays can feature a range of authentic traits, for example by being based on authentic material⁷, full authenticity in terms of a ‘willing suspension of disbelief’, to use Coleridge’s expression, is never attained⁸. This does not invalidate role-plays as a useful teaching activity, even in their scripted form and particularly with students in the first stages of their education (Niemants, Cirillo 2017). In scripted role-plays, teachers can select and dose linguistic and pragmatic features (Rudvin, Tomassini 2011) to adapt them to the linguistic, interpersonal and interpreting skills of the class (and of the single student). Moreover, authentic data could nonetheless not be relevant for students who do not have the linguistic, personal and interpersonal skills and maturity to deal with discourse that was created by and for another community (Niemants, Stokoe 2017).

Yet, scripted role-plays are just one of the many role-playing activities in which interpreting students can engage. Another is open role-plays, with cue cards giving just enough information to the actors (who may also be professionals; see Niemants, Bernardi 2022) to play their part with a knowledge of their character, allowing for more spontaneity and, in the case of professionals being involved, more authenticity. In this kind of role-play, unpredictability may be a challenge for the actors, also demanding of the teacher «better skills in improvising, facilitating and managing the class» (Niemants 2022: 47, our translation). Nevertheless, even open role-plays lose their effectiveness whenever they are based upon an unrealistic perception of (professional) reality. As Niemants and Stokoe point out (2017), research has made it clear that codes of conduct and common sense are not reliable resources in creating meaningful learning activities that succeed in familiarizing future interpreters with the actual professional practice. The authors underline the many dangers of this approach: reality can be just mimicked and translations made upon a turn-by-turn model, avoiding autonomous interventions.

⁷ Authentic data can be seen as repositories of portions of speech to be extracted, or they can be a source for model-making, as suggested by Arumí Ribas and Vargas-Urpi (2017). In their study on interpreting strategies in PSI, the authors developed role-plays from authentic mediated interactions in the Chinese-Catalan combination (Vargas-Urpi, Arumí Ribas 2015). The role-plays presented a set of interactional «rich points» identified by the authors in the actual interactions and that targeted the interpreter’s problem-solving skills, such as the presence of specific terminology, unfinished or ambiguous sentences and incoherent speech fragments.

⁸ In a reversal of the teacher-centredness of the expert’s personal narratives, Kadrič (2017) suggests that role-plays be developed by drawing on the students’ experiences. In the case of medical interpreting, this can seldom be the case, since students have never, or very rarely, experiences of work as interpreters in this setting, and it would be delicate to ask for their experiences as patients or caregivers to be shared.

In our view, these threats are certainly minimized with evidence-based activities (such as CARM, Conversation Analytic Role-play Method, proposed by Niemants and Stokoe and described below); nevertheless, a focus on translation rather than mutual understanding may also depend on the teacher's educational approach: this includes the type of activity proposed, but it is not limited to that. The teachers' theoretical background (including their ideas on communication and quality), their axiology, the feedback given to students are equally important in shaping authentic/inauthentic activities. When «the simulation itself is also often based on the premise that 'good' communication is one where participants immediately understand one another, so that in 'good' dialogue interpreting the interpreter can immediately relay primary speakers' turns without negotiating their meaning» (Niemants, Stokoe 2017: 295), it is the teacher's perspective that hinders any effective learning about practice, whatever the activity.

Learning, however, is not only a matter of doing, as it is the case with role-plays; observation (i.e., the watching, reading, listening) of authentic content can be equally powerful in triggering reflection upon the challenges faced by interpreters; at the same time, it provides an insight into a professional practice that, unlike conference or media interpreting, in the case of healthcare interpreting is far from the public gaze. Observation is nevertheless a way of authenticating the text (Gavioli, Aston 2001) which is safer than interpreting in a role-play; moreover, observation can be tied to production in classroom activities, as in Niemants (2022), where corpora of authentic audio- and video-recorded interactions are used to raise awareness of spontaneous talk and of translation equivalents for utterances that will then be retrieved in role-plays reproducing the same linguistic and pragmatic features.

Another possible use of corpora is the one made in guided data sessions as an educational tool (Davitti, Pasquandrea 2014, 2018), where students are introduced to the basics of Conversation Analysis before working on transcripts that are sometimes paired with an audio or video recording. This activity aims at showing the regularities as well as the debatable points in any given interaction, especially those that take place in an institutional setting. CARM (Conversation Analytic Role-play Method; see Stokoe 2013; Niemants 2013; Niemants, Stokoe 2017) is somewhat similar to this approach in that students work with a transcript; this is always matched by an audio or video recording of authentic interactions taking place in institutions such as hospitals, court, schools. Students listen to or are shown a recorded interaction, along with a synchronized transcript annotated according to the conventions of Conversation Analysis; the recording is stopped at critical points, as identified by the class. The students imagine the following turn (usually the interpreter's), to be checked in the recording. Then, they discuss the consequences of the choices made by the participants, notably the interpreter. This activity helps to understand what an interpreter *can* do in

real professional practice, and what are the effects on the interaction of specific conversational moves. Awareness is then raised about how turn-taking and management of the conversation are *made* by the interpreter, thus allowing for a more nuanced perspective on the complexity of (healthcare) interpreting, fostering the students' awareness that «mere translation of an utterance may not be enough» (Niemants, Stokoe 2017: 314).

Concluding with CARM, this paragraph showed a progression in the depth of the students' immersion in authentic content. This does not necessarily imply some value judgment upon more traditional activities such as scripted role-plays. Activities acquire their meaning within the classroom, depending on the people involved and their engagement in the activity; above all, the choice of one or more activities within a course depends on the learning objectives (e.g., familiarizing with basic interpreting skills, such as code-switching, or experimenting with more challenging situations, such as conflict between the primary participants), the learners' stage in their education (novice versus semi-professional or professional interpreters), the learners' and teachers' dispositions towards horizontal rather than vertical teacher-learner relationships, along with the time constraints of the course or module.

In the next paragraphs, we will describe four educational interventions (Nevado Llopis, Pelea 2019; Krystallidou *et al.* 2018; Woll *et al.* 2020; Niemants, Bernardi 2022) that were selected according to a precise rationale: they are all interventions in medical interpreting education with a focus on collaborative work and self-reflection, and, in the last paragraph, interprofessional training.

3.4 Opening up the field: best practices in medical interpreting education and training

Interpreter education is conventionally divided into undergraduate curricula introducing to dialogue interpreting, and graduate courses that prepare for conference interpreting. In these cases, progression seems to be based on the greater cognitive load and more refined linguistic skills (in terms of register and vocabulary) required of conference interpreting; nevertheless, offering training (and education) in public service interpreting (PSI) to conference interpreting students could be a valid option to consider, for a twofold reason: on the one hand, a close-cut distinction between the two professions of conference and dialogue interpreting might not be suited to a changing market, where interpreters might find themselves to work with different modes and techniques, also within the same domain⁹. On the other hand, the traditional shift from dialogue to con-

⁹ During the round table of the TIC Conference 2021, Jonathan Downie advocated for this

ference interpreting could be reversed when we think of the specific difficulties that public service and medical interpreting present: inherent bidirectionality, management of register and vocabulary, ethical and emotional challenges, as well as the risk of conflict arising and the typical asymmetry of medical discourse.

In this sense, we will draw attention to a short training course in public service interpreting (with a focus on medical interpreting) described by Nevado Llopis and Pelea (2019). This twelve-hour course targeted Master's students in conference interpreting as well as undergraduate students in dialogue interpreting in the first academic semester of 2018-2019 at Babeş-Bolyai University in Cluj-Napoca (Romania). During four sessions that involved both theoretical and practical moments, the students were introduced to the specifics¹⁰ of public service and medical interpreting and took part in two sessions of role-playing: the first one involved scripted role-plays, with two native interpreting trainers (speaking Spanish and Romanian, respectively) playing the roles of doctor and patient. Role-plays in the second session were unscripted and involved a doctor and the Spanish-speaking interpreting trainer. The transition from scripted role-plays performed by interpreting trainers, and unscripted dialogues with a professional allowed the student to experiment with failure and elaborate strategies to apply in the second situation, when facing the challenge of spontaneous dialogues. Assessment focussed on pragmatic features of communication rather than on linguistic skills, like problem-solving skills in addressing ethical dilemmas and adherence to standards of practice, including the boundaries of the interpreter's role: a criterion that answered to the need expressed by students of knowing 'more how to do it' and 'how it is already done'.

The data analysis focussed on questionnaires, field notes and the video recorded role-plays to observe the students' impressions as well as their ability to manage a mediated medical consultation. Unsurprisingly, older students who had already trained in consecutive interpreting, with and without notes, in their MA were more resourceful: they took notes and asked questions to the participants rather than translating immediately even when they were not sure of their own understanding. The authors observe that the previous training in conference interpreting improved the performance in a medical setting: the «listening and processing skills acquired, as well as speaking and rendition experience, all increase the efficiency of training for the particular context of PSI» (Nevado Llopis, Pelea 2019: 30).

The students' answers in the questionnaires show the need for familiarizing with real-life situations, as other authors have highlighted (Angelelli 2008; Creeze

position, insisting on the relevance of domain-based training (e.g., on medical interpreting) rather than mode-based training (conference vs dialogue interpreting).

¹⁰ As the authors point out, «PSI training ought to be also country-specific, without losing sight of the importance of a general overview of PSI – its development and professionalization, national standards and differences in nomenclature» (Nevado Llopis, Pelea 2019: 26).

et al. 2015; Krystallidou *et al.* 2018). The involvement of professionals in the field could prove effective to increase the authenticity of role-plays; moreover, a collaboration between PSI programmes and courses and public service providers has been indicated as a best practice (Rudvin 2014; Tomassini 2012; Ertl, Pöllabauer 2010): not only does it promote the students' familiarity with actual professional conversational norms and procedures, but it helps raising awareness among prospective users of the functions of professional interpreters (Nevado Llopis, Pelea 2019: 30-1).

3.4.1 Medical interpreting education and training in interprofessional settings

Communicating with professionals (and with laypeople) in an institutional setting (such as a hospital) implies acculturation into the conversational norms, values and procedures of the institution itself. This is one of the most challenging issues in interpreters' education. At the same time, a need for the institutional users' education has been highlighted by research in PSI (Amato *et al.* 2018; Kalina 2015), as it may introduce best practice into mediated interactions like briefing and debriefing, or a translation-oriented recipient design. Both professions could benefit from joint education, of a multiprofessional or interprofessional kind. A definition for both can be found in the CAIPE (Centre for the Advancement of Interprofessional Education) report (2002/2004): the British organization, that promotes joint education for people in the helping professions, defines multiprofessional education as «occasions when two or more professions learn side by side for whatever reason»; interprofessional education is defined as: «occasions when two or more professions learn from and about each other to improve collaboration and the quality of care» (CAIPE 2002/2004: 6).

Interprofessional education should be set as the goal in educating for joint practice based on team-working, skill-mixing and collaborations between different professionals and with users. This would improve knowledge of the other professionals' functions as well as the ability to work with others, including interpreters (and mediators)¹¹. This would also help in acknowledging interpreters as language and communication experts within the medical team, a goal that seems to be still unattained (Pointurier 2016).

Nevertheless, the CAIPE report underlines the difficulties in building satisfactory interprofessional education. University teachers worried about moving towards a too generic professional figure of healthcare worker; others questioned the very notion of interprofessional education because, while possibly a cost-cut-

¹¹ The experiences of the FITISPos (Formación e Investigación en Traducción e Interpretación en los Servicios Públicos - Training and Research in Public Service Translation and Interpreting) of the Alcalá de Henares University Group can be a reference point. For further information, see <https://fitisposgrupo.web.uah.es/>.

ting measure, it did not improve patients' care; others pointed out the difficulties in finding enough time to introduce additional shared modules in professional education. While this is a report from another Country and dating back to twenty years ago, it can well reflect the situation we are living now, trying to introduce more cross-fertilising training occasions.

Although it is widely recognised that interprofessional education and collaborative practice between students of interpreting and of the healthcare professions can trigger a more insightful and reflective approach to their practice, these students have seldom been brought together¹², also because it may be difficult and time-consuming to organise interprofessional courses.

Things are fortunately changing, and we came into (in)direct contact with several experiences of this kind, some through literature and others by informal conversation with the coordinator of one of these activities. In the first case, two joint-training interventions with students from different courses particularly raised our interest, as reported in in Krystallidou *et al.* (2018) and Woll *et al.* (2020).

Krystallidou *et al.* 2018 describe the design, implementation and part of the evaluation of a joint training intervention carried out at Ghent University (2014-2016) for interpreting students at Master level and undergraduate (3rd- and 4th-year) medical students from the curriculum in clinical communication at the Faculty of Medicine. The training initiative was co-designed between the two coordinators of the relevant courses, following a seven-step pathway including problem identification, general and targeted needs assessment, identification of goals and objectives, choice of educational strategies, implementation, feedback and evaluation. As to the first two steps, two main problems were identified: on the one hand, interpreter training had traditionally been interpreter-centred (Krystallidou 2014) and often relied on a deontological/ethical prescriptive framework where interpreters mostly learnt what they should or should not do (Dean, Pollard 2011). On the other hand, consultation models used in medical education had been usually conceived with monolingual doctor-patient communication in mind¹³.

¹² The Monash University's IPE programme has been putting together the students from the Master in Translation & Interpreting Studies and those from the Bachelor of Medical Science twice yearly since 2016 (Hlavac, Harrison 2021). The IPE sessions of September 2019 and March 2021 were carried out in collaboration with TIS National (the Department of Home Affairs' provider of translation and interpreting services) and included video- and telephone-mediated consultations.

¹³ This is line with what we found in our experience (see Chapters 5 and 6), although we take a broader perspective in considering every communication to be inherently inter- and translinguistic rather than embracing a bilingual-oriented approach. We consider every communication to need mediation of some kind, especially in a healthcare setting where communication is asymmetrical in nature and providers deal with multiple vulnerabilities.

In the experience described by Krystallidou *et al.*, the goal for medical and interpreting students was to familiarise with the communicative and interactional patterns that the other group is expected to employ in their professional practice. The learning objectives of the intervention show how all the crucial areas of interpreter education (as laid out in the previous paragraphs) are covered: from the investigation of the interpreting students' awareness of the different stages of the consultation and of the doctors' communicative goals, to the impact of structured information, emphasis and empathy; self-reflective assessment tools were then used, such as pre- and post-practice self-efficacy questionnaires and a trainer-debriefing session, held a few days after the joint practice session.

The questionnaire for the interpreting students was structured around a set of Yes/No questions/answers about one's level of awareness as to the different stages of a medical consultation, the doctor's communicative goals, empathy, implication. A second section was related to skills using a 0-5 Likert-scale being 0 = I cannot do this at all and 5 = I can do this under all circumstances. Statements referred to some basic 'dilemmas', such as direct addressing or relaying to the other party, the use of the first or third singular personal, interpreting without any additions or omissions, and other typical issues.

The notion of 'dilemma', or ethical challenge, is well known in Interpreting Studies (Merlini 2017; Kalina 2015; Inghilleri 2011), where it is usually addressed as a critical issue requiring decision-making skills. 'Dilemmas' can be linked to specific points in the conversation where different choices could be made, thus triggering different consequences in the following turns (Hepburn *et al.* 2014); as such, they imply the need for reflection not only about linguistic and interactional choices, but on the consequences of one's conversational actions, thus demanding ethical self-reflection.

In this sense, although it might be more complex to analyse and compare open answers from a questionnaire, it would be interesting to ask open questions such as: «Why should I do this?», «What will happen if I don't do this?» and «In what context could I choose among more options?», also during the discussion group being organised as a debriefing session.

The intervention scheduled plenary lectures for each group. In the case of medical students, the lecture dealt with effective decision-making matching the possible options for language support with the specific features of the consultation¹⁴ and with professional interpreters' normative interactional practices and their role in doctor-patient communication; interpreting students were introduced to some practical aspects of the medical consultation, recurring to the Calgary-Cambridge model of the medical interview (Silverman *et al.* 2013) as illustrated in Krystal-

¹⁴The context of this study is very different in terms of language support opportunities from Italy, see the next Chapters for more details.

lidou (2016). The plenary lectures aimed at promoting collaboration during the joint practice sessions, where students simulated interpreter-mediated consultations (lasting approximately 20 minutes each). The role-plays were based on the scenarios provided by tutors of clinical communication skills, further enhanced by interpreter trainers who added specific interpreting challenges. The facilitators were interpreter trainers and clinical communication skill trainers.

Thirty-five interpreting students were involved in the initiative, alongside 256 third- and 238 fourth-year medical students, divided into groups of approximately eight medical and two interpreting students.

During the consultation, doctors took turns whereas the interpreter remained the same. Interpreting students also played the role of the foreign patient after being given a cue card indicating the sociocultural background, symptoms and overall condition (feelings, expectations and concerns) of the patient. The cue card also suggested the terminology to use and the behaviour to display, often a conduct that could challenge the interpreter: patients not recalling the name of a medication and insisting on calling their husband; patients complaining incessantly about physical pain; or patients trying to cajole the interpreter into sharing their personal view about the doctor's competence.

The interpreter was given the same information on the sociocultural and health history of the patient, while doctors were only briefed on the patient's clinical condition just before the role-play, since they had already learnt how to carry out a consultation.

The first results of this experience and the data discussion confirmed the importance of considering interpreting as a highly situated activity; involving professionals from other disciplines proved a valuable addition to the interpreters' training and vice-versa¹⁵.

The evaluation criteria for the interpreters' performance are particularly interesting: they relinquish traditional notions such as accuracy or completeness in favour of a global approach, taking stock of interpersonal factors such as body posture and gaze as well as the attainment of the communicative goal(s) by the participants.

Self-assessment was ensured by post-practice questionnaires investigating self-efficacy, rather than on analysis of video recordings, thus focussing on the learner's perception. This, and postponed trainers' feedback in collective debriefing sessions, stroke us as equally fruitful practices within a self-reflective ap-

¹⁵ This IPE intervention led to the development of two other similar activities: a joint training between 7th year medical students and Master's students in interpreting at the University of Antwerp in 2016, focussing on empathic communication (Krystallidou *et al.* 2020); and one IPE module on empathic communication at KU Leuven for undergraduate medical and interpreting students on empathic communication (Krystallidou *et al.* 2018). Both the IPE interventions at Ghent University and KU Leuven are still part of the curriculum.

proach. Self-reflection draws on experiences that took place in the past (recent or otherwise) in order to revise one's practice in the light of subsequent changes in perspective and emotional response. Time is a key factor: past actions are analysed; present feelings, ideas, and values are called upon to form a judgment; and all is aimed at a future where new strategies will be found, new decisions will be made based on previous mistakes and misgivings (see Chapter 4 for more discussion on reflexivity in interpreter education). Only in taking some distance from the event under scrutiny can the reflective practitioner start to progressively build new knowledge and knowledge structures upon what happened.

This may partly answer the cautionary words of the authors, who warn the readers about the long timespan occurred between the role-playing and the questionnaire (one month), for which Krystallidou *et al.* correctly highlight the possibility of introducing recall bias. Bias, though, can also be present in answers that are given immediately after the task, when no time has elapsed between the experience and subsequent reflection. If 'bias' is meant to indicate personal, non-objective narratives of an event, making for different and sometimes opposite accounts of what happened, it is an inevitable risk of any inquiry into people's experiences. Even when thinking and talking about events that have taken place immediately before the self-evaluation, bias is looming. Proximity to the event does not necessarily make for objective recall: what is recalled is the significance of the experience, its meaning; the mistakes one remembers are not always the most relevant within an interpretation, but those that have made the strongest impression upon us. In fact, such is the nature of learning that one cannot really cut out the narration of personal experiences (the phenomenological experience) to obtain objective accounts; this is also the reason why evaluation (and self-reflection) cannot be practiced in isolation.

A second experience in the joint training of interpreting and medical students was carried out in the United States by Woll *et al.* (2020). The authors report the University of Minnesota experience of the Working with Interpreters as a Team in Healthcare (WITH Care) curriculum, specifically taught in Oral Health Professions. The reasons why this curriculum is presented here as best practice are many. First, it follows an action-research methodological approach, one that involves increased attention on the target community and its (changing) needs. Secondly, the curriculum deals with both interprofessional education and patient safety, and it explicitly focusses on cultural competence, a crucial difference from the previously described education and training cases. Lastly, the learning process based upon a collaborative approach, characterized by a steady process of evaluation and reflection. It also problematizes the opposition between working with a trained or an untrained interpreter and the inevitable improvement in the provision of service that should follow the involvement of a professional linguistic expert. This is not always the case: since the interpret-

er's actions could be made ineffective whenever her function is misunderstood or unacknowledged, «the presence of a trained interpreter does not assure the essential team performance at the foundation of high-quality patient care». As the authors point out, «[t]he type of team performance required to mitigate risk and reduce adverse events requires a deeper understanding of how to work together, through an emphasis on the coordination between team members and on the integration of all team members as equals. It requires approaching the problem with the expectation that the interpreter is truly part of the health care team» (Woll *et al.* 2020: 2). Acknowledging the role of the interpreter as part of the team, then, means allowing for a better interpreting performance as well as better healthcare provision, a position that has been shared by several authors (among others, Baraldi, Gavioli 2019).

This is possible when the power differential existing within the triad, including the interpreter as a disempowered team member¹⁶, is acknowledged. Looking more deeply into the declared educational learning objectives, we see that they are based not only on identifying the challenges of working as an interpreter or an oral health professional when dealing with a patient, but also on articulating the complexity of the patient-provider-interpreter relationship and the value of working with a trained interpreter in this relationship.

Ethical and legal implications of providing care to Limited English Proficiency (LEP) patients are presented as well, including the impact of adverse events on the healthcare professional (who, according to the authors quoting Scott *et al.* 2009, can be affected to the point of becoming a «second victim»). Communication is seen as essentially patient-centred: patients are constantly the focus in this study, and also in mentioning the benefits of interprofessional training, they appear as protagonists:

interprofessional training can help disrupt the notion that superficial communication with LEP patients and families is sufficient. Instead of relying on addressing patients' needs with the limited information obtained by getting the gist of what is said, team members can be trained to function in a deeper, coordinated way. They can leverage patient involvement in the delivery of care

(Woll *et al.* 2020: 2).

¹⁶There is a difference between being 'disempowered' and being 'powerless': in the first case, the interpreter is denied her power in the interaction by lack of acknowledgment of her position by the other members of the team; in the second, the interpreter would not have any communicational or situational power, something that is clearly wrong. The interpreter is (or can be) a powerful participant within the interaction: disavowing one's power, for example by endorsing any kind of metaphors promoting the interpreter's invisibility (such as the conduit) for the interpreter's role, has been denounced by Pointurier (2016) as a way for interpreters to refuse accountability for their considerable powers within the interaction.

The training module described in this article was developed over a 16-month period (December 2016-April 2018). Again, the creation of alliances and networks proved crucial, since this experience emerged from a partnership between the University of Minnesota School of Dentistry, the university's simulation team, and a local community college offering a translation and interpreting program. The first elective training was piloted with 89 oral health professional students (from different programmes, such as pre-doctoral dental, dental hygiene, and dental therapy) and 41 translation and interpreting students. Then, the joint training module was embedded in the required curriculum at the University of Minnesota School of Dentistry targeting third-year pre-doctoral dental students, and evolved through six separate elective iterations to reach 126 students.

Separate orientations for both categories of students were the first step of the module. They covered learning about the other profession's specific frameworks, and, in the case of the interpreting students, included also patient-training, terminology, knowledge of LEP patients' disparities, profession-specific strategies to improve team performance.

The 3.5-hour simulation-based training covered both theoretical and experiential content, and also three immersive simulations using virtual scenarios and summary reflection discussions.

Interpreting learners played both the interpreter's and the patient's roles in simulation. Half of them were trained as standardised patients. Twenty-four dental students participated in each training session, requiring four facilitators, three interpreters and three bilingual standardised patients. Simulations involved also the roles of family members or other participants to allow students to practice physical examination skills, history-taking skills and communication skills.

Notably, the Start-Stop-Rewind methodology of role-playing was used: a case is built that allows students to perform similar tasks in different stations. Teachers can stop the role-play when they feel there is a debatable point that allows for class debate and formative feedback on the part of the peers as well. Skill repetition alternates with continuous feedback from multiple faculty facilitators in a way that is similar to the emerging strategy of rapid cycle deliberate practice (Ericsson 2008, 2015).

In this way, students can practice different skills and each time add on their professional conduct new strategies that had stemmed out from the experience made in the previous stations.

This format (better described in Jackson, Back 2011) is somewhat reminiscent of the CARM method in that classroom debate focusses on critical points that could pose communicative or ethical dilemmas and call for reflection as to the skills and strategies to use and their consequences. While role-plays cannot have the same degree of authenticity than a recorded interaction, this methodology could be deserving of more attention since it allows for embodied knowledge-building in a collective environment.

Following the final station, students attended a summary reflection discussion session, first as uniprofessional groups and then in a joint interprofessional one. A short presentation to favour ongoing reflection and transfer to real scenarios was the final point.

A comprehensive open-access toolkit¹⁷ was created, thus facilitating the curriculum implementation and standardization. The whole process is described in the following image:

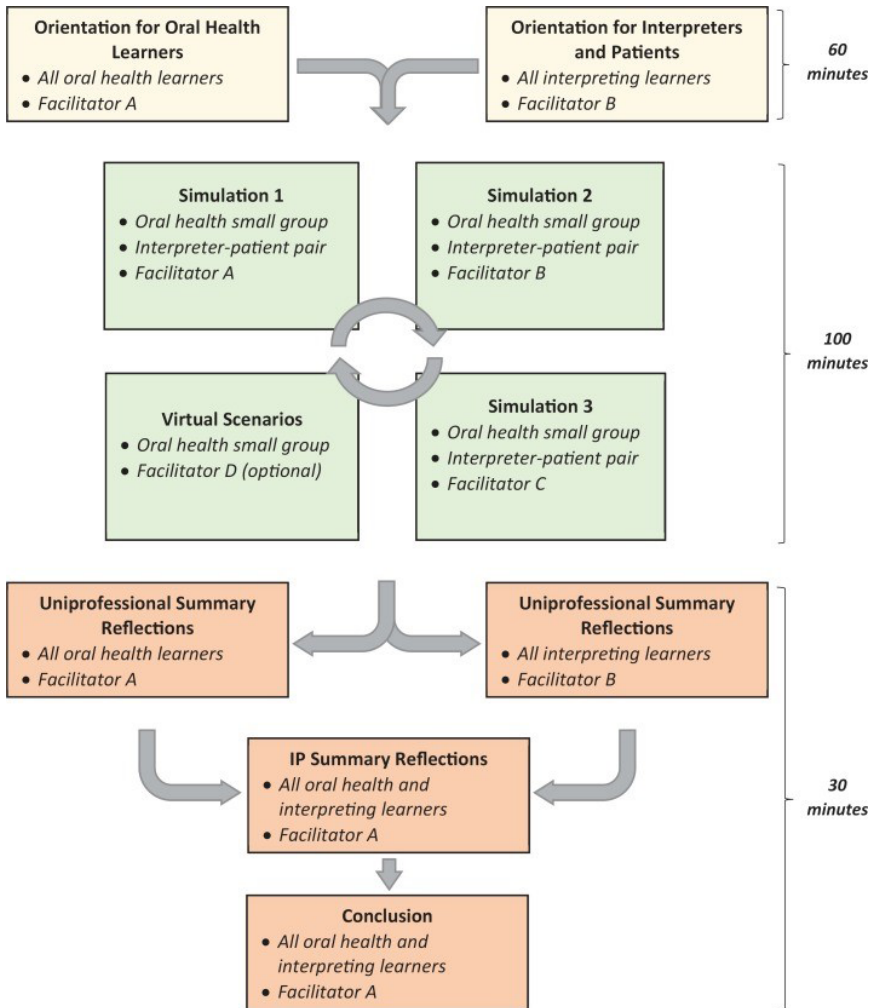


Figure n. 1, Overview of 3.5-hour interprofessional (IP) education training format (Woll et al. 2020).

¹⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7187915/#R31>.

The evaluation strategy relied on pre- and post-questionnaires filled in by students, including seven items regarding familiarity with best practices for working with interpreters and LEP patients, and confidence in patient-provider-interpreter communication skills, applying a 5-point rating scale (1 = not at all familiar or not at all confident, 5 = extremely familiar or extremely confident). Descriptive and comparative statistics were used to analyse these data and the results proved that for all evaluation parameters pre- and post-questionnaires ratings were statistically significant. Unfortunately, the authors do not provide information about the analysis of formative learners' assessments.

Results show an increase in the two groups' familiarity with provider and interpreter best practices, a deeper understanding about what the patient actually understood and needed to know, and also more confidence in working with spoken-language interpreters, as well as improved oral skills.

Self-reported increases in knowledge of professional practices suggest greater awareness of the previous lack of specific skills and, perhaps, the onset of a reflective attitude: «a transformative shift from unconscious incompetence to awareness of their limitations – that is, a new realization for learners about what they did not know, what they still do not know, and what they have just gained» (Woll *et al.* 2020: 7). While this seems to be an overenthusiastic reading of the data, it is worthwhile to note that self-reflection is here seen as a continuous process whose goal is not to achieve polished expertise, but rather the capacity to look at one's practice with humility, dealing with the challenging awareness of the incompleteness of the interpreter's education:

by embracing a stance of reflective inquiry, we are all professionals and learners simultaneously [...] learning from, with, and about one another can transform how we work together, both as learners and as professionals

(Woll *et al.* 2020: 8)

In addition, one may wonder that interprofessional education can help to improve self-efficacy in that students learn about what is expected of them and where their professional practice differs from others, a welcome turn towards acknowledgment and professionalization of the medical interpreter profession¹⁸.

3.4.2 Interprofessional training with professionals

An original educational intervention aimed at raising awareness of the medical interpreter's professional practice has been proposed within the Research &

¹⁸ Niemants and Bernardi (2022) describe an educational proposal for a course targeting students of interpreting-mediation and medical students, divided into uniprofessional and interprofessional activities and presented at the COMET conference. The course has not yet been implemented.

Action and Training in Medical Interpreting (ReACTMe¹⁹) project, targeting healthcare professionals. In 2022, a two-hour on-line workshop was implemented. The workshop was part of the project and some of its features were common to all partners: however, the University of Bologna designed its own version, addressing a specific target within a role-play involving a perspective reversal. Seventeen andrologists were asked to participate in a role-play revolving around a gynecological consultation.

Debate about personal experience with foreign patients was followed by observation and debate on direct and mediated communication and on the main issues in doctor-patient communication, triggered by some video recordings. A focus on the interpreter's role in communication, and her translating and coordinating actions was then followed by role-plays of doctor-patient interactions where the doctors themselves played the role of the interpreter. Critical points were debated and some guidelines drafted. The final questionnaires revealed a general appreciation of the challenges of being an interpreter – a change of perspective that was further enhanced by the setting of the role-play: a first consultation with a pregnant woman, something very different from an andrologist's everyday practice. Taking on the interpreter's role meant that the doctors could experiment the impact their conversational choices have on the translation; in turn, this could raise more awareness about how doctors can help the interpreter in her work by careful design of their own turns. In our opinion, this kind of activity could also improve multipartiality on the part of the healthcare worker: while the willingness (and the ability) to take stock of the other's needs and goals is seen as one of the main assets of the interpreter (Morelli in Errico, Morelli 2015), a heightened sensitivity to the different conversational roles within the interaction could surely be a goal for any educational intervention with professionals. Moreover, being able to change perspective upon one's own practice could improve self-reflection and critical self-awareness (Rudvin, Tomassini 2011), at the same time increasing knowledge of the responsibilities that each participant has in communicating.

Building on the lessons learnt from the educational experiences described in this chapter and our theoretical and methodological framework on mediation (see Chapter 1, 2), we designed the interventions that will be addressed in the following Chapters (4-6), ranging from university (interprofessional) education to empowering lifelong learning within a healthcare service.

¹⁹ <http://reactme.net/home/project-description>. We thank Natacha Niemants for the valuable information about this intervention.

Chapitre 4

La formation universitaire en interprétation à distance en milieu médical : Un terrain propice à l'autoréflexivité

Introduction

Dans ce chapitre, les deux modalités d'interprétation à distance seront présentées, l'interprétation téléphonique (IT) et la visiointerprétation (VI). Il s'agit de deux environnements communicatifs « technologisés », caractérisés par des « écologies fragmentées » (Mondada 2016) où les participants ne partagent pas le même cadre de référence. Cela implique de la part de l'interprète des choix traductifs et interactionnels s'éloignant des stratégies employées en interprétation de face-à-face, notamment du fait d'une plus grande agentivité (ou *agency*).

Après une première illustration des défis de ces deux modalités et des bonnes pratiques recensées ou élaborées par la recherche, nous présenterons un cadre pédagogique socioconstructiviste qui se fonde sur la Pédagogie des Opprimés de Paulo Freire. Dans cette approche, une place de relief est donnée à l'autoréflexivité¹, dont le rôle dans les professions de relation a été maintes fois soulignée (Damianakis *et al.* 2019 ; Freshwater *et al.* 2008). Dans la pédagogie de l'interprétation à distance, la pratique autoréflexive permet d'aborder le thème de l'agentivité sous l'angle de l'éthique ; en même temps, elle insère la réflexion éthique au sein d'une perspective de transformation personnelle, professionnelle et systémique.

¹ On parlera ici d'« autoréflexivité » pour indiquer une pratique de réflexion cognitive et affective à la fois, prenant en considération, outre les actions accomplies par le sujet et les raisonnements qui les fondent, les émotions éprouvées.

4.1 L'interprétation à distance en milieu médical

L'interprétation à distance est une modalité d'interprétation qui « permet une interprétation non-présentielle par le biais d'appels téléphoniques ou en visioconférence » (Aa. Vv. 2018²). Il s'agit d'une modalité en expansion en Europe et dans le monde, notamment du fait de la réduction des coûts de l'interprétation (Ozolins 2011 ; Andres, Falk 2009) et de la possibilité de contacter rapidement des interprètes pour un plus grand nombre de langues, y compris des langues non majoritaires dans la société d'accueil. C'est bien au sein des institutions de santé que les raisons pour l'emploi de l'interprétation à distance montrent un plus grand bien-fondé. Cette modalité permettrait à un plus grand nombre de personnes d'accéder à un service d'interprétation, ce qui correspond à un droit fondamental de la personne et, en même temps, à des soins plus efficaces (Manson 1988). Qualité et équité des soins sont donc les deux principes qui devraient guider tout accès à l'interprétation en milieu de santé et dont bénéficient à la fois l'opérateur et le patient allophone.

La récente pandémie de Covid-19 n'a que mis en évidence la nécessité de l'interprétation-médiation dans les établissements de santé, en Italie et dans le monde. La crise, sanitaire et sociale à la fois, a touché plus violemment les personnes appartenant aux couches démunies de la population, parmi elles les personnes étrangères : des taux plus hauts d'hospitalisation, même dans une unité de réanimation, ont été remarqués (Fabiani *et al.* 2021). Dans l'impossibilité de recourir aux tiers-aidants (amis, proches, époux...) qui souvent garantissent la communication soignant-patient, et en l'absence d'un service d'interprétation sur place, les opérateurs de santé ont globalement eu recours davantage à l'interprétation à distance (Gross *et al.* 2020 ; Barwise *et al.* 2021).

L'ensemble de ces avantages peut justifier, du moins partiellement, la diffusion de l'interprétation à distance dans les organisations de santé, notamment dans la forme de l'IT, moins chère et plus simple à réaliser que la VI. La première pratique semble d'ailleurs être en plein essor en Italie (Spinolo *et al.* 2018), comme elle l'est depuis quelques décennies en Europe (notamment en Espagne et en Suède pour les services de santé ; v. Iglesias Fernández, Ouellet 2018 ; Cabrera Méndez *et al.* 2018) et ailleurs (en Australie, le pays où l'IT a vu le jour en 1973, par le biais d'un service public gratuit dédié, le TIS – Translating and Interpreting Service).

Les établissements de santé italiens qui se sont munis d'un service d'IT sont assez nombreux ; pourtant, il n'est pas toujours aisé de repérer des informations plus précises à cet effet (technique utilisée dans l'interprétation, encadrement de l'interprète dans le personnel hospitalier, lieu et conditions de travail), ni de savoir si les services déclarés (à titre d'exemple) sur le site de l'hôpital ou recensés dans des recherches précédentes sont encore actifs. En tout cas, on a trouvé des traces

² Projet Erasmus+ Shift in Orality, Glossaire : <https://shift.dipintra.it/start>.

d'un service d'IT dans les régions Émilie-Romagne, Latium, Ligurie, Lombardie, Marches et Ombrie (Chiarenza 2019).

Pourtant, un changement pourrait basculer ce scénario : aujourd'hui, l'existence de portables permettant une transmission suffisamment bonne de l'image rend plus probable une diffusion croissante de la VI en milieu de santé (Braun, Davitti 2018 ; González Rodriguez, Spinolo 2017).

L'interprétation à distance semble donc de plus en plus présente dans les institutions de santé. Il s'agit d'une transformation importante dans l'univers des services linguistiques (et de santé) qui interroge les universités dans leur mission de formation des interprètes. En effet, loin d'être une interprétation en présence tout simplement déplacée dans un environnement technologisé, l'interprétation à distance présente des traits qui lui sont propres et qui demandent des connaissances spécifiques. D'un point de vue pédagogique, les modalités d'interprétation à distance font appel à des comportements traductifs et interactionnels qui bouleversent parfois l'imaginaire et les connaissances stratégiques des interprètes en formation ayant plus de familiarité avec la pratique en présence.

4.2 L'agentivité comme notion centrale dans l'interprétation en milieu médical

L'interprétation en milieu médical est traversée par des contradictions fondamentales, comme le conflit entre les objectifs convergents des participants d'une part, et les asymétries constitutives de l'interaction de l'autre (v. Heritage 1997 ; Amato 2018). Comme l'a remarqué Hale (2007) il y a quinze ans, les criticités propres à l'interprétation pour les services publics sont nombreuses (linguistiques, culturelles³, liées au cadre de participation et systémiques). Alors que les difficultés

³ Le thème mériterait un plus grand espace pour être approfondi ; nous ne donnerons ici que quelques repères pour approfondir la notion de ce qui est une « différence culturelle » pertinente dans la communication médicale.

Si l'on considère les différences individuelles comme quelque chose de donné *a priori*, le risque est – pour tous les participants à l'interaction – d'imaginer de pouvoir rédiger une liste de stratégies traductives et interactionnelles ciblées. Cela n'est pas le cas : les « difficultés culturelles » sont activées dans l'interaction entre deux (ou plus) individus et c'est bien dans l'interaction que toute différence acquiert son sens. Pourtant, le problème demeure de savoir de quel type de différence il s'agit. On pourrait à cet effet citer la recherche de Baraldi et Gavioli (2019), qui ont recueilli et analysé un corpus de 600 interactions médicales en langues diverses, dans des centres de santé italiens. Les difficultés principales dans l'interaction ne semblent pas découler de différences culturelles supposément précédentes à l'échange communicatif ; au contraire, il s'agit plutôt d'une incapacité, de la part de patients étrangers, de comprendre le sens des propositions de soins dans une langue peu connue et de naviguer la culture institutionnelle du système de santé. À côté de l'aspect interlinguistique, donc, la « différence culturelle » majeure semble être celle qui se dessine entre opérateur de santé et patient, entre discours expert et discours profane, entre connaissances

d'ordre linguistique, comme la présence d'une terminologie spécifique, sont communes à tout type d'interprétation, on peut remarquer comme le propre de l'interprétation pour les services publics en général, et plus proprement de l'interprétation en milieu médical, la présence de deux axes thématiques pour toutes les autres criticités : d'un côté, celui des difficultés liées aux asymétries dans l'interaction soignant-patient (telle que la différence dans les fonctions, les connaissances et les vécus) ; de l'autre, l'axe lié aux asymétries systémiques dans l'interaction triadique (les conditions de travail, l'impossibilité de se préparer en avance, l'incertitude par rapport au rôle des interventions de l'interprète).

Dans une démarche pédagogique, une place majeure devrait donc être conférée aux fonctions et au statut de l'interprète dans une interaction asymétrique et qui est en même temps orientée à l'équité.

Comme le disent Gavioli et Baraldi (2011), l'interprète-médiateur⁴ en milieu médical a la possibilité d'affecter « les choix des participants dans leur capacité d'apporter une contribution active, en leur donnant de l'espace de parole et en impulsant (ou pas) leur *empowerment* en tant qu'agents » (2011 : 2, notre traduction). Cette intervention n'est pourtant possible que si l'interprète elle-même est reconnue comme une participante à part entière, une experte à côté de l'opérateur de santé. Il se profile donc un besoin de reconnaissance de l'interprète et, surtout, de son agentivité. Dans ce sens, éduquer à l'agentivité implique une réflexion sur le pouvoir de l'interprète – pouvoir dans l'acception proposée par Hannah Arendt (1958 [2019]), en tant que possibilité de modifier son contexte d'action. Lorsqu'on considère l'interprète comme le responsable de ce qui se passe dans l'interaction, du côté linguistique aussi bien qu'interactionnel, la question de la responsabilité s'avère centrale, surtout dans la communication en milieu médical. L'objectif ultime étant de garantir la relation entre les participants primaires et leur accord autour d'un projet de santé, la responsabilité de l'interprète fait l'enjeu de la formation.

4.3 Configurations de l'IT en milieu médical

Dans l'IT en milieu de santé, les distributions possibles sont essentiellement deux : dans une première distribution, l'opérateur de santé et le patient se trouvent dans le même lieu, l'interprète étant dans un lieu tiers (un domicile privé ou un centre

institutionnelles et savoirs du quotidien. À notre avis, c'est dans ce sens que l'interprétation-médiation en milieu médical peut être décrite comme « une forme de communication qui rend plus simple la compréhension linguistique et l'acceptation des différences culturelles afin de réaliser une relation de soin efficace et satisfaisante » (Baraldi, Gavioli 2019 : 12, notre traduction).

⁴ Dans ce chapitre, on parlera d'« interprètes-médiateurs » pour indiquer le professionnel déjà actif dans un milieu de santé ; on se référera par contre aux « interprètes » dans le cas d'une formation universitaire.

d'appel à l'intérieur de l'organisation de santé)⁵. Cette distribution est connue sous le nom de *telephone-based remote interpreting* (dans la terminologie de Braun, Davitti 2018)⁶ ; une seconde distribution est possible, où les participants sont tous dans des lieux différents⁷ et qui est appelée *telephone conference interpreting (ibidem)*.

Les interlocuteurs peuvent être reliés par une ligne à trois (Cabrera Méndez *et al.* 2018), ou par une ligne à deux : dans ce cas, les participants primaires se trouvent dans le même lieu et l'interprétation se fait par le biais d'un partage d'oreillettes⁸, du passage du combiné ou du portable, ou d'un haut-parleur placé entre les deux interlocuteurs. Ces trois possibilités comportent des différences en termes de qualité de l'interaction et de défis posés à l'interprète : dans le cas des oreillettes, l'absence de bruits de fond permet de mieux comprendre les tours des participants (et de se faire comprendre), aussi bien que de percevoir les chevauchements des voix et de les utiliser sous forme de *back-channelling*, ce qui contribue à la création d'un rapport entre les interlocuteurs (Iglesias Fernández, Muñoz López 2018). Dans les deux autres situations, le passage du dispositif entraîne une perte des éléments linguistiques placés au début du tour de parole ; l'usage d'un haut-parleur, en outre, détériore le son, provoquant des difficultés ultérieures dans la compréhension mutuelle et le travail de coordination de l'interprète.

Une dernière variable est liée à la technique interprétative, qui peut être consécutive ou simultanée⁹, ce qui interroge du point de vue de la visibilité de l'interprète téléphonique, qui ne serait présente que comme 'pure voix'¹⁰.

⁵ Nous n'avons pas trouvé de référence à cette dernière distribution en Italie ; par contre, on la trouve aux États-Unis (Angelelli 2004 pour une référence bibliographique ; on peut également trouver sur YouTube plusieurs vidéos d'hôpitaux et de sociétés états-uniens assurant le service).

⁶ En raison du peu d'études francophones qui se sont penchées sur le sujet (à l'exception des déclarations d'AIIC, qui prennent pourtant en considération des cadres monolingues), nous utiliserons ici la nomenclature et les acronymes anglais.

⁷ En IT, et surtout dans l'IT en milieu de santé, une troisième distribution des participants, avec l'interprète et l'opérateur dans le même lieu et le patient dans un lieu tiers, est peu commune. Cette distribution est plus fréquente dans le cas de la visioconférence, notamment en milieu judiciaire (Braun 2013), où l'interprète peut se trouver avec l'un ou l'autre des participants primaires. Cette option est d'ailleurs la seule admise par l'AIIC (2011) pour l'interprétation de conférence par le biais d'une ligne téléphonique (éventualité qui demeure du reste très rare).

⁸ La compagnie espagnole d'IT Dualia a breveté des oreillettes dont un bout est plus long que l'autre pour permettre la conversation avec un patient alité (Spinolo 2018).

⁹ Iglesias Fernández, Ouellet (2018) en font une modalité à part entière, dont la dénomination serait *remote simultaneous interpreting*.

¹⁰ Cette pratique nous semble paradoxale du fait de l'invisibilisation du participant permettant la compréhension mutuelle ; en outre, elle pose le problème de la reconnaissance du travail de l'interprète. Nous ne considérerons en ce qui suit que la formation aux techniques dialogiques.

4.4 Criticités de l'IT en milieu médical

Selon Hutchby (2001), l'IT serait une interaction technologisée qui se fonde sur une double médiation, par l'interprète et par la technologie. Pourtant, cette définition ne prend pas en compte la différence qu'il y a entre l'effort conscient de médiation de la part de l'interprète visant l'amélioration du processus communicatif, et la médiation comme recours à une technologie qui transforme l'organisation de l'échange. L'absence d'indices visuels fait du téléphone un moyen de communication « mince » (ou « lean » selon Daft, Lengel 1984), ou à « basse densité contextuelle » (Zuiderent *et al.* 2003, notre traduction) dans lequel la perception de l'Autre est affaiblie : les participants n'ont pas d'accès à des informations sur leur interlocuteur et son contexte. Une question se pose à cet égard : Qu'est-ce que cela veut dire de communiquer et d'interpréter en milieu de santé par le biais d'un téléphone ?

L'absence d'indices visuels a évidemment des retombées sur l'interaction. Même si les interprètes affirment être seul partiellement affectés par la pauvreté sensorielle du moyen téléphonique (Iglesias Fernández, Ouellet 2018), le manque d'informations visuelles comporte tout de même une altération dans la perception de l'Autre, de la coordination des tours de parole et de la participation affective. En outre, puisqu'elle rompt avec les « affordances » (Gibson 1979), ou les emplois possibles, du moyen de communication en introduisant un participant tiers dans une interaction censée être à deux, l'IT brouille les repères des locuteurs à l'égard des pratiques communicatives adéquates. De cette perturbation de la structure de la communication découle à notre avis une grande partie des criticités de cette modalité interprétative.

En effet, dans son exceptionnalité, la communication triadique de l'IT s'avère compliquée pour certains participants. C'est le cas des patients vulnérables : les enfants, les personnes anciennes, malentendantes ou en état de confusion, d'altération ou de trouble psychique, qui pourraient tous fatiguer à comprendre les dynamiques communicatives d'un appel hors-norme¹¹. Deux autres types d'interaction seraient à éviter : celles qui prévoient des procédures visuelles (comme la démonstration du comment se pratiquer une injection ; v. Niemants, Castagnoli 2015), ou encore des situations où il y a plusieurs participants primaires (Hewitt 2000).

Dans tous les autres cas, les interlocuteurs semblent réussir à mobiliser les savoirs relatifs à la normale gestion des tours dans un appel téléphonique (De Boe 2021) : un long processus d'acculturation dans ce moyen permettrait de reconnaître la nature délicate de la communication sans indices visuels, et donc de procéder avec plus de circonspection dans les mécanismes de prise de parole.

¹¹ Les avis sont pourtant partagés à ce sujet : selon Iglesias Fernández (2017) les études ne seraient pas suffisantes à démontrer l'inadéquation de l'IT dans certains sous-genres communicatifs.

Pour ce qui concerne les difficultés touchant aux tâches interprétatives, un préambule est nécessaire : parmi le peu d'études consacrées à l'IT, certaines ont ciblé des interprètes improvisés et/ou n'ayant pas reçu de formation spécifique (parmi autres, Cheng 2015 ; Lee 2007). Il faut donc faire le tri entre les difficultés posées par la structure interactionnelle propre de l'IT, et des problèmes tels qu'ils peuvent être perçus par des interprètes non-formés : à titre d'exemple, dans l'étude de Cheng (2015) les interprètes interviewés signalent comme difficulté le fait de devoir demander des explications ou une répétition au client. Ces comportements, toujours légitimes, sont particulièrement fréquents en IT où l'organisation technologisée de la communication (Iglesias Fernandez, Russo 2018) favorise l'incertitude par rapport à la compréhension de ce qui a été dit.

Parmi les criticités les plus saillantes en IT qui découleraient directement des singularités communicatives, on trouve l'affaiblissement de la présence sociale, c'est-à-dire la perception des autres, due à l'absence des indices visuels ; l'imprévisibilité des sujets de l'interprétation et des situations¹², d'où une perception de manque de contrôle de la part de l'interprète (Ko 2006) ; la fatigue cognitive (Amato 2018 ; Braun 2015) ; la coordination de l'interaction (Leeman Price *et al.* 2012) ; la difficulté à établir une relation de confiance avec ses interlocuteurs (Amato 2017) ; la gestion des pronoms anaphoriques¹³, du discours indirect et des marqueurs discursifs (González Rodríguez 2017 ; Rosenberg 2007).

Des stratégies ont été proposées pour chacun de ces problèmes. Pourtant, nous éviterons ici toute mise en relation d'un problème avec une (seule) stratégie ciblée : ce parallélisme risquerait de réduire la performance interprétative à une liste de criticités dont la résolution porterait sur le choix d'un comportement précis, en dépit de toute analyse situationnelle. Ici, l'intention sera plutôt de présenter des bonnes pratiques qui semblent permettre de mener à bien une interaction en IT, en soulignant qu'il s'agit de possibilités dépendant des caractéristiques de l'interaction spécifique. Ces bonnes pratiques revêtent pourtant un intérêt particulier d'un point de vue pédagogique du fait de leur diversité par rapport aux bonnes pratiques recommandées dans l'interprétation en présence.

Les comportements traductifs, interpersonnels et liés à la coordination qui sont mis en place par l'interprète téléphonique peuvent être divisés en trois grands

¹² Cela dans le cas d'un service d'IT dans un centre d'appel qui serve plusieurs institutions ou clients privés, comme c'est souvent le cas en Italie.

¹³ Dans l'une de premières études sur l'IT, Rosenberg (2007) a remarqué cette même difficulté. Pourtant, le corpus pris en considération par l'auteur comprenait l'anglais comme l'une des langues de travail. En effet, cette langue présente une double complexité en ce qui concerne la gestion des pronoms anaphoriques : d'un côté, les énonciateurs doivent se rapporter à l'ambiguïté du pronom personnel « you » ; de l'autre, l'absence de presque toute marque de genre grammatical contribue à l'opacité des référents.

groupes : dans le premier, on trouve les comportements qui sont rendus possibles par des connaissances préalables relatives à la communication institutionnelle, telle l'anticipation sémantique et procédurale permise par les traits sémantiques, syntaxiques et prosodiques du discours (Amato 2018) ; ou encore la connaissance de la structure de l'appel de service et de la consultation médicale (ou de l'appel d'urgence, selon le contexte, *eadem*).

Dans le deuxième groupe rentrent des comportements qui visent à combler le manque d'informations visuelles, comme la prise de note non-linéaire (Tedeschi 2014 in Spinolo *et al.* 2018) et des techniques de visualisation (Spinolo 2018), ou encore l'utilisation de technologies appropriées, permettant l'usage des mains pour prendre des notes ou faire des recherches en ligne (Cheng 2015 ; Cabrera Mendéz *et al.* 2018 ; Gracia-García 2002).

Dans le dernier groupe, on trouve des pratiques qui misent sur la participation accrue de l'interprète à l'interaction : l'éducation à l'utilisation de la voix, en jouant sur les traits prosodiques aussi bien que sur l'emploi de *tokens*¹⁴ et du *back-channelling* (Iglesias Fernández, Muñoz López 2018), et l'utilisation de la troisième personne ou du discours directe rapporté (Amato 2018 ; Spinolo 2018 ; Pollitt, Haddon 2005), ce qui marque une différence profonde avec l'interprétation en présence.

On pourrait inclure dans ce groupe le partage de bonnes pratiques avec le client institutionnel : le *briefing* de l'interprète avant l'appel, l'explication du fonctionnement de la démarche interprétative donnée aux clients en début d'appel, et l'explicitation des actions performées par les participants au cas où ils se trouvent dans un même lieu (Spinolo 2018). Pourtant, ces actions – qui ne dépendent pas de l'interprète particulier, mais de l'existence d'une formation partagée entre interprètes, professionnels et patients – demandent du temps : elles ne semblent être pas toujours possibles en milieu de santé, et notamment dans l'institution hospitalière, où les contraintes temporelles sont l'une des limites majeures de la communication.

Les bonnes pratiques de ce dernier groupe ont un intérêt particulier pour la pédagogie de l'IT. En IT, l'interprète est censé pouvoir (ou devoir) s'appuyer sur des choix interactionnels et traductifs que l'on peut rattacher à une posture de plus grande visibilité. Celle-ci est promue par une autre bonne pratique, qui consiste à s'assurer de la compréhension du patient, notamment dans la phase de clôture de la conversation, ce qui est possible grâce à la connaissance de la structure de l'interaction. Il s'agit donc de créer deux conversations dyadiques (Niemants, Castagnoli 2015). Même si la présence de conversations à deux est possible dans l'interprétation en milieu médical de face-à-face (Baraldi, Gavioli 2019), leur fréquence est beaucoup majeure en IT : dans ce cas, elles constituent (ou devraient constituer dans un

¹⁴V. Chapitre I, note 15, *supra*.

souci d'efficacité communicative) la norme. On remarque donc que les participants reconstruisent la structure traditionnelle de l'interaction téléphonique à deux : les *affordances* du moyen téléphonique se révèlent partiellement pliables à la dialectique qui devrait s'instaurer dans la relation technologie-usager (Hutchby 2001).

4.5 Configurations de la VI en milieu médical

En VI, les participants primaires peuvent se trouver dans le même lieu, et on parle alors de télé-interprétation par visioconférence (AIIC 2011), ou de *video remote interpreting* (VRI, dans Braun, Davitti 2018) ; par contre, si l'interprète se trouve avec un des participants primaires, ou si les trois participants sont dans trois lieux différents, on parle d'interprétation de visioconférence ou *videoconference interpreting* (VCI, *eadem*).

4.6 Criticités de la VI en milieu médical

Comme le confirment plusieurs sondages concernant des opérateurs, des patients et des interprètes (Leeman Price *et al.* 2012 ; Locatis *et al.* 2010 ; Azarmina, Wallace 2005), la VI serait à préférer à l'IT dans des situations communicatives compliquées, délicates ou dans lesquelles interagissent plusieurs personnes (Corpas Pastor, Gaber 2020). Pourtant, selon Braun et Davitti (2018) la VI ne devrait être employée que dans des situations communicatives avec un nombre limité de participants et dont la durée est également limitée. Même si les deux auteures font référence à l'interprétation en milieu judiciaire, ces précautions peuvent être valables dans d'autres domaines, y compris le milieu médical, pour lequel cette modalité reste peu étudiée.

Malgré une perception de qualité toujours élevée, cette pratique reste perçue comme stressante par les interprètes ; en outre, sa diffusion récente n'a pas permis aux participants (primaires et non) de développer un savoir-faire spécifique (De Boe 2021) par rapport à la communication par un moyen qui garde en partie l'illusion de la coprésence dans un lieu, mais qui se fonde quand même sur des écologies fragmentées.

Un lien étroit existe entre la VI et le stress perçu par les interprètes, qui voient cette pratique comme plus angoissante que l'IT (Corpas Pastor, Gaber 2020)¹⁵.

¹⁵ Les auteurs ont analysé les cinquante-six réponses à un questionnaire sur l'interprétation à distance. Les interprètes travaillaient essentiellement en IT (91,07 %), en VI (35,71 %) ou dans une modalité que les auteurs mentionnent séparément, l'interprétation simultanée à distance, dans le milieu des services publics (21,43 %). Le milieu professionnel le plus fréquent est le milieu médical (71,43 %), ce qui peut dépendre du grand nombre des sondés provenant de l'Espagne (34 personnes), un Pays où l'IT en milieu médical est assez répandue et dont les entreprises qui

Il s'agit essentiellement d'un vécu subjectif (Braun 2013) auquel les réactions physiologiques des interprètes correspondent rarement (v. Moser-Mercer 2005 pour une étude portant sur la mesure du taux de cortisol chez les interprètes). Parfois, il s'agit d'une perception d'anxiété avant le travail, mais qui se résout par une autoévaluation positive après la performance (Seeber *et al.* 2019).

Un clivage se dresse également entre la perception de fatigue et l'évaluation de la qualité (Braun, Taylor 2012) : même lorsque les interprètes se disent satisfaites de leur performance, la perception du stress éprouvé reste élevée.

Pourtant, au-delà des aspects psychiques et émotionnels (qui restent de même cruciaux, surtout dans la formation), les difficultés « objectives » sont nombreuses en VI : la coordination est compliquée, partiellement à cause de l'affaiblissement de la présence sociale de l'interprète, qui serait perçu comme ne faisant pas complètement partie de l'interaction (pour la VMI, Hansen 2020 ; pour la VRI, Napier, Leneham 2011 ; Warnicke, Plejert 2012) ; la compréhension du discours de départ peut être épineuse et la gestion de tours longs, ardue (Davitti 2018).

Des bonnes pratiques en VI ont été rédigées dans le cadre des projets européens AVIDICUS 2 (2011-13) et ImPLI (Improving Police and Legal Interpreting, 2011-12) pour l'interprétation en milieu judiciaire et policier, et du projet Erasmus+ Shift in Orality (2015-18) pour l'interprétation de dialogue. Nous n'allons ici retenir que les recommandations qui pourraient s'appliquer à l'interprétation en milieu médical, un environnement où des bonnes pratiques comme la rencontre préliminaire entre interprète et participants primaires, suggérée par AVIDICUS 2 et ImPLI, pourraient s'avérer compliquées.

En général, le trait commun à toutes ces bonnes pratiques semble être l'établissement de procédures communicatives pendant l'interprétation : l'interprète aurait surtout besoin de savoir comment se comporter en cas de problèmes techniques, comment interrompre les participants et prendre la parole. Dans ces cas, des gestes établis avant le début de l'appel pourront permettre à l'interprète d'intervenir avec un tour traductif (Spinolo 2022) ou autonome, la procédure partagée prenant ainsi la place du regard ou des mouvements du corps qui signalent une volonté d'auto-sélection dans la conversation en présence. À cela, on peut ajouter une prise de notes ciblée, l'utilisation de la prosodie (Davitti 2018), les additions et les expansions (Braun 2014)¹⁶.

fournissent le service ont souvent développé des bonnes pratiques et des formations internes. Cela peut expliquer la perception d'une plus grande insécurité par rapport à la pratique de la VI. Il reste quand même intéressant de remarquer que l'interprétation simultanée à distance est perçue comme moins compliquée.

¹⁶On peut également citer la recommandation de demander une pause si besoin en est, ce qui semble confirmer la charge cognitive accrue dénoncée par les interprètes dans les études citées plus haut.

L'un des problèmes principaux semble donc être l'expérience limitée que les locuteurs ont par rapport à ce moyen de communication (De Boe 2021). L'accent doit donc être mis sur la connaissance des procédures (communicatives et interactionnelles) dans un environnement problématique, qui garde en partie l'illusion de la coprésence dans un lieu, tout en restant une écologie fragmentée. Dans ce sens, une formation ciblée pour les interprètes et leurs clients (y compris les patients et les tiers-aidants) est envisagée comme la principale bonne pratique à suivre (Corpas Pastor, Gaber 2020 ; Braun *et al.* 2012). Du côté de l'interprète, on recommande également la réflexion sur la pratique professionnelle du fait de son potentiel créatif dans le développement de l'expertise (Braun *et al.* 2012).

Si dans le cas de l'IT la formation devrait donc reposer sur la légitimation de stratégies communicatives visibilisantes et de ce fait non escomptées, en VI on trouve deux possibilités : d'un côté, la familiarité à cultiver, auprès de tous les participants, avec l'environnement communicatif ; de l'autre, la réflexivité créative de la part de l'interprète.

4.7 L'éducation en interprétation à distance en milieu médical : quelques remarques pédagogiques

Une éducation fondée sur la recherche serait vitale dans la formation en IT et VI, pour éviter de reproduire des stratégies qui seraient fonctionnelles en interprétation de face-à-face, mais vouées à l'échec dans un environnement technologisé, avec des conséquences importantes sur la qualité et sur le sentiment d'auto-efficacité des étudiants, à savoir, leur perception de réussir dans une tâche (Bandura 1982, 1986).

Il s'agit donc de présenter aux étudiants les spécificités de ces environnements et de justifier les comportements traductifs et interactionnels qui se départent des normes habituelles, surtout en ce qui concerne l'agentivité de l'interprète : les choix visibilisants interrogent la capacité (sinon la volonté) des étudiants d'intervenir dans l'interaction d'une manière proactive. Comment agit-on dans ces environnements ? Pourquoi les interventions autonomes sont-elles efficaces et devraient être considérées comme légitimes ? Et surtout, qui est-ce que je suis dans ma fonction d'interprète ? Est-ce que je suis capable de comprendre et de favoriser les buts et les besoins des participants dans une interaction à distance, surtout si cela veut dire devenir « visible », agir de manière proactive ?

Ces questions peuvent être abordées depuis plusieurs points de vue ; parmi d'autres activités possibles, nous avons choisi de nous concentrer sur l'autoréflexivité (individuelle ou en groupe). Dans les chapitres suivants, nous présentons l'approche pédagogique qui constitue le cadre théorique des activités autoréflexives ; ensuite, nous décrirons deux types d'activités : un journal autoréflexif commenté et un journal anonyme et collectif.

4.7.1 Principes pédagogiques socioconstructivistes

Un portrait précis d'une philosophie éducative socioconstructiviste semble difficile à tracer : les approches (plurielles) socioconstructivistes restent ancrées dans des valeurs qui ne se veulent pas définies et incontestables (ce qui serait une approche « décidément non-constructiviste » selon Jonassen 1999). Elles sont plutôt des directions à suivre, une tension éthique qui impacte le processus pédagogique, de la conception des activités jusqu'au style discursif tenu en cours.

Le choix d'une telle philosophie est en ligne avec la nature de la discipline et de la pratique de l'interprétation. Alors que des modèles « objectivistes » peuvent s'accorder aux exigences des domaines du savoir qui reposent sur un corpus de connaissances établies, en interprétation l'approche pédagogique devrait s'adapter à un domaine du savoir peu structuré (Spiro *et al.* 1992 ; v. §3.3), peuplé par des « situations problématiques », des « cas exceptionnels », des « situations de conflit de valeurs » (Schön 1987, notre traduction). Cela demande de l'étudiant (et du professionnel) d'appliquer simultanément des capacités aux multiples facettes et dont la définition serait complexe, telles la créativité, la pensée critique, l'autoévaluation.

La dichotomie entre pédagogies objectivistes et socioconstructivistes demeure, du moins en partie, dans la demande explicite d'un engagement actif de la part des étudiants, qui sont considérés comme responsables de leur formation ; cet engagement est impulsé par des activités et un style discursif du formateur qui promeuvent le questionnement comme pratique collective.

Une seconde opposition se fait dans la relation à l'objet du savoir et, en général, dans les relations épistémiques en salle de cours. Dans les approches que Freire (1970 [2018]) définit comme « bancaires », l'apprentissage serait conçu comme un « versement » des notions à enseigner, possédées par le formateur et consignées aux étudiants telles quelles. Cette image interroge la finalité de l'éducation : serait-ce de transmettre des savoirs (théoriques et éthiques) fixes, de façonner des professionnels standardisés, habitués à recevoir des indications et non à considérer la connaissance comme une possibilité pour intervenir sur le monde ? C'est bien dans cette direction que peut intervenir une approche pédagogique ultérieure, la Pédagogie des Opprimés de Paulo Freire.

4.7.2 La Pédagogie des Opprimés au service de l'interprète en milieu médical

Conçue par Paulo Freire dans son travail avec les paysans brésiliens illettrés, la Pédagogie des Opprimés se veut une « pratique éducative problématisante » qui vise la conscientisation des étudiants : le but, c'est de comprendre le « comment » et le « pourquoi » des actions que l'on accomplit sur le fond des forces sociales. Une pratique qui repose sur la responsabilité, et des étudiants, et du formateur : les deux collaborent dans un processus de recherche critique sur la

société et sur les démarches de la connaissance. Enseigner, donc, veut dire apprendre « à penser de manière correcte » (Freire 1996 [2004] : 27), à renoncer à un raisonnement naïf pour construire une posture critique fondée à la fois sur des connaissances théoriques et sur la conscience des conditions sociales qui nous entourent. Le but de cette conscientisation répond à la fonction de l'interprète en milieu médical, à savoir la médiation dans une conversation asymétrique visant l'équité.

La curiosité, la vivacité « irrévérencieuse » (*ibidem*), la rigueur dans le raisonnement sont autant des qualités à cultiver chez et avec les étudiants, vus comme des partenaires dans le processus de recherche et de connaissance. Cette collaboration demande de la sincérité de la part du formateur, qui ne se cache pas en tant que sujet situé : en historicisant sa position éthique, le formateur ancre toute connaissance dans un lieu et un moment sociohistoriques, en désacralisant ainsi son autorité. Comme le dit Freire (1996 [2004] : 61), le rôle du formateur est celui « de témoigner du droit de comparer, de choisir, de rompre, de décider et de stimuler l'assomption de ce droit par les apprenants » (traduction dans Pereira 2017). Ce droit-devoir à un positionnement clair à l'égard des étudiants pourrait bien remplir les exigences d'une éducation qui a besoin d'analyser chaque situation communicative dans sa singularité.

4.8 Les activités autoréflexives en interprétation-médiation et dans les métiers relationnels

L'autoréflexivité est un processus impliquant une réflexion sur soi en tant qu'acteur social à travers une analyse de ses propres expériences, idées, émotions, actions, savoirs (Atkins, Schutz 2013) dans le but de modifier sa pratique future (Bulman 2013) aussi bien que de construire un sens de ce qui s'est passé dans cette même pratique (Freshwater *et al.* 2008).

Cela est possible grâce à la nature excentrique des êtres humains (Stanghellini 2017), capables de prendre du recul par rapport à leur vécu. L'excentricité nous permet d'interroger nos manières d'habiter le monde, ces modalités involontaires qui semblent aller de soi ; la posture autoréflexive comporte d'observer d'un point de vue décentré les gestes mécaniques du quotidien.

Dans le but de procéder à une modélisation du concept de « réflexivité », Chouinard et Claron (2015) analysent les usages de cette notion dans la littérature scientifique au sujet de quatre professions relationnelles : les enseignants, les psychologues, les infirmiers, les travailleurs sociaux. Les axes identifiés dans la production théorique de ces domaines nous semblent correspondre à la notion d'autoréflexivité dans la profession d'interprète.

FIGURE 2 : CONCEPTIONS DE LA RÉFLEXIVITÉ DANS LES MÉTIERS RELATIONNELS

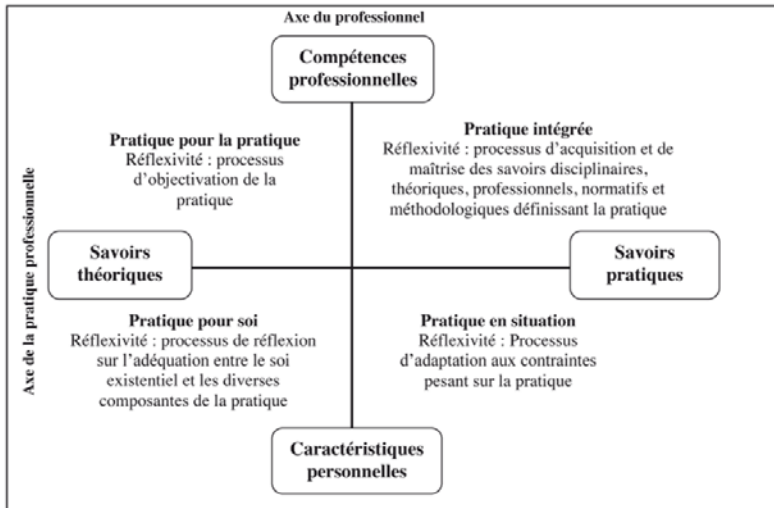


Figure n. 2, Conceptions de la réflexivité dans les métiers relationnels (Chouinard, Caron 2015 : 17).

La réflexivité est donc vue comme (a) « une modélisation de la pratique professionnelle telle qu'elle s'avère réalisée dans les faits, sur le terrain et par des professionnels d'expérience » dont les savoirs « se retrouvent donc soumis à une analyse rigoureuse de la pratique empirique et font l'objet d'une théorisation à posteriori » (pratique pour la pratique) ; (b) la capacité à expliquer les « multiples savoirs, disciplinaires, théoriques, normatifs qui définissent le champ de pratique de son corps de métier relationnel » et de les généraliser à un ensemble de situations (pratique intégrée) ; (c) « un mécanisme d'adaptation en temps réel aux difficultés inhérentes à la pratique », ce qui correspond à la notion de « reflection-in-action » de Schön (1983) ou encore à la « critical self-awareness » de Rudvin et Tomassini (2011) (pratique en situation) ; et (d) « un processus de réflexion sur la concordance entre ses valeurs et caractéristiques propres et la réalité de la pratique professionnelle », ce qui solliciterait « l'aspect psychoaffectif du professionnel » (Chouinard, Caron 2015 : 17-8).

On voit donc que la cognition n'est pas la seule dimension à être impliquée dans l'activité autoréflexive : elle se joue également sur les plans affectif et actif (Bulman 2013). La présence de ces trois dimensions pourrait évoquer les trois types d'intérêt cognitif décrits par Habermas (1971), pour lequel il existerait trois plans du savoir et de l'action : le plan technique, interactionnel et émancipatoire. Au premier plan correspond le « travail », à savoir le domaine des sciences empiriques et analytiques qui permettent d'identifier des régularités dans des phénomènes, et de les contrôler.

Le deuxième domaine est celui des sciences historiques-herméneutiques dans lesquelles l'« accès aux faits est rendu possible par la compréhension du sens, et non pas par le biais de l'observation » (Mezirow 1981 : 5, notre traduction), ce qui correspond à la relation que le sujet interprétant et médiateur a avec les autres participants à l'interaction.

Le troisième domaine comporterait l'émancipation de la personne « des forces libidinales, institutionnelles et environnementales qui limitent nos options et le contrôle rationnel sur nos vies » (*ibidem*). C'est justement cet appel à la raison comme seule possibilité émancipatoire qui introduit une distance avec les approches présentées ici, qui reconnaissent aux émotions un potentiel cognitif (Nussbaum 1990) et éthique (Pulcini 2020) important.

Pourtant, une autoréflexivité complète ne peut pas se borner à la transformation d'un espace intime ; au contraire, elle demande la transformation de son environnement, plus ou moins proche. Au cas contraire, le risque serait trop grand de réduire l'autoréflexivité à un instrument biopolitique pour apprivoiser les subjectivités aux exigences indisputables de la pratique professionnelle et, dans le cas de l'autoréflexivité en salle de cours, éducative.

Il faut pourtant considérer que, malgré son importance dans les métiers relationnels, la pratique autoréflexive se doit de rester totalement volontaire. Elle demeure surtout une manière de se rapporter à soi et à l'Autre requérant une introspection potentiellement troublante et une volonté de se mettre en question dans des aspects qui sont bien techniques, mais aussi interpersonnels et éthiques. Il vaudrait donc mieux d'expliquer l'importance de la pratique pour éviter d'obtenir des simulacres d'autoréflexivité, se bornant à une énumération des actions accomplies ou encore à une tentative de *captatio benevolentiae* par rapport aux valeurs prônées par le formateur (risque qui d'ailleurs appartient à toute activité et relation pédagogiques).

4.8.1 Le journal autoréflexif commenté

Un journal autoréflexif est un lieu où l'étudiant prend note de ce qui s'est passé pendant une activité (comme le jeu de rôle) et réfléchit à ses actions et à celles des autres, à leurs conséquences sur l'environnement (communicatif), aux pensées et aux émotions qui ont précédé, accompagné et suivi l'activité. Une structuration adéquate de la pratique est nécessaire : le récit autoréflexif, même s'il touche aux émotions, ne peut pas exonder les limites de ce qui s'est passé en salle de cours et que le formateur peut aborder sans crainte de toucher à des sujets (trop) intimes, qui feraient l'objet de l'expertise d'un autre professionnel. Des modèles de narration autoréflexive et des questions pourraient aider les étudiants à comprendre le but des activités autoréflexives ; le cycle réflexif de Gibbs (1988) illustre des questions possibles.

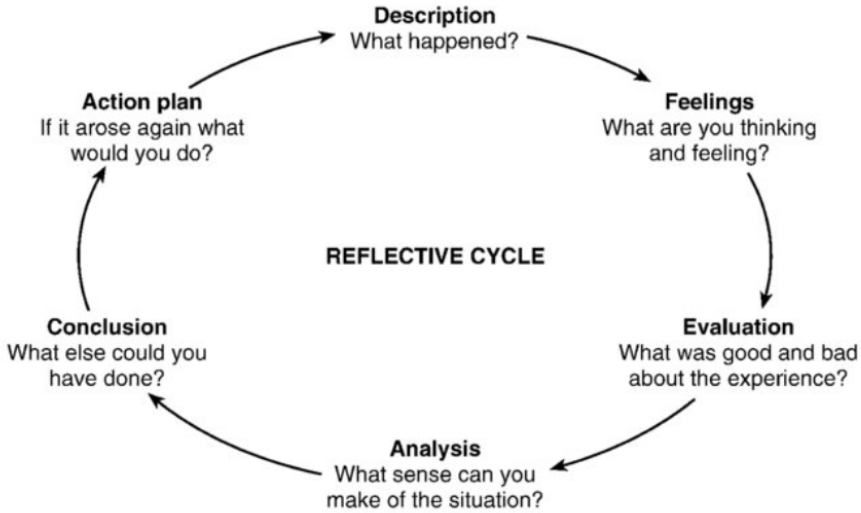


Figure n. 3, *Cycle réflexif de Gibbs (1988)*.

Des questions semblables peuvent être proposées aux étudiants, en introduisant des questions ciblées sur des aspects propres à la discipline (techniques, facteurs de difficulté...) ou aux besoins éducatifs du groupe. Les questions (et les exemples) permettent de guider les étudiants dans leur analyse. En effet, une autoréflexivité solitaire, en absence d'indications précises, comporte des risques du point de vue personnel et pédagogique : les étudiants pourraient se sentir abandonnés, frustrés, ou encore se concentrer sur des aspects essentiellement techniques ou aborder des thèmes généraux au lieu de leurs expériences concrètes (Bolton 2018). Voilà le pourquoi du retour donné par le formateur (ou une figure autre) au journal, qui vise l'*empowerment* de l'étudiant. Des révisions irréalistes de ce qui s'est passé dans le jeu de rôle, des relations cause-effet incohérentes, un sentiment d'impuissance ou d'incertitude par rapport aux « bons » comportements sont tous des lieux d'intervention pour le formateur. Ses commentaires pourront aller dans la direction de la suggestion de techniques ou de stratégies ; des analyses théoriques et du partage de matériel ; de la valorisation des solutions efficaces (il y en a toujours) trouvées par l'étudiant (pour une modalité d'analyse des journaux autoréflexifs, v. Gattiglia 2020).

Si l'autoréflexivité concerne la transformation personnelle et collective en demandant une révision profonde des structures du sens, elle ne peut pas être cultivée en solitude. La pratique autoréflexive, donc, même si elle se centre sur une expérience individuelle, devrait toujours être guidée pour éviter le risque de prolonger un cercle vicieux où l'étudiant n'arrive pas à comprendre les raisons d'un échec dans la performance interprétative ; ou, tout simplement,

pour éviter le risque de ne pas changer sa vision de son rôle et des atteintes qu'il porte dans la pratique, dans une direction contraire au processus souhaité de conscientisation.

4.8.2 Le journal anonyme et collectif

Une seconde activité autoréflexive permettrait d'abandonner la dimension individuelle pour cultiver la réflexion dans une collectivité. Nous allons ici illustrer une expérimentation qui a concerné la classe d'Interprétation de dialogue, un cours de 60 heures avec les étudiants de la troisième année de la licence en « Théorie et techniques de la médiation interlinguistique » à l'Université de Gênes, dans l'année académique 2020-21.

Dans leurs journaux autoréflexifs commentés, dans l'évaluation par les pairs et dans des conversations informelles, les étudiantes¹⁷ avaient fait référence à des sensations d'inefficacité, impuissance, anxiété par rapport à l'interprétation : à la moitié du cours, plusieurs étudiantes refusaient encore de participer au jeu de rôle en salle de cours (numérique, du fait de la fermeture des universités italiennes à cause de la pandémie de Covid-19).

Un questionnaire a été alors distribué pour comprendre si ces émotions négatives et surtout leurs effets sur le cours étaient perçus comme significatifs par les étudiantes, si elles désiraient travailler sur cet aspect et dans quelle manière. Sans cette vérification, le risque aurait été de superposer une interprétation extérieure au vécu et aux intentions des étudiantes : au contraire, celles-ci ont joué un rôle de premier plan dans la construction du parcours. En suivant la démarche par étapes de la recherche-action (de plus en plus) participée, à chaque rencontre avec la communauté impliquée se sont ensuivies une collecte de données et une interrogation des questions de recherche : étaient-elles encore valables ? Correspondaient-elles aux besoins de la classe ?

Le questionnaire (auquel dix-huit étudiantes ont répondu) a montré la nécessité d'affronter le nœud de l'autoefficacité, et de le faire dans de petits groupes, facilités par la formatrice, et de manière anonyme. Nous avons alors créé un parcours autoréflexif de groupe, fondé sur la narration collective de soi : le journal anonyme et collectif.

Après une division en trois groupes des dix-huit étudiantes (sur les vingt-trois inscrites au cours), les étudiantes ont répondu à quatre questions initiales, portant sur la relation à la discipline, au sentiment d'autoefficacité et à la perception des compétences des pairs. Les questions étaient les suivantes : « Est-ce que je préfère la

¹⁷ Le féminin générique sera utilisé du fait de la présence majoritaire des femmes (dix-neuf) par rapport aux hommes (quatre) dans la classe.

traduction ou l'interprétation ? Pourquoi ? » ; « Qu'est-ce qui m'attire dans l'interprétation et qu'est-ce qui ne m'attire pas du tout ? » ; « Quelles sont mes sensations quand j'interprète (ou que je pense de pouvoir être appelé.e) ? » ; « Quelles sont mes sensations quand j'observe mes camarades pendant leur interprétation ? ».

Les réponses, envoyées à la formatrice, ont été copiées et collées sur un document partagé. Ainsi, un journal anonyme et collectif est créé, où les réponses à chacune de ces questions sont présentées l'une après l'autre, ce qui donne un effet de résonance du fait de la similarité des vécus et des ressentis.

Pendant la première rencontre, les étudiantes ont travaillé sur ce journal : la consigne était de choisir des extraits qu'elles trouvaient particulièrement saisissants, de les copier dans un tableau (préparé à cet effet par la formatrice). Elles devaient également identifier les thèmes-clés de l'extrait et poser des questions pour mieux comprendre, dans le débat de classe suivant, le problème suggéré dans l'extrait. Ce tableau devient un nouveau type de journal, un journal signifiant, qui ne garde du premier journal que les parties jugées comme pertinentes par les étudiantes elles-mêmes.

PHRASES	NOTION CLÉ	QUESTIONS
Quand j'écoute mes camarades, j'éprouve de l'admiration, je voudrais être comme eux et avoir leur même confiance en soi-même.	Admiration	Tu es sûr.e qu'ils/elles n'éprouvent pas la même anxiété et la même inquiétude ? Peut-être qu'ils/elles masquent mieux les émotions « négatives » ?
Quand j'écoute mes camarades, je pense que je voudrais être comme eux... juste arriver à me porter volontaire, ce que je n'arrive pas à faire parce que j'ai peur, je suis inquiète, et ça me bloque. J'admire surtout leur confiance qu'ils affichent dans leur attitude et dans le ton de la voix, le fait qu'il se mesurent avec une interprétation tout tranquillement.	Se reconnaître des capacités Comparaison avec les autres	Et si tu te portais volontaire... qu'est-ce qu'il se passerait ? Pourrait-il être utile de parler avec tes camarades ? Qu'est-ce que tu ressens quand tu regardes les autres pendant une simulation ? quelle est la sensation la plus forte ?

Table 4, *Journal signifiant*¹⁸.

La préparation de la seconde rencontre s'ensuit. Si les trois passages précédents (le questionnaire, le journal anonyme et collectif, le journal signifiant) représentent les fondements et le point de départ de la pratique autoréflexive pro-

¹⁸ Les tables 4-6 illustrent des extraits des activités pédagogiques. Le texte a été traduit de l'italien.

posée, ce qui suit ne peut pas être connu à l'avance par le formateur : ce sont les thèmes indiqués par les étudiantes qui vont déterminer le contenu – et le type – d'activité à proposer.

L'image suivante montre la correspondance entre le processus en forme de spirale de la recherche-action (Burns 2010), et de la pratique autoréflexive.

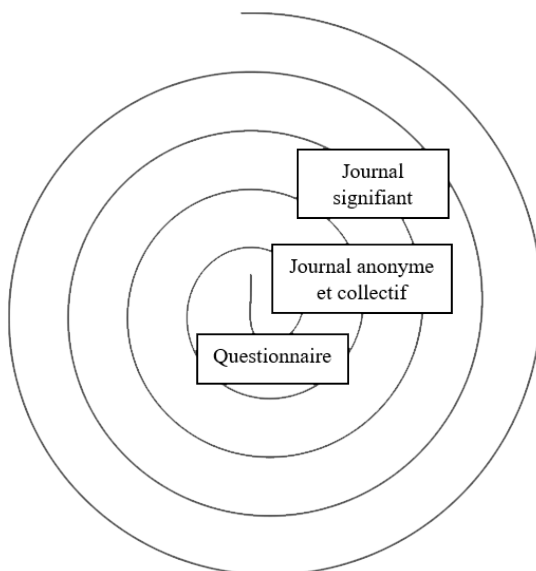


Figure n. 4, Spirale de la recherche-action et de la pratique autoréflexive.

Il s'agit d'une spirale dont les bras se font plus larges au fur et à mesure que l'on acquiert des connaissances supplémentaires sur la collectivité et le problème ciblé : l'objet de l'autoréflexivité n'est pas un espace intérieur à pénétrer jusqu'à son centre le plus profond, mais une pratique de construction de capacités d'analyse de soi en situation de plus en plus fines.

Dans notre cas, nous avons travaillé sur les idées de qualité et sur la qualité située, en proposant des questions sur les convictions nourries par les étudiantes par rapport à ce qui fait un « bon » interprète de trois points de vue : celui d'un client, d'un collègue et de l'étudiante elle-même. Ce type de question, portant sur les caractéristiques de la personne, sollicite des raisonnements de type essentialiste, centrés sur les stéréotypes de rôle qu'on adressera dans la rencontre. Ensuite, des courtes interviews à des clients ont été montrées, et une comparaison tracée avec les idées exprimées dans le premier passage comme le montre l'image ci-dessous :

QUALITÉS DE L'INTERPRÈTE DU POINT DE VUE DU CLIENT (activité 1)	QUALITÉS DE L'INTERPRÈTE DU POINT DE VUE DES CLIENTS DES VIDÉOS
Transmettre les informations principales Calme et confiance en soi Quelqu'un qui sait tout et qui ne se trompe pas, ni du point de vue de la langue ni du contenu, quelqu'un qui ne demande pas d'éclaircissements Parfaitement bilingue Aucune marge d'erreur	Rapidité dans la transmission des informations Passion pour son travail et enthousiasme Capacité à s'adapter au contexte Capacité à reformuler Styles différents Capacité à manier des registres et des situations différents

Table 5, Comparaison entre les qualités présupposées de l'interprète et les qualités identifiées par les clients interviewés.

La qualité émerge donc comme étant profondément enracinée dans la situation communicative : les atteintes des participants, leurs buts, les contraintes situationnelles, le cadre institutionnel (ou non) de l'interaction contribuent à la façonner. La qualité se situe également dans la subjectivité de l'interprète : tous les étudiants ne seraient pas à l'aise dans n'importe quel domaine interprétatif. Un regard autoréflexif sur ses capacités – ses points forts et ses points faibles – peut aider les étudiantes à identifier le milieu dans lequel elles pourront le mieux performer¹⁹.

La seconde rencontre se termine par une activité ressemblant le journal signifiant du premier atelier : les étudiantes identifient des problèmes qui restent pertinents et qui pourraient se présenter lors de la prochaine interprétation. Les autres camarades suggèrent des bonnes pratiques et cherchent des solutions de manière collective. D'un côté, les étudiantes reconnaissent les affinités entre leurs vécus ; de l'autre, elles entrent en contact avec des réactions différentes, à tester.

À ton avis, quels seront les problèmes principaux qui pourront se présenter dans la prochaine interprétation ?	Quel conseil donnerais-tu à toi-même pour les résoudre ?	Quels conseils donnerais-tu à ton/ta camarade pour les résoudre ?	Propositions pratiques
J'ai peur de ne pas connaître le lexique et de traduire de manière inappropriée. Quand je suis trop inquiète, j'ai un trou et je dois reconstruire le discours à partir des notes.	Chercher à m'intéresser davantage au sujet [de la simulation] et à étudier le lexique. Ainsi, je n'aurai pas tellement peur de me tromper. Chercher à me concentrer ; me réveiller tôt et prendre mon petit-déjeuner.	Des notes claires pourront t'aider : prends les mots-clés comme point de départ. Bien préparer le sujet et se porter volontaire peut aider à réduire l'anxiété (ça a marché pour moi).	Aucun problème s'il faut utiliser les notes. La traduction la plus appropriée est celle que les clients vont comprendre. Dans des domaines très-riches en terminologie, bien préparer le glossaire mais aussi le sens des termes...

Table 6, Activité conclusive.

¹⁹ Cette prise de conscience avait une utilité immédiate dans le cours d'Interprétation en question : les étudiantes pouvaient choisir pour leur examen l'un des milieux vus en cours (l'interprétation en milieu d'affaires, l'interprétation pour les médias touchant à des sujets humanitaires et l'interprétation en milieu médical).

Les solutions proposées par les étudiantes n'ont pas touché que le domaine du changement individuel (comme c'est le cas dans des stratégies telles que « prendre [s]on petit-déjeuner avant le cours » ; « scander ses mots » ; « choisir un domaine qui nous intéresse / dans lequel nos capacités peuvent être appréciées ») ; le groupe est également présent : « créons un glossaire de classe », ainsi que des transformations dans la structure du cours : « demander à la prof. de donner plus d'informations par rapport au scénario du jeu de rôle » ; « demander des matériels informatifs » ; « on pourrait interpréter avec le micro désactivé pendant la prochaine interprétation »²⁰. Les dimensions personnelle (le sujet), professionnelle (les pairs) et systémique (l'organisation du cours) sont toutes les trois adressées. La possibilité d'intervenir dans la planification du cours en proposant des activités ou des démarches confère aux étudiantes un plus grand contrôle sur l'objet de leur inquiétude ; en même temps, on peut cultiver une autoréflexivité qui ne se borne pas à un travail sur soi, en ciblant une élaboration collective par rapport au Soi professionnel²¹.

L'autoréflexivité peut donc échapper au risque de devenir une pratique de subordination aux demandes de métiers de plus en plus précaires (Chouinard, Caron 2015), aussi bien qu'aux jugements du formateur, lorsque les valeurs, les catégories et les postures éthiques (individuelles, groupales, sociétales) sont historicisées et mises en question. Cela demande une posture critique, une volonté de questionner les axiomes habituels de notre agir et de les changer en conséquence. Un triptyque qui demande du temps et de la formation, mais surtout une culture réflexive (Bulman 2013) dans la salle de cours.

Conclusion

Dans des modalités interprétatives comme l'IT et la VI, caractérisées par une plus grande agentivité de l'interprète par rapport à l'interprétation en présence, une formation ciblée est nécessaire. L'attention doit être portée par le formateur aux problèmes spécifiques de la communication technologisée : dans le cas de l'IT, les bonnes pratiques mettent en lumière une autonomie accrue de l'interprète ; en VI, le processus d'acculturation des locuteurs n'a pas encore produit ni des com-

²⁰ Dans cette modalité, qu'on avait appelée « interprétation muette », le jeu de rôle se fait dans une plateforme de visioconférence à laquelle les autres étudiantes ne peuvent pas accéder. La classe assiste à une interprétation en observant la vidéo de la performance, partagée par la formatrice, alors qu'à la simulation ne participent que les deux acteurs-participants primaires et l'interprète. Cette activité ne peut évidemment pas être employée pendant tout le cours ; pourtant, trois étudiantes ont réussi à participer à un jeu de rôle pour la première fois grâce à cet exercice.

²¹ Dans le but de construire des relations épistémiques plus équitables, les étudiantes ont élaboré cette expérience avec la formatrice dans le cadre de l'écriture d'un article scientifique, « Il diario anonimo collettivo: processi di narrazione di gruppo nella formazione in interpretazione » (en cours d'évaluation).

pétences communicatives pertinentes, ni des bonnes pratiques professionnelles, ce qui demanderait de l'interprète une conscience des criticités et des manières de les surmonter, en accord avec les participants primaires.

Dans les deux cas, les étudiants en Interprétation sont confrontés à des comportements traductifs et interactionnels qui ne vont pas de soi et qui devraient être appris en cultivant en même temps la proactivité de l'interprète. La pratique autoréflexive peut corroborer cet apprentissage en ce qu'elle se centre sur les conduites du sujet en tant que situé dans des situations spécifiques ; le professionnel autoréflexif s'interroge sur les raisons et les conséquences de ses actions, et sur la manière de modifier ce qui n'a pas donné de bons résultats, ou qui ne correspond pas à son système de valeurs. Loin d'être un repli sur soi ou une opération d'adéquation aux valeurs et aux pratiques dominantes, l'autoréflexivité vise plutôt une transformation globale de l'environnement de travail, en accord avec un professionnel capable de réfléchir éthiquement à son agir.

Capitolo 5

L'esperienza con l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

Introduzione¹

Questa seconda sezione del volume, composta dai capitoli 5 e 6, è dedicata a due progetti a cui hanno partecipato entrambe le autrici. Si tratta di esperienze di ricerca-form-azione che si iscrivono nell'impianto teorico-metodologico descritto nei capitoli precedenti.

In linea di continuità con l'importanza di svolgere un esercizio di riflessività e di autoriflessività a distanza di tempo, essenziale in percorsi caratterizzati da un lavoro di tipo (auto)etnografico (Stanghellini 2017; Santos 2021a, 2021b), intendiamo mostrare come l'applicazione di strumenti misti, che hanno nei metodi della didattica attiva e co-partecipata gli elementi chiave, possono favorire lo sviluppo di relazioni di fiducia e di creazione di reti anche in un ambito complesso come un ospedale.

5.1 Comunicazione e mediazione comunitaria² nell'istituzione ospedaliera

L'istituzione ospedaliera è un ambito sociale complesso (da intendersi come costituito da elementi estremamente variabili, ma anche fortemente interconnessi), abitato da attori interni all'istituzione (il personale interno ed esterno, i volontari) e da una popolazione in transito, che vi si affaccia per ottenere una cura. La comunicazione assume un ruolo fondamentale: solo nella comprensione reciproca tra operatori e popolazione si possono trovare gli elementi per una terapia o delle procedure adeguate e accettabili per il paziente: l'accordo tra le due parti che favorisce l'adesione alle

¹ Pur rimanendo un'opera strettamente condivisa, di questo capitolo Mara Morelli ha scritto l'Introduzione e i paragrafi 5.2, 5.5, 5.7 e 5.8. Nora Gattiglia ha scritto i paragrafi 5.1, 5.3, 5.4 e 5.6.

² Per una presentazione delle definizioni (provvisorie) di mediazione comunitaria, si veda l'*Intellectual Output 1 Mediation Needs' Research Study* del progetto Erasmus+ *Cooperatively Transmediate aCT*, <https://act.unige.it/sites/act.unige.it/files/2021-10/IO1%20def.pdf>, pp. 20 e segg.

cure. Per giungere a questo obiettivo comune, che possiamo definire come efficacia comunicativa dello scambio in ambito ospedaliero, includiamo nella comunicazione l'ascolto e la tensione verso la comprensione reciproca, un elemento di volontarietà che non può essere delegato all'acquisizione di un insieme di buone pratiche.

La comunicazione è soprattutto volontà: volontà di ascoltare, di capire, di mettersi in gioco. Un impegno che appartiene a entrambe le parti, ma di cui l'operatore si fa carico in misura forse maggiore, data la sua funzione nella comunicazione. A lui o lei spettano, difatti, l'indagine e l'identificazione del problema (anche attraverso tecniche comunicative) e la proposta di una terapia, anche palliativa. Si tratta di azioni comunicative che diventano possibili proprio grazie alla posizione dell'operatore nell'incontro: una maggior autorità epistemica (la conoscenza), procedurale (le pratiche), conversazionale (la selezione delle tematiche affrontate, la possibilità di porre domande a cui deve essere restituita una risposta, la scelta di condividere delle informazioni) e situazionale (legata alla componente emotiva portata all'incontro). Va tuttavia sottolineato che gli operatori sanitari sono un insieme vasto, composto da diverse categorie professionali: le autorità specifiche variano caso per caso, e proprio questa variabilità può porre un problema sia nelle relazioni gerarchiche tra i lavoratori, sia nell'incontro con la popolazione, che non sempre conosce o riconosce la diversa possibilità che medici, infermieri, operatori socio-sanitari (OSS) hanno di fornire una risposta (terapeutica o informativa) alle proprie esigenze.

A questa constatazione, è necessario aggiungere un secondo aspetto che sottolinea la centralità della comunicazione all'interno dell'istituzione ospedaliera: la comunicazione si costruisce, prende vita in una relazione che – per quanto breve – ne definisce qualità ed efficacia. Relazioni distratte e impoverite danno luogo a comunicazioni insoddisfacenti: la *compliance* alla terapia si indebolisce, viene meno la percezione di essere curati e di poter affidarsi all'esperienza e alle conoscenze del terapeuta. La relazione si fa tanto più difficile in quanto si innesta in una particolare condizione della vita del paziente (e dell'accompagnatore): un momento caratterizzato da una fragilità inerente. Le asimmetrie e le vulnerabilità costitutive della comunicazione medica e ospedaliera creano quindi una cornice comunicativa peculiare, in cui il rischio dell'incomprensione e dello scontro si fa concreto.

Per ridurre i rischi e migliorare relazione, comunicazione e cura (inerentemente legate), la comunicazione ospedaliera deve essere pensata e consapevole. Attingere alla mediazione e alle sue competenze ci è sembrata una possibile strada per sottolineare la vicinanza tra buona cura e buona comunicazione, tra la cura come comunicazione e la comunicazione come cura.

Questa visione si è concretizzata in un percorso intrapreso con l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova in una serie di interventi sul campo (2016-2019). Le tre diverse tappe hanno segnato l'evolversi da una focalizzazione sulla comunicazione multilinguistica all'avvicinamento progressivo alla mediazione

comunitaria in ambito ospedaliero. I progetti che si sono susseguiti rappresentano i vari passaggi di un percorso di ricerca-azione (sempre più) partecipata, con un movimento dalle risorse comunicative messe in campo con il paziente allofono (primo progetto) all'attenzione all'ambiente comunicativo nell'ambito della sala d'attesa del Pronto Soccorso (secondo progetto) fino alla form-azione sulle competenze linguistiche, culturali e di mediazione già presenti, o potenziabili, all'interno dell'ospedale intero, dal personale amministrativo agli operatori presenti nei vari reparti (terzo progetto).

Questa la premessa delle pagine che seguono, che intendono non soltanto descrivere questi tre progetti, ma riflettere sugli stessi alla luce di quanto condiviso nei precedenti capitoli di questo volume.

5.2 L'ospedale e il suo quartiere

L'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova (OEIGE) è un ente ecclesiastico civilmente riconosciuto fondato a Genova nel 1857 dalle Chiese Evangeliche. Deve il nome di 'Internazionale' alla sua storia: il personale assunto doveva essere necessariamente poliglotta (almeno bilingue) per poter curare i marinai in arrivo in città. Questa tradizione appartiene oggi al passato: l'ospedale ha la sua sede in un quartiere residenziale nelle colline su cui la città si snoda, Genova Castelletto, e dal 2011, in attuazione degli accordi con Regione Liguria e Asl3 genovese, l'ospedale di Castelletto gestisce anche il Presidio di Genova Voltri, il territorio più indagato dai progetti presentati in questo volume.

Limite estremo del ponente genovese, il quartiere di Voltri si presenta come uno spazio di frontiera segnato dai cambiamenti urbanistici dell'edilizia sociale. Trasformazioni avvenute intorno agli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso hanno ridisegnato un quadro sociale, culturale ed economico in continua evoluzione, in cui sono presenti abitanti provenienti da luoghi e culture diverse: residenti, immigrati, giovani, anziani, operai, commercianti, famiglie e persone con radici genovesi da diverse generazioni o arrivate dal Sud Italia negli anni successivi alla Seconda Guerra Mondiale, o immigrate, in alcuni casi da più di una generazione. All'ospedale si rivolgono però anche tutte le persone che abitano nell'entroterra genovese, per un bacino di utenza di circa 100.000 persone, tra il Municipio Ponente (62.000 abitanti), Arenzano, Cogoleto ed entroterra (Mele, Masone, Campoligure, Rossiglione, Tiglieto e Urbe).

5.3 I progetti

L'esperienza e la collaborazione con l'OEIGE ha inizio nel 2016-2017 con due lavori di tesi di laurea triennale (Patrone 2017, Zunino 2017) in Lingue e Culture Moderne per l'impresa e il turismo dell'Università di Genova, il cui obiettivo è

stato quello di indagare la percezione delle difficoltà degli operatori sanitari nella comunicazione con persone di origine non italiana. Al contempo, venivano indagate le competenze linguistiche dichiarate dal personale sanitario intervistato.

Il secondo progetto è condotto tra il 2017 e il 2018 dall'Associazione di Mediazione Comunitaria in collaborazione con la Fondazione San Marcellino e l'Università di Genova, porta il titolo «Mediazione Comunitaria e Gestione dei Conflitti in Ospedale» e si inserisce all'interno del progetto «Finestra Rosa» dell'ospedale, attivo dal 2013.

Oltre alla dimensione linguistico-culturale, ha abbracciato aspetti legati alla mediazione comunitaria. Lo scopo principale del progetto era identificare³ le fonti di attrito all'interno del Pronto Soccorso del presidio di Genova Voltri a seguito di alcuni episodi di tensione e di violenza nei confronti del personale.

La terza tappa di questo percorso di collaborazione ha luogo nel 2019⁴: si tratta del progetto «Lingue, traduzioni e mediazioni in ambito sanitario», coordinato dall'Università di Genova in collaborazione con la Fondazione San Marcellino e il Centro di Ricerca Interateneo sull'Analisi dell'Interazione e della Mediazione (AIM)⁵. L'intervento formativo è rivolto a un gruppo di dipendenti individuato dalla direzione dell'ospedale.

I tre progetti presentano due caratteristiche comuni: la centralità del lavoro sul campo e l'identificazione del target delle ricerche nel personale sanitario dell'OE-IGE, seppur in diversi anni, in diversi reparti e – necessariamente – con strumenti diversi, ma sempre all'interno del quadro della ricerca-azione. Tappe diverse di un percorso di conoscenza (reciproca), i progetti hanno condiviso l'obiettivo generale di analizzare la conoscenza, le abilità, le esperienze e i bisogni del personale sanitario intorno alla comunicazione, intralinguistica o interlinguistica, con persone-pazienti (e i loro accompagnatori) in condizioni di potenziale vulnerabilità: persone portatrici di lingue e pragmatiche non consuete per origini diverse da quelle del proprio interlocutore istituzionale, per aspetti socio-economici o per questioni familiari e generazionali.

Coerentemente con l'approccio della ricerca-azione, grazie ai passaggi successivi di analisi dei dati e delle esperienze, la spirale della ricerca è andata restringendosi verso un centro sempre più vicino a quelle che sono apparse come le esigenze comunicative del personale sanitario e del suo pubblico. Se la ricerca-azione «studia una situazione sociale e si propone di migliorare la qualità della vita» (Elliott 1991, traduzione di chi scrive), portando alla luce le prospettive dei partecipanti

³ Le osservatrici erano Nora Gattiglia e Nancy Soraya Scano.

⁴ Le formatrici-facilitatrici coinvolte erano Letizia Cirillo (Università di Siena), Nora Gattiglia e Mara Morelli.

⁵ <http://www.aim.unimore.it/site/home.html>.

allo studio, l'obiettivo del percorso e delle sue tappe era dichiaratamente lavorare verso l'*empowerment* del personale dell'ospedale, ossia verso lo sviluppo di tre dimensioni chiave (Hodkinson, Sparkes 1993): l'efficacia personale, che implica l'acquisizione (o lo sviluppo) di competenze comunicative e capacità di risoluzione dei problemi; l'autonomia critica, ossia l'abilità di vagliare criticamente le informazioni ricevute e i contesti in cui ci si muove; e la comunità, intesa come la capacità di lavorare con un gruppo perché qualcosa cambi: quest'ultimo punto esemplifica bene la definizione di 'potere' di Hannah Arendt, che lo intende come la consapevolezza di poter intervenire attivamente nel proprio ambiente per imprimervi dei cambiamenti. *Empowerment* (o potenziamento), quindi, come un lavoro del singolo immerso in una collettività in cui appaiono tensioni, errori, difficoltà, ma alle quali si può tentare di porre rimedio.

È in questo senso che il percorso è passato dal rilevamento delle conoscenze già possedute dagli operatori sanitari, e di cui si sentivano in possesso, all'analisi dei bisogni e delle criticità percepite all'interno della dimensione lavorativa globale: non più solo le dinamiche della singola interazione, ma tutto l'ambiente comunicativo – dalla struttura del setting (la sala d'attesa), ai tempi della comunicazione, ai linguaggi non verbali a disposizione.

Il potenziamento si radica anche nella form-azione, intesa come la possibilità di portare alla luce e riconoscersi competenze; ma anche come passaggio da un focus sulle competenze e conoscenze individuali all'intreccio che se ne può dare all'interno di una collettività, di lavoro e di cura: questo riprende una visione dell'educazione (in senso ampio) come di:

un impegno nei confronti dei tanti aspetti della 'comunità'. [...] Anche se gran parte dell'educazione si concentra sul perseguimento di obiettivi individuali [...] un impegno nei confronti della collaborazione implica comunque l'importanza cruciale di alzare l'asticella e di puntare oltre il livello degli obiettivi personali, spostando lo sguardo dall'io al noi'.

(Kiraly 2000: 194, traduzione di chi scrive)

Le conoscenze raccolte ed elaborate durante ciascun progetto si sono riversate in quello successivo: la pandemia del Covid-19 ha però segnato l'interruzione del percorso, nonostante una fase successiva fosse già stata programmata e prevedesse la formazione in mediazione di alcuni lavoratori dell'ospedale, con un ruolo di intervento, facilitazione e formazione tra pari. L'emergenza ha quindi imposto un termine a un processo di cui non si sarebbe potuta immaginare una vera e propria fine: in questo senso, la spirale della ricerca-azione evoca la ricorsività del processo, caratterizzato da momenti di azione e di autoriflessività, ma anche l'impossibilità di segnare una fine che non sia in qualche modo arbitraria: la spirale si assottiglia (o si espande) verso un centro che – come ogni orizzonte etico – scivola sempre più in là.

5.4 Gli strumenti di raccolta e di analisi dei dati

Gli strumenti messi in campo per la raccolta dei dati mostrano una grande varietà nella loro forma e nei loro obiettivi: in ordine cronologico, sono stati utilizzati l'osservazione non partecipante e un'intervista semi-strutturata (primo progetto, Patrone 2017, Zunino 2017); l'osservazione partecipante integrata da un approccio etnografico e due gruppi di discussione (secondo progetto); per il terzo progetto, per monitorare e ricostruire l'esperienza sono stati utilizzati un questionario esplorativo, i questionari in itinere relativi a ciascun intervento form-attivo e il questionario finale, oltre alle note sul campo.

Si osserva come, nei primi due lavori, la presenza sul campo dei ricercatori si fa sempre più visibile, passando dall'osservazione non partecipante (in cui la presenza, evidente, dell'osservatore viene però convenzionalmente offuscata dal suo non potersi manifestare in maniera esplicita) all'osservazione partecipante e ai gruppi di discussione, in cui ai ricercatori vengono affidate le parole delle persone con cui stanno lavorando. A questo aspetto, che sottolinea l'importanza della relazione di fiducia all'interno di un percorso continuato con la stessa comunità, dedicheremo alcune osservazioni conclusive, anticipando che si tratta anche di una tematica emersa nella sperimentazione didattica presentata nel capitolo 6.

5.5 Il primo progetto

Nelle loro ricerche sulla comunicazione con pazienti allofoni, Zunino e Patrone si sono concentrati sui reparti di Ginecologia, Ostetricia e Radiologia. Gli obiettivi erano analizzare ed evidenziare le difficoltà in cui possono incorrere i pazienti migranti, con una particolare attenzione agli ispanofoni (lingua di specializzazione di entrambi gli studenti); mappare i repertori linguistici del personale, ossia le competenze linguistiche presenti sul campo; analizzare l'efficacia comunicativa e la qualità della traduzione di materiali multilinguistici scritti messi a disposizione dall'ospedale.

5.5.1 Strumenti di raccolta e analisi dei dati

Nel progetto di Patrone e Zunino (2017), la raccolta dei dati è stata possibile grazie a due strumenti: una osservazione non partecipante per l'identificazione del materiale informativo scritto multilinguistico (e per prendere confidenza con il terreno della ricerca) e una intervista semi-strutturata. Per la stesura della traccia dell'intervista è stato fatto riferimento al rapporto di Biglino e Olmo (2014) e ai lavori di De Hériz e Morelli (2009, 2012) e Morelli, De Hériz (2015), dividendo la traccia in tre sezioni (v. Appendice): la prima dedicata ai dati anagrafici dell'intervistato, la seconda alla descrizione del rapporto tra personale medico e paziente, e una terza sezione dedicata al tema della mediazione-interpretazione.

Tutte le persone intervistate hanno dato il consenso alla registrazione, un elemento che è stato colto come segno di fiducia. Tuttavia, l'ascolto di registrazioni au-

dio indebolisce l'interpretazione del significato poiché vengono perse componenti extralinguistiche e visive quali gesti, posizioni, espressioni e movimenti che possono essere fondamentali nell'attribuzione di una sfumatura di significato differente a un discorso o addirittura cambiarne il senso. La trascrizione impoverisce ulteriormente le interviste poiché non conserva aspetti come il tono, il volume, la velocità e le pause⁶, anch'essi di fondamentale importanza per l'intenzione comunicativa.

Va detto inoltre che l'interpretazione che si basa sul ricordo personale, e quindi sulla conoscenza vissuta, può fornire delle informazioni aggiuntive o distorte. Questo tipo di conoscenza porta con sé due caratteristiche che il discorso oggettivista percepisce come limite: la soggettivazione della conoscenza e la sua instabilità nel tempo. Se il primo elemento è a nostro avviso ineliminabile da qualsiasi processo conoscitivo, e può al contrario nutrire la riflessione del ricercatore e la sua trasparenza nella restituzione dei dati, un parziale salvagente rispetto al secondo rischio è dato dalla stesura delle note sul campo, che rappresentano un punto fermo nell'osservazione.

5.5.2 Discussione dei dati

Sono state svolte venti interviste semistrutturate al personale dell'Ospedale di Voltri in servizio presso i reparti di Ginecologia, Ostetricia e Radiologia. I reparti sono stati individuati per la disponibilità di accesso e la maggiore possibilità di coinvolgimento dei destinatari grazie a contatti diretti dei ricercatori coinvolti.

Le interviste semistrutturate del lavoro di Patrone e Zunino (2017) hanno restituito un identikit dei rispondenti (venti, quattordici donne e sei uomini) con un'anzianità media di servizio presso l'OEIGE di 21 anni, con un 65% avente un'età compresa tra i 50 e 70 anni (45% tra 50 e 60 anni e 20% tra 60 e 70) e solo un 5% nella fascia tra i 30 e 40 anni. Tutte le persone intervistate si dichiarano italiane e italofone.

Relativamente alle competenze linguistiche dichiarate, si ritrova un 65% con solo l'italiano e un 20% con un inglese base-scolastico. Compagno dichiarato le seguenti lingue: cinese, francese, romeno, russo, serbo, spagnolo e tedesco, ma solo con percentuali minime, disperse e che raggiungono un totale del 20%, di cui non vengono indagati i livelli.

Alla domanda «Quali indicherebbe come principali barriere alla fruibilità dei servizi per i cittadini non italiani?», l'80% del totale risponde evidenziando le problematiche linguistico-culturali come principale barriera alla fruibilità dei servizi

⁶Alcune convenzioni di trascrizione, come quelle utilizzate nell'Analisi della Conversazione, tentano una rappresentazione grafica dei tratti non linguistici del parlato. Tuttavia, queste convenzioni non sono state impiegate poiché l'obiettivo del progetto non era studiare la dinamica dell'intervista come dato conversazionale, quanto far emergere categorie affini o divergenti all'interno della percezione degli intervistati. A questo scopo, si è proceduto a una analisi tematico-narrativa delle interviste.

da parte di pazienti non italiani, seguite dalla burocrazia (10%). Un 10% ritiene che non vi siano barriere.

Profili del paziente evocati e difficoltà comunicative

Nonostante gli intervistati dichiarino che la maggior parte dei pazienti siano italiani, tutti hanno una percezione di un aumento significativo di pazienti di origine non italiana negli ultimi cinque anni (2012-2017). Tuttavia, nell'incontro con il paziente straniero non viene sempre rilevata come fonte primaria di difficoltà la differenza linguistica in sé, né le lingue in cui avviene l'effettiva comunicazione: la difficoltà non è quindi automaticamente legata a una distanza tra tipologie linguistiche nell'impossibilità di utilizzare una lingua veicolare (come l'inglese, il francese, lo spagnolo o il portoghese, lingue coloniali diffuse in vari continenti) o una lingua madre abbastanza vicina a quella dell'interlocutore. La comunicazione problematica è invece spesso messa in relazione con le condizioni di produzione discorsiva. Gioca un ruolo importante l'evento medico vissuto dai partecipanti alla comunicazione: ad esempio, sette ostetriche su otto riportano difficoltà nella comunicazione interlinguistica durante il travaglio, un momento complesso a livello fisico, emotivo e culturale in cui l'attivazione della lingua altra potrebbe non essere facile.

Tuttavia, sembra essere la posizione di paziente in sé a costituire un primo elemento problematico: come fa notare un intervistato, i problemi compaiono prima di accedere ai servizi offerti dall'ente, sia a causa del basso livello di competenza linguistica, sia per l'agitazione data dall'accesso a un ospedale. Inoltre, lo scarto tra le conoscenze specifiche del paziente rispetto a quelle del personale sanitario viene individuato come la principale barriera alla comprensione laddove l'uso di termini medici specialistici non venga compreso dal paziente, italiano o allofono. Questo chiama in causa due concetti fondamentali. Prima di tutto, il ruolo della controparte comunicativa: in che modo comunica l'operatore sanitario? Un solo partecipante si sofferma su questo aspetto, dichiarando che il problema derivante dalla differenza linguistica consiste nel non riuscire a essere empatici con i pazienti come lo si è quando entrambe le parti parlano la stessa lingua. Tuttavia, si tratta di un tema che non viene affrontato da nessun altro intervistato, soprattutto non in questi termini. Al contrario, i rispondenti sembrano concentrarsi sulle difficoltà dell'interlocutore nel parlare la lingua italiana: la percezione dei sanitari è quella della mancanza di uno sforzo verso l'apprendimento della lingua ospite, o comunque di un processo di acquisizione lungo, stentato, dagli esiti non soddisfacenti.

Secondariamente, emerge un elemento di grande rilevanza: il setting della comunicazione e le procedure mediche e conversazionali contribuiscono a rendere più precario il dialogo laddove la persona che richiede le cure, già in una condizione di vulnerabilità, porta con sé fragilità ulteriori, specifiche e/o generali, come in alcuni casi che vengono evocati più e più volte. Si tratta di pazienti segnalati come particolarmente vulnerabili, che interrogano la funzione dell'ospedale al di

là dell'erogazione di terapie. Un soggetto ricorda alcuni pazienti che sono persone in condizione di senza dimora e che vedono nell'ospedale un possibile rifugio dove incontrare qualcuno che li ascolti, un pasto caldo e un ambiente sicuro dove passare la notte. Finito l'iter sanitario, però, rimane il problema di dare una sistemazione a queste persone; l'ospedale, in questo caso, cerca di trovare una soluzione facendo rete con le associazioni del terzo settore che si occupano nello specifico di persone in condizioni di emarginazione urbana grave⁷.

Un secondo gruppo di pazienti indicati come vulnerabili sono le donne non italofone, che sembrano vivere un disorientamento iniziale maggiore nel comprendere a che servizi possano rivolgersi; inoltre, viene segnalata dalla quasi totalità delle ostetriche (tutte eccetto una) come problematica la comunicazione mediata con queste pazienti laddove sia il marito a svolgere il ruolo dell'interprete⁸. Questa situazione apre al tema dei mediatori-interpreti e delle aspettative nutrite nei loro confronti da parte del personale sanitario. Che cosa dovrebbe fare un mediatore? La comunicazione mediata offre più vantaggi o svantaggi? Come si può lavorare bene con un mediatore?, sono tutti interrogativi che attraversano i resoconti dei rispondenti.

Il rapporto con i mediatori-interpreti

La totalità degli intervistati afferma di avere usufruito in passato di mediatori non professionisti; nella maggioranza dei casi, si tratta di parenti e amici dei pazienti che, in mancanza di una figura professionale, hanno provveduto a fornire un supporto linguistico al personale medico sanitario. Questa diffusa pratica è accettata dal personale e valutata positivamente come risorsa che permette una comunicazione altrimenti difficile (pur con la criticità portata dal marito, già segnalata, nel reparto di Ginecologia e Ostetricia), ma fanno eccezione due persone. Come fa notare un intervistato, il ricorso al familiare porta con sé dei rischi: la mancata professionalità e la vicinanza al paziente attivano nell'operatore una percezione di sfiducia nei confronti del mediatore-interprete, poiché si tratterebbe di «un telefono senza fili e non sai se ciò che hai detto è veramente ciò che è stato tradotto». L'impossibilità di controllare la resa interpretativa in una lingua distante dalla propria, accompagnata dalla non-professionalità della figura del mediatore-interprete spontaneo, suggerisce quindi il timore di una distorsione dell'intenzione

⁷ Ci pare opportuno segnalare che, da agosto 2021, è attivo presso l'OEIGE di Genova Castelletto un ambulatorio di Medicina Generale pensato per chi sta vivendo una situazione di emergenza sociale, per le persone in condizione di senza dimora e per chi non riesce a inserirsi nei percorsi di assistenza sanitaria consueta.

⁸ È questo un caso che, secondo i rispondenti, si sovrappone a una seconda casistica: quella delle e dei pazienti definiti come 'musulmani', con cui gli intervistati riportano le maggiori difficoltà di comunicazione. Si riconosce però che vi sono stati miglioramenti dopo l'introduzione di una dieta *halal*.

comunicativa originaria. E tuttavia, per quanto riguarda invece la presenza di mediatori professionisti all'interno dell'ospedale, solo un intervistato menziona di aver lavorato con una cooperativa locale che offriva un servizio a chiamata. Le tempistiche risultavano così lunghe, rendendo la convocazione del mediatore poco praticabile e poco remunerativa per i mediatori stessi.

Strategie comunicative proposte

La prima strategia per ridurre o eliminare le difficoltà linguistico-culturali con persone di origine non italiana è la presenza costante di mediatori-interpreti all'interno della struttura: una figura che si possa spendere in tutti i reparti, in particolare al Pronto Soccorso. Allo stesso tempo, però, i soggetti sono consapevoli di quanto distante, quasi utopistica sia tale misura e vengono incoraggiati a ragionare al di là e oltre la figura del mediatore. Per questo, diversi tra loro propongono la redazione di modulistica nelle principali lingue dei pazienti non italiani, altri la creazione di un ufficio *ad hoc* per il ricevimento dell'utenza non italiana; un altro intervistato suggerisce una misura più ampia: delle campagne informative che forniscano informazioni ai cittadini non italiani, sottolineando quindi la natura non essenzialmente linguistica della difficoltà che le persone straniere incontrano nell'accesso alle cure ospedaliere. Al disorientamento menzionato prima rispetto alle donne straniere si oppone quindi tematicamente un orientamento, un processo di chiarificazione delle procedure (culturali) dell'istituzione di cura italiana. La fragilità del paziente viene quindi concepita nella sua globalità: linguistica e situazionale insieme. Per questo, un intervistato afferma che sarebbe utile fornire alle persone informazioni online o volantini in più lingue, quindi qualcosa di permanente che possa essere consultato anche in situazioni di maggior tranquillità, quando il tempo agitato dell'ospedale viene sostituito dal tempo più lento della quotidianità⁹.

Sollecitati rispetto all'utilità di un corso di lingua per il personale attivato dalla struttura¹⁰, i rispondenti si dichiarano tutti favorevoli, tranne due: in un caso, il rispondente afferma di non sentire nessun bisogno formativo; nel secondo, il soggetto sottolinea che il carico di lavoro giornaliero è già abbastanza oneroso. La lingua ritenuta più utile è l'inglese, il corso dovrebbe essere erogato a tutto il personale. Eppure, i bisogni formativi degli intervistati si confermano essere non prettamente linguistici: più della metà dei rispondenti afferma di essere interessata a svolgere un corso in cui venga sviluppata non solo la competenza linguistica, ma anche la consapevolezza di aspetti culturali e comportamentali che riguardano

⁹ La tematica del tempo vissuto del paziente ritornerà anche nel prossimo capitolo.

¹⁰ Un intervistato non vede margini di miglioramento: l'unica maniera per risolvere i problemi comunicativi consisterebbe nell'eliminare la fonte del problema, con la diminuzione dell'affluenza di pazienti non italiani alla struttura.

in maniera specifica le situazioni incontrate quotidianamente nell'incontro con i pazienti. Tali informazioni non servirebbero soltanto a favorire la comunicazione: si tratta piuttosto di un segnale di disponibilità inviato al paziente. Riuscire a porre «anche solamente qualche domanda per far capire che ci sto provando, che ho voglia di venirti incontro» significa affrontare il nodo della disponibilità e della responsabilità dell'operatore, e dell'attenzione che questi pone nei confronti della percezione della cura.

Risorse comunicative presenti nella struttura: il materiale informativo multilingue

Il periodo di osservazione presso la portineria, i reparti e il Pronto Soccorso San Carlo di Voltri, atto all'individuazione e successiva analisi del materiale multilinguistico a disposizione dei pazienti non italiani, ha evidenziato una scarsità generale di materiali. Sono stati analizzati avvisi, volantini, poster, cartelli, materiale stampato, bacheche e altre indicazioni scritte, compreso il sito web dell'ospedale. Ciò è stato fatto valutando l'efficacia comunicativa del messaggio, ossia il perseguimento dello stesso obiettivo comunicativo del testo di partenza, accanto a fattori quali la precisione grammaticale, grafica e sintattica, l'immediatezza, l'accessibilità¹¹ e la localizzazione, ossia l'adeguamento alle procedure, alle norme, ai valori e alle aspettative della linguocultura di arrivo. L'indagine presso il Pronto Soccorso ha fatto rilevare una totale assenza di indicazioni per pazienti non italiani. Tuttavia, è emerso un materiale di grande interesse: un manuale creato dagli infermieri del Pronto Soccorso e diviso in quattro lingue (inglese, francese, tedesco e spagnolo) dove erano presenti alcune delle frasi e dei termini più frequenti nelle interazioni con i pazienti. Si trattava di un documento a uso interno, utilizzato all'epoca raramente a detta delle persone contattate e principalmente con pazienti di lingua araba, usando il francese o l'inglese come lingue veicolari.

Il manuale consiste innanzitutto in un frasario, che riporta le domande chiave del colloquio («È in viaggio?», «Qualcuno l'accompagna?», «Che cosa è successo?», «Ha allergie?») e alcune indicazioni generali evidentemente tratte dalla pratica quotidiana, come rivelano la loro specificità e colloquialità. Un esempio è la frase seguente: «Deve fare una visita specialistica ma la deve fare in un altro ospedale verrà trasportato con un'ambulanza a spese nostre in un altro ospedale ok?».

L'altra componente linguistica è invece il glossario: vengono riportati i nomi delle principali parti del corpo, alcune possibili cause dell'accesso al Pronto Soccorso (come un incidente stradale o un infortunio sul lavoro) e alcuni sintomi.

¹¹ L'accessibilità di un materiale o di uno strumento può essere definita come «la disponibilità e la facilità di accesso fisico, l'intelligibilità cognitiva, nonché l'insieme delle tecniche che consentono di creare prodotti con queste caratteristiche o di veicolare informazioni rispettando questi criteri» (Daloiso 2012: 95).

Quello che sembra interessante rilevare è come il manuale si centri sul ruolo comunicativo dell'infermiere, le cui domande e indicazioni vengono proposte in traduzione. Al contrario, al ruolo comunicativo del paziente viene dedicata minor attenzione, riportando un elenco di equivalenti terminologici, ma nessuna frase tipo. Appare quindi come il manuale fosse stato creato a partire dalle pratiche routinarie degli infermieri, con un lavoro linguisticamente non perfetto (sono vari gli errori pragmatici, sintattici e ortografici) ma orientato a facilitare la comunicazione, anche se solo in un senso. La fase della produzione, il 'farsi capire' sembra quindi privilegiato rispetto alla fase di comprensione, al 'capire'¹². Del resto, i pazienti hanno strategie proprie per permettere la comunicazione con gli operatori: il personale dell'Evangelico contattato ha riferito di pazienti che ricorrevano alla traduzione (anche orale) di brevi frasi grazie ai propri dispositivi personali dotati di applicativi di traduzione. Il ruolo di altri servizi dell'ospedale, che pure rappresentano un'interfaccia con l'esterno, sembra invece di poco peso: il personale addetto alla portineria non sembrava avere specifiche competenze in lingue diverse dall'italiano. Riferiva di «arrangiarsi, spesso a gesti».

Per quel che riguarda il materiale iconico a disposizione, gli unici cartelli e volantini informativi affissi in una lingua diversa dall'italiano si trovavano presso il reparto di Ostetricia¹³. Analoghi risultati hanno portato l'osservazione e l'analisi dei materiali scritti negli altri reparti del Presidio di Voltri.

Infine, per quanto riguarda la pagina web, l'OEIGE non presenta lingue diverse dall'italiano.

Per quanto riguarda l'osservazione, questa rileva che i cartelli in italiano erano generalmente ben visibili, con caratteri grandi, illuminati e di facile comprensione. Solo in pochi casi (ascensore per il pubblico o altro cartello posizionato dietro una porta scorrevole) si sono evidenziati problemi di collocazione o di visibilità. Tuttavia, durante il periodo di osservazione presso il Pronto Soccorso, i ricercatori hanno notato in alcuni pazienti italiani manifestazioni evidenti di impazienza, con aperte lamentele riguardo la lunga durata e la mancata comunicazione dei tempi di attesa, nonostante nella sala d'attesa fosse affisso un cartello in lingua italiana che spiegava il funzionamento dei codici di gra-

¹² Nel capitolo successivo, vedremo invece come le studenti delle Attività Didattiche Elettive (ADE) di Medicina e Ostetricia sottolineino la rilevanza della bidirezionalità del capire e farsi capire.

¹³ Si trattava di un volantino riguardante il virus Zika in spagnolo e di un poster in inglese nel reparto di Neonatologia che avrebbe dovuto fornire informazioni riguardanti la corretta postura da assumere durante il sonno, dove, però, «dormire sulla schiena» era stato tradotto come «back to sleep» («tornare a dormire»). Il volantino del progetto «Finestra Rosa» a sostegno delle donne vittime di violenza si presentava in italiano, ma riportava l'indicazione di un numero verde nazionale e multilingue.

vità e i tempi di attesa medi relativi a ogni codice¹⁴: si evidenziava quindi una percepita mancanza dal punto di vista comunicativo per i pazienti in attesa al Pronto Soccorso.

5.6 Il secondo progetto

L'anno successivo, tra il 2017 e il 2018, la Direzione decide di analizzare i bisogni comunicativi presenti nel Pronto Soccorso San Carlo dell'Ospedale di Voltri, dopo alcuni episodi di conflitto tra le persone accolte e il personale. Il progetto si è concentrato su questioni inerenti alle relazioni e alla comunicazione che si realizzano in ambito ospedaliero e in particolare in un reparto d'urgenza, spesso luogo di tensioni tra operatori e utenza, ma anche tra gli stessi operatori.

5.6.1 Strumenti di raccolta e analisi dei dati

Durante il secondo progetto (2017-2018), due strumenti di raccolta dei dati hanno consentito la loro triangolazione: una osservazione partecipante integrata da un approccio etnografico della durata di due mesi e il gruppo di discussione con il personale non medico, in due incontri. L'osservazione è stata 'partecipante' nella misura in cui la presenza delle osservatrici era nota (unicamente) al personale del Pronto Soccorso, con cui nascevano occasioni di dialogo quotidiano nelle pause e nei momenti più distesi; al contempo, l'osservazione è stata non trasparente (pur suscitando interesse nel personale, le note sul campo non sono mai state condivise, al contrario del rapporto finale) e circoscritta, in quanto limitata alla sala d'attesa. Al centro dell'osservazione sono state poste le risorse comunicative messe in campo dai vari attori del Pronto Soccorso: dipendenti dell'ospedale, operatori esterni (volontari e dipendenti del primo soccorso), pazienti, accompagnatori, volontari ospedalieri. Lo sguardo delle osservatrici era diretto alla descrizione della situazione comunicativa nel suo complesso: in che modo la qualità della comunicazione è influenzata dall'ambiente (la disposizione delle sedie e delle barelle, la possibilità di lanciare un'occhiata all'interno della zona visite e anche di penetrarvi attraverso la porta scorrevole, le occasionali comparse del personale)? In quale misura sono comprensibili i linguaggi impiegati (verbale, corporeo, iconico nella cartellonistica e nel codice del triage)? Quali sono le fonti di maggior attrito tra personale e popolazione in attesa? Quali le preoccupazioni e le domande a cui l'utenza sente di non ricevere risposta?

Va sottolineato il punto focale dell'osservazione: limitandosi al luogo individuato come il fulcro della tensione, l'osservazione consentiva di monitorare l'iter

¹⁴ Al momento dell'osservazione (fine 2016) il servizio Ufficio Relazioni con il Pubblico non era disponibile ed era svolto dalla Direzione Sanitaria.

del paziente e le dinamiche comunicative interne al solo spazio osservato, senza accedere allo spazio del triage o della visita diagnostica.

Al termine di questa prima tappa e a seguito dell'analisi tematica delle note sul campo¹⁵, è stato scelto il gruppo di discussione come strumento di ulteriore approfondimento delle idee e delle esigenze del personale. Ai due gruppi di discussione, destinati al comparto Infermieristico-OSS del PS di Voltri, hanno aderito quattro infermieri e tre OSS al primo incontro e al secondo incontro sei infermieri e tre OSS. Nel periodo di svolgimento del progetto il reparto disponeva di nove medici, ventidue infermieri e dodici OSS.

La registrazione dei gruppi di discussione è stata trascritta e analizzata tematicamente, per poi essere restituita in un primo incontro al personale del Pronto Soccorso nel proprio presidio ospedaliero e alla dirigenza in un secondo incontro nella sede di Genova Castelletto.

Parallelamente a questo progetto, si è tenuta una sensibilizzazione in mediazione comunitaria, strutturata in cinque incontri di form-azione, *ex ante* ed *ex post* l'analisi dei bisogni e la raccolta dati sul campo¹⁶.

5.6.2 Discussione dell'esperienza

In questo paragrafo definiremo meglio gli elementi chiave che sono stati rilevati attraverso l'osservazione partecipante sul campo, dalle caratteristiche fisiche dello spazio alle tematiche più strettamente connesse con gli aspetti interazionali.

La sala d'attesa come luogo liminale

La zona riservata all'attesa presenta una forma a croce greca, tagliata a metà da un corridoio ai cui lati si trovano le salette (a sinistra, accessibili attraverso una porta scorrevole non bloccata), al triage e all'O.B.I. In fondo a sinistra si trovano i bagni per l'utenza e le macchinette del caffè (anche per il personale); direttamente in fondo alla 'navata' un ascensore portava agli altri reparti dell'ospedale¹⁷.

¹⁵ Le note sul campo sono state redatte durante i turni di osservazione, integrandovi gli scambi informali con il personale. Va sottolineato che le informazioni provenienti dal personale medico sono state raccolte unicamente attraverso questo tipo di scambi. Inoltre, l'osservazione non ha fornito informazioni soddisfacenti rispetto a questa categoria, una mancanza che costituisce già di per sé un dato. Il paziente entra in contatto con il medico (e viceversa) tendenzialmente all'interno della saletta per le visite: sono pochi i medici che chiamano direttamente i pazienti in sala d'attesa, così come pochi sono quelli che intervengono per sedare le lamenti più acce. In generale, in tutti i nostri progetti, è esiguo il numero di medici partecipanti rispetto alle altre categorie professionali.

¹⁶ La sensibilizzazione è stata tenuta sia da esperte internazionali (Myriam Barrientos, Gloria Novel) sia dai coordinatori dell'iniziativa (Danilo De Luise e Mara Morelli), svolta grazie a una sinergia con altri progetti della Fondazione San Marcellino in collaborazione con l'Università di Genova (<https://www.sanmarcellino.it/i-progetti-della-mediazione-comunitaria/>).

¹⁷ Nel corso del 2018 sono stati svolti i lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso di Voltri, che

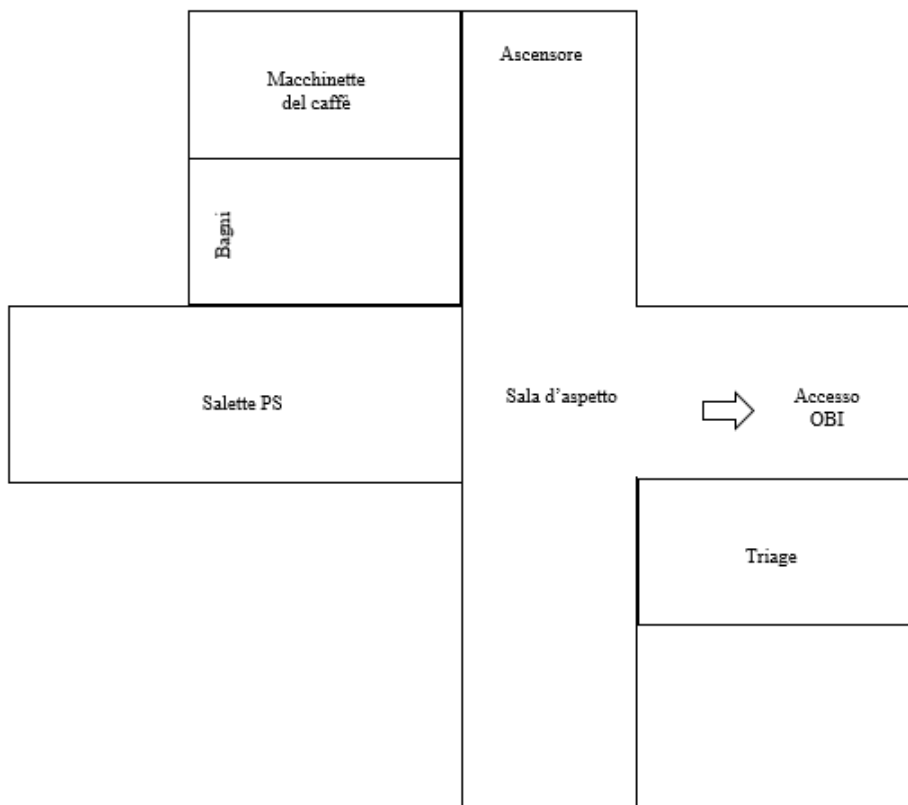


Figura n. 5, Pianta del piano del Pronto Soccorso all'Ospedale Evangelico di Voltri.

Le caratteristiche spaziali rivestono una notevole importanza, poiché definiscono i tempi e i modi della comunicazione, della cura e dell'attesa. In questo caso, lo sguardo assunto è stato quello del paziente che, dopo aver ricevuto il proprio codice al triage, occupa la sala d'attesa, non sempre con un posto a sedere; l'accesso diretto delle ambulanze crea spesso spifferi e rende la sala fredda e rumorosa, esponendo agli occhi dei pazienti in attesa i nuovi arrivi. Gli abitanti di questa zona sono i pazienti e i loro accompagnatori, ma anche i volontari ospedalieri, spesso presenti al mattino, con la funzione di fornire indicazioni; il loro ruolo diventa però talvolta quello di animatori. Il passaggio obbligato di un operatore sanitario diretto all'O.B.I. o alle macchinette del caffè rappresenta l'occasione per brevi, concitati scambi in attesa del momento della propria visita o dell'esito della visita dell'accompagnato.

hanno portato alla definizione di una sala d'attesa chiusa; anche l'accesso alle salette non era più possibile attraverso la porta scorrevole.

Le percezioni, le idee, le aspettative

I principali risultati provengono da una lettura e analisi sia dell'osservazione, sia delle trascrizioni dei gruppi di discussione condotti al termine dell'osservazione. L'analisi tematica delle note sul campo e l'analisi tematica e narrativa delle trascrizioni hanno permesso di far emergere le rappresentazioni comuni e divergenti tra singoli individui ma soprattutto tra le diverse categorie lavorative: OSS, infermieri, medici; ed emergono spontaneamente, come attori imprevisi ma importanti dell'interazione in sala d'attesa, i volontari ospedalieri. Appaiono quindi al centro dell'analisi due temi forti: identità e collettività, mai scindibili. I temi sono la percezione del proprio ruolo, dei suoi limiti, delle trasgressioni dei confini tra una funzione e l'altra, dei rapporti privilegiati con un collega, del turno in cui si vivono meglio le ore di lavoro, dei rapporti del Pronto Soccorso con gli altri reparti dell'ospedale, della storia dell'ospedale stesso e dei cambiamenti che hanno avuto luogo nel passaggio dalla gestione pubblica a quella attuale. La dimensione etico-deontologica è particolarmente presente: ci si interroga sulla legittimità di alcuni comportamenti – dei colleghi, dei pazienti, degli accompagnatori; al centro delle discussioni stanno il lecito e l'illecito. Si evidenzia fin da subito un discorso dell'Io che deve, giocoforza, relazionarsi con un Noi.

Le relazioni descritte nelle note sul campo e nei gruppi di discussione riguardano i colleghi con la stessa funzione, l'équipe dei vari turni, la popolazione generale e la dirigenza. Sono molto ricche le osservazioni e le narrazioni che riguardano i primi tre ambiti; il rapporto con la dirigenza viene invece toccato con più cautela, a volte in forma eufemistica, a volte espressamente, per comprendere quale fosse il ruolo delle osservatrici e in che modo quanto ascoltato e osservato sarebbe stato presentato alla dirigenza, che sosteneva il progetto.

Per motivi di spazio, ci concentreremo qui sul rapporto con la popolazione poiché comune a tutti i progetti qui analizzati e poiché permette di tenere al centro il target ultimo, ma prioritario, del lavoro di un ospedale.

Criticità nella comunicazione, tra il silenzio e la parola che tracima

La povertà di informazioni accessibili ai pazienti rende la struttura della sala d'aspetto muta, incapace di fornire informazioni rispetto alle tempistiche della visita. Questo aspetto genera ansia nei pazienti e negli accompagnatori, e malcontento. L'unica figura con cui possono entrare in contatto è, nelle fasce mattutine, il o la volontaria ospedaliera, la cui appartenenza ai ranghi della cura è segnalata da un potente simbolo iconico, il camice. Questo ruolo di interfaccia in un momento come l'attesa, caratterizzato da incertezza e spesso da paura e dolore, rende i volontari ospedalieri delle figure chiave. Tuttavia, la grande varietà negli stili comunicativi di queste figure non fa emergere competenze strutturate, né condivise. Si osservano invece dinamiche comunicative in cui la maggior autorità epistemica e situazionale

del volontario ospedaliero si manifesta in atti di *gate-keeping*¹⁸ non funzionali: il disvelamento di informazioni non è sempre diretto a dare più strumenti al paziente per la comprensione di ciò che sta accadendo. Se questo accade per le richieste di informazioni logistiche, per esempio nello spostamento dal Pronto Soccorso al reparto di Radiografia, non è così per informazioni cruciali, come le tempistiche. Si tratta, in effetti, di non-informazioni: il volontario non può fornire nessuna indicazione precisa, poiché non ha accesso alle salette e non può quindi monitorare l'andamento delle visite; tuttavia, spesso vengono date risposte che sottolineano i tempi lunghi dell'esperienza al Pronto Soccorso: si manifesta così la maggior conoscenza della cultura del luogo da parte del volontario, che contribuisce al contempo ad accrescere la sensazione di insicurezza, di fastidio e di disagio.

I dipendenti che transitano per la sala d'attesa sono solitamente di corsa, in particolare i medici, che sono apparizioni rare e fugaci. Il maggior contatto avviene con gli OSS, incaricati di accompagnare i pazienti, in particolare quelli in barella o sedia a rotelle. È con loro che la sala d'attesa può più spesso relazionarsi: questo genera pressione nel personale, in particolare poiché le domande portano su argomenti che non rientrano nelle competenze e nella funzione degli OSS. L'impossibilità di rispondere – evitando quindi la trasmissione di informazioni inesatte o delicate – crea confusione nei pazienti e nei loro accompagnatori, che la interpretano come un rifiuto aprioristico, una forma di *gate-keeping* ostile in cui le informazioni vengono tenute nascoste all'utenza.

Competenze comunicative interne

L'osservazione fa emergere gli infermieri come i migliori comunicatori dell'équipe, empatici e assertivi. Nei gruppi di discussione vengono tuttavia alla luce differenze significative all'interno del gruppo, imputate dal personale alla diversa formazione ricevuta. Il vecchio nucleo degli infermieri avrebbe ricevuto una preparazione 'migliore' rispetto ai nuovi arrivati: qualità come la capacità di lettura del contesto favorivano una percezione maggiore della cura. In questo senso, gli infermieri sentono un forte scarto generazionale. I colleghi più giovani, difatti, vengono descritti come privi di una formazione sufficiente a evitare atteggiamenti duri, considerati catalizzatori di reazioni violente da parte dell'utenza. La responsabilità della tensione nella comunicazione, e del suo sfociare in aggressività, viene imputata a una insufficienza nelle competenze comunicative del personale stesso, a una forma di cura in qualche modo spogliata della dimensione empatica.

La formazione carente si inserisce all'interno di una narrazione condivisa che divide tra 'prima' e 'dopo'. Da un lato, il passato in cui l'ospedale di Voltri era gestito dall'azienda sanitaria – passato che corrisponde al periodo di ingresso nel

¹⁸ Il *gate-keeping* è l'insieme delle azioni comunicative che permettono (o, nell'accezione più frequente, ostacolano) l'accesso alle informazioni da parte dell'utente non istituzionale.

mondo del lavoro per molti degli infermieri intervistati. I corsi di formazione sotto la guida di un primario trascinate vengono ricordati con piacere; a quegli anni si contrappone l'era del post-azienda sanitaria. Viene descritta una atmosfera di lavoro più difficile, in cui c'è una «guerra» tra le varie categorie, in cui manca personale e i tempi del lavoro si fanno sempre più opprimenti. Dal lavoro sul campo, le osservatrici rilevano due poli fondamentali: il primo è la fiducia tra colleghi, in particolare nelle relazioni tra professioni e, quindi, mansioni e autorità diverse, con un diverso status percepito dai dipendenti stessi. Tale gerarchia non è sempre improntata al rispetto reciproco: in particolare, gli OSS rivendicano la necessità di una comunicazione più rispettosa. Gli aspetti legati alla comunicazione vengono così evidenziati come il secondo polo importante: viene espressa l'esigenza di una formazione orientata all'apprendimento di tecniche di comunicazione efficaci (come l'assertività, l'empatia e l'ascolto attivo) per rafforzare la dimensione relazionale sia tra colleghi, sia con i pazienti.

La comunicazione sembra ostacolata e impoverita per diversi motivi, legati in grande misura alle competenze individuali, ma non solo. A danneggiarla sono anche le tempistiche del lavoro, la struttura non eloquente della sala d'attesa, la mancata formazione al dialogo del personale e dei volontari ospedalieri, la percezione di una cura insoddisfacente da parte dei pazienti. Tutte queste caratteristiche portano alla luce la complessità della comunicazione in Pronto Soccorso.

Anche per questo, si è deciso di proseguire sul cammino della mediazione comunitaria indirizzata al personale dell'istituzione ospedaliera, che aveva già avuto inizio nel novembre del 2017.

Le proposte emerse e il passaggio alla fase successiva

All'interno dei gruppi di discussione, sono emerse alcune idee, poi meglio elaborate negli incontri di sensibilizzazione alla mediazione comunitaria, che hanno visto una presenza di circa quindici persone¹⁹ per ogni incontro, il cui target era stato definito in accordo con la direzione. Nel primo incontro ci si è rivolti ai cosiddetti *opinion leaders*, persone che ricoprivano cariche apicali all'interno dell'organizzazione; nel secondo ai responsabili di struttura e ai coordinatori del Polo Ospedaliero di Voltri, nel terzo e quarto al personale del Pronto Soccorso di Voltri e ai volontari ospedalieri, e nel quinto, ancora una volta, agli *opinion leaders* e ai vertici dell'OEIGE.

La prima proposta prevede l'introduzione a livello globale di linee guida per il trattamento dei pazienti; la seconda, di carattere più formativo, si ispira alla pratica dello studio di caso collettiva al termine di un turno, potenzialmente fertile poiché permette all'equipe medico-infermieristica di imparare dai propri errori, di organizzarsi meglio, di confrontarsi maggiormente. I tempi erano maturi per prosegui-

¹⁹ Alcune persone hanno partecipato a più di un incontro.

re con un percorso-progetto condiviso che vedesse, da un lato, un impegno anche ingente da parte di alcuni membri del personale che si erano dimostrati particolarmente sensibili alle tematiche legate alla mediazione e alla comunicazione. Uno degli obiettivi era la valorizzazione delle risorse interne all'ospedale: queste persone avevano dimostrato le capacità, la volontà e la motivazione per gestire efficacemente gli incontri multilinguistici, con una particolare attenzione agli aspetti relazionali. Per farlo, a settembre 2018, la Direzione dell'OIEGE autorizza tre persone (un OSS e due infermiere²⁰, una in servizio nel presidio voltrese e l'altra impegnata in incarichi gestionali) a partecipare al Corso di Perfezionamento Universitario «Mediazione comunitaria in ambiti sociali complessi»²¹. Nel contempo, la Direzione Sanitaria aveva provveduto a compiere una ricognizione interna delle risorse linguistiche (conoscenza di lingue diverse dall'italiano, interesse a proseguire/approfondire aspetti legati alle lingue e alle culture 'altre') attraverso un questionario interno. Dai risultati raccolti, la stessa Direzione aveva individuato un gruppo di circa venticinque persone, diverse per profili, conoscenze linguistiche, anzianità di servizio, sedi e reparti, a cui dedicare il percorso formativo «Lingue, traduzioni e mediazioni in ambito sanitario», il terzo passaggio del percorso.

5.7 Il terzo progetto

Il progetto 2019 mette al centro l'approfondimento delle caratteristiche essenziali della comunicazione intra- e interlinguistica in ambito sanitario, comprese la traduzione, l'interpretazione e la mediazione. Lo scopo era quello di contribuire all'aggiornamento professionale del personale valorizzando le competenze già presenti in tutti gli ambiti della struttura, con partecipanti provenienti dall'area amministrativa accanto a personale sanitario impegnato in ruoli diversi.

Il progetto del 2019, per quanto presentato come percorso formativo, è stato strutturato sulla base di incontri che favorissero la riflessione sulle pratiche lavorative quotidiane, con le conduttrici in un doppio ruolo: da un lato, una funzione di docenza più tradizionale nella parte relativa alla presentazione di concetti appartenenti all'ambito disciplinare e professionale della Linguistica e degli *Interpreting Studies*; dall'altro, la facilitazione, attraverso attività di gruppo, del dialogo tra le partecipanti, alla ricerca delle conoscenze e delle pratiche già esistenti e di una loro rivalutazione e rielaborazione collettive alla luce delle conoscenze portate dalle formatrici.

²⁰ Purtroppo, una persona non ha avuto la possibilità di seguire il percorso, nonostante il forte interesse dimostrato.

²¹ Organizzato dall'Università di Genova e dalla Fondazione San Marcellino in collaborazione con il Comune di Genova-Direzione Governo e Sicurezza dei Territori Municipali.

Le partecipanti costanti al percorso di form-azione del 2019 sono state quindici, tutte donne. Hanno partecipato una fisioterapista, due dirigenti medici, sei infermiere, un'ostetrica, e cinque unità dello staff amministrativo.

Le partecipanti hanno repertori linguistici diversi: per la prima volta, il progetto vede la presenza di personale allofono, con madrelingua non italiana (sette persone su quindici partecipanti). La relazione con lingue 'altre' è comunque forte per quasi tutte loro. Le storie di vita riportano esperienze di migrazione, lavoro all'estero, relazioni affettive importanti e in corso con persone allofone.

5.7.1 Discussione dell'esperienza

Il primo incontro si è focalizzato sulla presentazione di una proposta di approccio integrato tra lingue e culture, nozioni di base legate al bilinguismo e alla traduzione, e sulla presentazione di alcune esperienze e pratiche positive, richieste dalle partecipanti. Il secondo e terzo incontro sono stati invece dedicati a due argomenti specifici: nel primo caso²², la comunicazione medico-paziente mediata e non mediata, con l'analisi di aspetti culturali dell'interazione e potenziali criticità a essi collegate, così come i ruoli assunti da chi svolge una mediazione nella gestione della comunicazione affettiva, grazie al ricorso a interazioni autentiche registrate e trascritte, su cui il gruppo ha lavorato. Nel terzo incontro è stata presentata e affrontata l'interpretazione a distanza in ambito medico, facendo riferimento a esperienze nazionali e internazionali e con un focus specifico sull'interpretazione telefonica. Infine, l'ultimo incontro è stato dedicato a costruire il progetto integrato di mediazione linguistica-culturale in chiave comunitaria, passando in rassegna gli strumenti e le tecniche recuperabili dai diversi incontri e applicabili nel quotidiano²³.

Pur non avendo richiesto l'autorizzazione alla registrazione degli incontri per evitare di risultare troppo invasive, i feedback e le proposte delle corsiste sono stati raccolti e restituiti da ogni docente con diversi strumenti (*brainstorming*, lavoro di gruppo, questionario, dibattito libero) e condivisi con il gruppo e all'interno dell'équipe formativa.

Il primo incontro: quale multilinguismo per l'OEIGE?

Nell'ottica di co-costruzione facilitata da esperte esterne, ma guidata da chi conosce profondamente il contesto di cui si sta trattando e dove si svolgono gli incontri, fin dal primo seminario si dedica uno spazio a un lavoro di gruppo sulla consegna:

²² Si tratta dell'incontro condotto da Letizia Cirillo.

²³ Grazie a una sinergia con la chiusura del Corso di Perfezionamento già citato, parte dei vertici del gruppo 2018 e del personale coinvolto nel percorso 2019 ha potuto partecipare, a fine ottobre, a una giornata di studio che ospitava due ricercatori internazionali, Dora Sales e Alejandro Nató, di nuovo in una prospettiva di allargamento di orizzonti, ma sempre esportabili, seppur con aggiustamenti, alla realtà genovese.

«Multilinguismo in ambito sanitario: alla ricerca di buone pratiche e verso un 'vostro' progetto: come si concretizza il multilinguismo nell'OEIGE, con quali criticità, con quali punti di forza e con quali ipotesi operative?». Il gruppo si divide in due sottogruppi e lavora autonomamente sulla consegna per circa quarantacinque minuti. Nella restituzione in plenaria vengono evidenziate le lingue straniere incontrate più frequentemente nell'OEIGE in base all'esperienza delle partecipanti: albanese, arabo, cinese, francese, inglese e spagnolo. Le maggiori difficoltà si riscontrano con l'arabo e il cinese, mentre le partecipanti riferiscono di pazienti albanesi, rumeni e sudamericani con una buona padronanza dell'italiano, e della possibilità di ricorrere all'inglese e al francese come lingue veicolari con pazienti africani.

Come strumenti di supporto nelle interazioni faccia a faccia con i pazienti di origine non italiana vengono evidenziati alcuni materiali già presenti nei reparti: le brochure che presentano l'attività del reparto, i documenti relativi alle dimissioni (con indicazione chiara e semplice di che cosa fare, quando, ecc.) e i consensi informati. Tali strumenti vengono scelti poiché riportano le informazioni chiave in maniera chiara e sintetica: tuttavia, non si tratta di materiale tradotto o creato in lingua straniera. Accanto alla traduzione interlinguistica viene citata anche la semplificazione della terminologia specifica, evidentemente presente nella versione in italiano. Inoltre, la presenza di immagini potrebbe rendere i materiali più accessibili.

Il personale che presta servizio nei reparti di Ginecologia e Ostetricia ricorda che sono disponibili materiali informativi sul sito, vari video per l'educazione neonatale e anche il corso di preparazione al parto (pur riconoscendo che quest'ultimo non è particolarmente seguito da pazienti di origine non italiana). Per le situazioni di urgenza, si propongono anche schede con domande semplici a cui il paziente deve rispondere solo «sì» o «no» e frasi con indicazioni basilari («Respira», «Stai tranquillo», e simili), aggiungendo che qualcosa era stato costruito artigianalmente dalle stesse operatrici, in maniera simile al manuale creato dagli infermieri del Pronto Soccorso, rilevato da Patrone e Zunino.

Come criticità riemergono molti degli aspetti legati a particolari provenienze e abitudini culturali che erano già stati evidenziati dal lavoro di Patrone e Zunino tre anni prima: l'assenza di informazioni tradotte, le difficoltà segnaletiche e logistiche anche in italiano, una comprensione dei bisogni che si fa ardua laddove gli operatori non attivino una comunicazione efficace ed empatica. Ci sembra interessante sottolineare che gli strumenti vengono visti come un supporto, senza che possano sostituirsi alle operatrici. Le partecipanti considerano carente una cultura della mediazione tra gli operatori sanitari e pensano che questa dovrebbe essere estesa all'organizzazione nel suo insieme e anche ai familiari o alle figure di riferimento e di accompagnamento dei pazienti. Le operatrici intendono il plurilinguismo e il multilinguismo come la capacità di abbattere barriere ed emarginazione, ma anche di adottare e sensibilizzare a lingue e linguaggi

inclusivi anche dal punto di vista organizzativo. Nonostante evidenzino un'assenza di formalizzazione del processo di accoglienza e mediazione delle persone non italiane, riconoscono come punto di forza la natura intrinsecamente internazionale dell'OEIGE, la sua tradizione di accoglienza anche nei confronti dei familiari e l'interesse dell'Amministrazione.

Il secondo incontro: difficoltà e bisogni tra comunicazione, cura e mediazione

In maniera analoga a quanto riportato per i precedenti progetti, facciamo seguire un breve resoconto di quanto emerso dalle partecipanti in termini di riflessioni sull'utilità e le criticità, sia del percorso sia del setting lavorativo che vivono quotidianamente, allargando lo spettro a suggerimenti concreti per migliorare la comunicazione multilinguistica all'interno dell'OEIGE derivante dagli strumenti indicati sopra. Le domande al questionario consegnato alle partecipanti al termine del secondo incontro portano alla luce risultati interessanti. Numerose partecipanti non hanno esperienza diretta con incontri mediati con il paziente e non hanno neppure partecipato indirettamente a incontri mediati in ambito lavorativo. In questo senso, il lavoro con le trascrizioni autentiche di conversazioni mediate in ambito sanitario, considerato qui come un fattore di qualità nella formazione dei professionisti linguistici (come in quella degli interpreti: si veda il capitolo 3), potrebbe servire per far accedere il personale in formazione a uno spazio altrimenti irraggiungibile: attraverso il formato dell'osservazione, si dovrebbe lavorare sul potenziamento delle proprie capacità analitiche, strategiche e di risoluzione di problemi. Tale lavoro è stato però ritenuto da una partecipante come oscuro:

Ho riscontrato difficoltà con i testi distribuiti nella comprensione, mi sembravano confusi. Ci sono differenze nelle dinamiche di interazione e mediazione emerse dai dati perché nella realtà mi sembra meno complicato comunicare con le pazienti straniere di culture diverse.

La stessa rispondente riporta una delusione nei confronti del corso: «Mi aspettavo di ricevere strumenti per aiutarci a comunicare, mediare con le persone di cultura e lingua diversa, ma forse non sono riuscita a coglierli». Questo consente di riflettere su una esigenza frequente tra il personale sanitario incontrato: la necessità di poter contare su un insieme di strategie comunicative ben definite. Tra queste, spicca per la sua ambivalenza il ricorso al mediatore: gli incontri hanno problematizzato la sua presenza, e fatto emergere le complessità proprie al lavoro stesso di mediazione interlinguistica e interculturale: «Dagli esempi che abbiamo trattato mi è sembrato che nonostante ci sia la figura del mediatore si può creare ancora molta confusione e i mediatori possono sembrare non professionali». La sensazione di confusione nei confronti della figura terza del mediatore sembra essere soprattutto una reazione di fronte alle tante variabili e ai tanti crocevia comunicativi dello scambio multilinguistico. Alcune persone parlano infatti di una sensazione di difficoltà e di rischio: «Col seminario di oggi ho capito quanto

possa essere difficile rapportarsi con persone che hanno un background diverso dal nostro e, nonostante la buona volontà e la buona fede, si possa incorrere in 'incidenti di comunicazione'; «Sicuramente la relazione con pazienti di culture diverse non è semplice», così come non è semplice fare un passo indietro e osservarsi come attori comunicativi: l'incontro «[h]a sottolineato la complessità della mediazione, la facilità di aggiungere giudizio anche forse involontario nella mediazione», «Mi conferma che c'è bisogno di discutere e 'imparare' come trattare le persone», «Quando i professionisti si fermano a osservarsi durante lo svolgersi del proprio lavoro possono cogliere i punti da modificare e migliorare».

Per quanto riguarda le somiglianze e le differenze riscontrate rispetto alle dinamiche di interazione e mediazione emerse dai dati e quelle della loro esperienza lavorativa, alcune riflessioni si scostano dall'opinione negativa della rispondente citata più sopra. Al contrario, le situazioni proposte «corrispondono esattamente all'ambito del mio lavoro», in particolare per quel che riguarda la distanza che viene a crearsi con un paziente allofono: «Sminuire la persona che comprende poco a livello linguistico, non dare importanza alla sua personalità e cultura» non avviene di rado; una situazione difficile, che risuona ad alcune partecipanti: «Qualche volta vedo la difficoltà nel paziente. Essendo straniera anche io mi è abbastanza facile capire le difficoltà che possono avere e come si sentono». La capacità di risuonare, di comprendere una situazione diversa dalla propria non può però essere improvvisata, così come le competenze da mettere in campo per un vero lavoro in mediazione. Benché le professioni di cura vengano messe in relazione esplicitamente con la mediazione, il problema sembra nascere dalla mancanza di una vera e propria formazione in materia. Il buon esito dell'interazione è lasciato allora alle capacità del singolo, alla buona improvvisazione, alle possibilità di costruire mediazione sul campo:

Il lavoro del sanitario è continuamente di mediazione. La materia viene condotta senza consapevolezza, per capacità personale, non 'organizzata'. In presenza di persone 'straniere' è ancora più necessario avere competenze in merito.

Alcune strategie vengono riportate dalla stessa rispondente: «Personalmente cerco di usare parole, simboli, attenzione facente parte dello 'straniero' ma non può essere solo lasciato al singolo».

Il secondo incontro favorisce un dialogo anche critico, ma costruttivo e l'immersione non soltanto di vissuti frustranti, ma anche di risorse messe in atto, anche se spesso solo individualmente.

Il terzo incontro: la fiducia

Nel terzo incontro sono state raccolte, attraverso la discussione di gruppo, le criticità comunicative caratteristiche del setting ospedaliero nella percezione delle partecipanti. Tre tipi di criticità sembrano confermare quanto emerso dai precedenti progetti.

In primo luogo, la difficoltà a creare una relazione di fiducia con il paziente: un paziente che chiede spiegazioni e conferme a tutti gli operatori che incontra, mettendo in dubbio la parola della persona che ha precedentemente fornito le spiegazioni e sottraendo tempo alla cura. L'atteggiamento del paziente lascia emergere il conflitto con un'autorità in cui si ha meno fiducia rispetto al passato, e l'accessibilità a un maggior numero di fonti di informazione (anche non verificata come le risorse su internet e i social network), nonché i mezzi stessi di informazione e il tipo di notizie che vengono diffuse, sono indicati come responsabili.

In secondo luogo, viene espressa una difficoltà a creare una relazione di fiducia con i colleghi più giovani. Alcune persone sostengono che il personale (in particolare infermieristico) più giovane, neolaureato, è percepito come più sicuro di sé, meno umile, e soprattutto meno interessato al rapporto umano col paziente rispetto al passato: «Non vedo mai un'infermiera seduta di fianco al paziente a tenergli la mano». Il cambiamento nello status della professione, segnato dal cambiamento nella formazione accademica, sembra aver avuto delle ricadute da un lato sulla percezione di sé dei giovani infermieri che si vedono come «piccoli medici», alla ricerca di maggior prestigio e di maggior distanza rispetto al lavoro di cura primario (nutrire, lavare, accompagnare, consolare); dall'altro, viene riportata una mancanza assodata: nello stesso percorso universitario degli infermieri, manca il rapporto umano ed empatico con il paziente.

In terzo luogo, emerge il conflitto tra l'empatia e i limiti del ruolo, che mette in luce la necessità di circoscrivere le proprie reazioni spontanee e umane. Si profila una modalità relazionale considerata più efficace: dare risposta alle aspettative del paziente, curando – facendolo in maniera empatica, umana, ma senza oltrepassare i confini di ruolo.

Una costante nell'incontro è quella dei vincoli temporali. La buona volontà del medico o dell'operatore sanitario si scontra con delle tempistiche ristrette, mentre una comunicazione attenta ai bisogni delle persone richiede tempi lunghi, anche per la difficoltà del paziente a esprimersi in certe fasi o in certi tempi dell'interazione. Emerge un contrasto rispetto alla consapevolezza che il 'tempo di cura' è anche tempo di ascolto e di vicinanza umana, un tempo che non coincide con i tempi del servizio. L'unico reparto che sfugge parzialmente a questo aspetto sembra essere il reparto di Ostetricia, dove le donne sono inserite all'interno di un percorso di accompagnamento globale e continuato.

Dinanzi a tali problematiche e difficoltà, il gruppo riflette anche sulle esigenze e potenzialità. Si riconosce l'esistenza di competenze e buone pratiche interne a singole équipe o reparti, ma con l'esigenza di sistematizzazione, di diffusione e di formazione interna. In questo senso, si possono mettere in relazione il passaggio di consegne tra senior e junior e i difficili rapporti tra queste due categorie. Viene sentito il bisogno di ampliare il focus della formazione, troppo incentrata sulla relazione tra medico e paziente, e includere anche le altre professioni ospedaliere,

come il fisioterapista. Un'ostetrica sottolinea una richiesta di tecniche discorsive e comunicative che possano aiutare a condurre bene un'interazione e a capirsi; la stessa persona porta però una domanda: «E la spontaneità? Come essere accoglienti, ma al contempo autentiche?».

La questione linguistica è sentita, ma l'assenza di mediatori professionisti causa delle problematiche: ad esempio, il ricorso al di fuori del turno di lavoro a colleghi che però appartengono ad altri reparti e non possono rispondere in maniera autonoma a parenti preoccupati. Le possibili strade che vengono suggerite corrispondono in parte alle tematiche del corso: l'introduzione di mediatori professionisti; l'introduzione dell'interpretazione da remoto (telefonica) e l'utilizzo delle competenze plurilinguistiche dello staff, probabile soluzione ma che viene percepita come potenzialmente problematica, senza che ne venga motivato il perché.

Il quarto incontro: verso il futuro

A conclusione del percorso, si chiede alle partecipanti di concretizzare ancor più un proprio progetto di accoglienza multilinguistica da parte dell'OEIGE. Sono presenti soltanto nove operatrici che lavorano in un unico gruppo e in cui una persona assume chiaramente il ruolo di leader, rendendo complicate risposte più polifoniche. Le proposte avanzate sono le seguenti: selezionare all'interno del personale dell'OEIGE un(a) referente a cui rivolgere la prima richiesta di aiuto per questioni legate alla comunicazione multilinguistica; stilare un elenco di persone disponibili a partecipare al progetto, a cui fare riferimento. Si sottolinea l'importanza di rendere tutta l'organizzazione più consapevole dei bisogni comunicativi presenti: far conoscere il progetto, diffonderlo all'interno della struttura e favorire l'effetto moltiplicatore delle risorse umane disponibili. Questo/a referente dovrebbe ricoprire il proprio ruolo in maniera costante nel tempo, ed essere riconosciuto e legittimato. Si pensa a un'articolazione pratica con incontri di sensibilizzazione, auto-formazione e formazione anche linguistica, *in primis* con l'inglese, ogni bimestre circa, il più capillare e diffusa possibile all'interno dell'OEIGE, comprendendo ad esempio l'URP, ormai di nuovo attivo a Genova Voltri. Si riconosce il bisogno di incontrarsi «anche solo per raccontarsi, raccontare cosa è successo, cosa ho fatto, cosa avrei potuto fare», lavorando quindi a livello collettivo per migliorare le pratiche individuali. Inoltre, si ritiene che sistematizzare i dati raccolti in questi momenti di discussione e di incontro, relativamente ai bisogni dei pazienti in chiave di mediazione, alle competenze del personale e anche agli indicatori quantitativi e qualitativi da poter adottare potrebbe aiutare l'intera organizzazione a soddisfare le esigenze di tutti gli attori coinvolti nel processo. Tuttavia, si evidenzia come il poco tempo a disposizione per fare tutto questo potrebbe essere una criticità.

Nell'incontro si individua anche una possibile referente, si progetta di incontrarsi nei successivi sei mesi per provare a recuperare l'intero gruppo di questo

percorso, sondare chi possa essere interessato al progetto proposto, riattualizzare il censimento delle risorse linguistiche interne, realizzare un primo momento di info-formazione con tutti i coordinatori che potrebbe essere gestito dalle risorse interne formate in mediazione comunitaria nello stesso anno.

5.8 Il passaggio mancante

Il progetto di form-azione si conclude con una prima bozza di progetto da parte delle partecipanti.

La finalità del progetto 2020 era quella di passare a una fase di co-definizione e realizzazione di un progetto di mediazione linguistico-culturale in chiave comunitaria, con il diretto coinvolgimento del personale dell'OEIGE. Gli obiettivi specifici erano l'approfondimento degli aspetti problematici e/o di particolare interesse emersi dalla formazione precedente; la messa in campo delle conoscenze e delle competenze già presenti o apprese nell'ambito della mediazione linguistico-culturale; la sensibilizzazione di base ad altro personale da parte di un gruppo già formato; la co-progettazione di un percorso di comunicazione efficace (intralinguistica e multilinguistica) basato su buone pratiche internazionali.

Il progetto viene sottoposto alla Direzione Sanitaria e approvato a gennaio 2020, quando tutto si ferma. Il resto è storia nota e, ad oggi, ha impedito la possibilità di riprendere il progetto.

Capitolo 6

L'esperienza delle Attività Didattiche Elettive con le studenti¹ di Ostetricia, Medicina e Mediazione-Interpretazione

6.1 Le premesse²

I capitoli precedenti hanno presentato un quadro teorico, metodologico ed esperienziale in cui si iscrive l'ultima esperienza, anche dal punto di vista temporale, coordinata e facilitata direttamente dalle due autrici del presente volume.

L'idea di proporre un'Attività Didattica Elettiva (ADE) a studenti della laurea triennale in Ostetricia dell'Università degli Studi di Genova nasce da chi scrive, in piena epoca pandemica: nella primavera-estate 2020; la proposta è stata condivisa con la coordinatrice del corso di studio in oggetto, con il docente del Dipartimento di Scienze della Salute, coordinatore della medesima attività con il gruppo di Medicina e Chirurgia (si veda di seguito) e con una docente a contratto del corso in Ostetricia che trattava tematiche sinergiche con l'ADE proposta. Perché ci soffermiamo su questi dettagli? Perché, se ripensiamo alla concezione teorica, alla descrizione di buone pratiche formative e alla nostra esperienza con l'Ospedale Internazionale Evangelico di Genova descritta nel capitolo precedente, ritroviamo un filo rosso: co-progettare, fin dalle prime tappe di un percorso e dalla nascita di un'idea; agire dall'origine in maniera inter- e transdisciplinare, non calando dall'alto contenuti, ma co-costruendoli con le persone coinvolte in un progetto specifico, sia esso di formazione o di altro tipo.

¹ Con Sabatini (1987), scegliamo di evitare il suffisso -essa anche per un sostantivo ad alta frequenza nella lingua italiana, consapevoli di creare così un effetto di spaesamento e, forse, fastidio nel lettore (e nella lettrice): questa scelta, linguisticamente arbitraria e provocatoria, ha lo scopo di sollecitare una riflessione sui meccanismi di gestione del genere, anche grammaticale, nella lingua italiana e sugli effetti di evidenziazione o invisibilizzazione delle donne. Si può considerare questa strategia come una compensazione per la scelta di utilizzare 'dottoressa' (al posto di 'dottoressa', rompendo quindi con le *Raccomandazioni* di Sabatini per incontrare Robustelli 2012) e di lasciare la parola 'medico' al genere maschile, anche quando il referente è, come in questo capitolo, una donna.

² Mara Morelli ha scritto i paragrafi 6.1, 6.2 e 6.3. Nora Gattiglia ha scritto i paragrafi 6.4 e 6.5.

L'obiettivo generale dichiarato nella presentazione dell'ADE era il seguente: conoscere o approfondire alcuni concetti essenziali relativi agli aspetti linguistico-culturali della comunicazione multilinguistica in ambito sanitario. Gli obiettivi specifici si articolavano secondo due assi principali: da una parte, la presentazione e la condivisione di alcuni concetti e caratteristiche essenziali della comunicazione intra- e interlinguistica in ambito sanitario, comprese la traduzione, l'interpretazione e la mediazione, anche a distanza; dall'altra, un'attenzione ai bisogni comunicativi specifici percepiti dalle studenti, esplorando, quindi, pratiche di comunicazione multilinguistica in ambito sanitario partendo dalle esperienze e dai bisogni delle partecipanti.

6.2 Il percorso dell'ADE Ostetricia

L'ADE si sviluppa tra ottobre e novembre 2020, articolandosi in tre attività fondamentali: un questionario esplorativo per la raccolta dei dati anagrafici delle partecipanti, i loro repertori linguistici, le esperienze e idee attorno alla comunicazione interlinguistica, mediata e non; un focus group di approfondimento delle opinioni espresse nel questionario; e due incontri teorico-laboratoriali. Inoltre, dopo aver analizzato i dati emersi dai pre-questionari raccolti e dal focus group, è stata resa disponibile una bibliografia di base da leggere prima del primo incontro. A causa delle misure vigenti in Italia e in Liguria nell'autunno del 2020 tutte le attività sono state tenute on-line, su un canale Teams dedicato all'iniziativa.

6.2.1 Le studenti di Ostetricia: caratteristiche del gruppo

Le studenti di Ostetricia che hanno partecipato all'intero percorso sono diciassette, iscritte al secondo o al terzo anno. Le risposte al questionario esplorativo sono ventidue ed evidenziano il seguente profilo: tutte donne e tutte di madrelingua italiana; solo cinque di loro hanno già svolto il tirocinio. Tutte dichiarano di conoscere l'inglese, otto il francese e sette lo spagnolo. Non ritroviamo, pertanto, un'eterogeneità spiccata nei loro repertori linguistici. La forma di apprendimento della lingua straniera più frequentemente selezionata è quella delle lezioni scolastiche (nove risposte, in due casi associata a viaggi-studio), seguita da esperienze all'estero (in tre casi, uno dei quali della durata di un anno, senza specificare il paese), lezioni individuali con madrelingua (due casi), corsi online e in scuole private (due risposte). Interessante notare che due studenti dichiarano di avere la madre parlante nativa di lingua francese e inglese (rispettivamente), nonostante non appaia nessun'altra madre lingua che non sia l'italiano nelle loro risposte.

6.3 I dati³

Il percorso di ricerca-azione condotto durante l'ADE si incentra attorno a diversi momenti di raccolta dati, il cui carattere è essenzialmente conversazionale; unica eccezione, il questionario esplorativo erogato alle studente come primo contatto tra le iscritte e le formatrici. I dati sono rappresentati dalla registrazione dei focus group e delle lezioni, le chat delle lezioni, le note sul campo delle formatrici-facilitatrici. Per il loro studio è stata condotta una analisi tematico-narrativa improntata al modello olistico orientato al contenuto (Lieblich *et al.* 1998).

6.3.1 Il questionario esplorativo

Come anticipato, il questionario esplorativo indaga i repertori linguistici delle studente e le loro esperienze di comunicazione multilinguistica, mediata e non, in ambito sanitario. Alla domanda: «Hai qualche esperienza di comunicazione in lingua straniera in ambito sanitario?», sono quattro le studente che rispondono positivamente e riferiscono di avere avuto contatti con pazienti allofone che non parlavano l'italiano nel caso di controlli per la gravidanza, sia in degenza ostetrica sia in ospedale. Una di loro riferisce del tentativo di utilizzare l'inglese per redigere una cartella clinica, ma di non aver avuto successo poiché la paziente non conosceva quella lingua e di avere, pertanto, fatto ricorso a Google Traduttore. Un'unica studente risponde di aver avuto esperienza con un mediatore culturale, in degenza, con una donna cinese. Nell'esperienza delle partecipanti ricorrono come strumenti comunicativi la traduzione da parte di un accompagnatore, l'utilizzo dell'inglese e del francese come lingue veicolari, l'utilizzo di Google Traduttore e altri strumenti di traduzione online, oltre a quello che viene definito il «linguaggio dei segni».

La complessità della situazione di comunicazione appare nelle risposte delle studente sia dalla prospettiva di una comprensione dei bisogni dell'utenza, sia della necessità di raccogliere informazioni, ma ricordandosi che davanti a loro hanno delle persone, con dubbi e paure, utilizzando perciò una comunicazione che renda la paziente consapevole di non essere sola e di poter contare sullo staff. Si evidenzia lo sforzo dell'operatore sanitario di 'andare verso la paziente', facendosi capire anche ricorrendo a una semplificazione della terminologia e all'empatia (che non viene, però, definita più accuratamente).

Non si perde comunque di vista il bisogno dell'operatrice di esprimersi in maniera corretta e appropriata al contesto: mantenere un profilo professionale pur cercando di far comprendere il messaggio all'utenza, come nel caso di una paziente a cui bisogna spiegare la procedura che si sta per eseguire, e di accertarsi che quanto comunicato sia stato effettivamente inteso. La motivazione del perché tali situazio-

³ In questo capitolo, gli estratti sono tratti da interventi orali non modificati, e per questo non sono sempre grammaticalmente coerenti.

ni siano complesse lascia emergere, anche in questo caso, l'altalena tra i limiti delle operatrici e quelli delle pazienti: nel primo caso, il rischio di non essere chiare nelle spiegazioni alle pazienti, la difficoltà nel mettersi nei panni degli altri e quella dovuta alla stanchezza e allo stress accumulato dall'operatrice; nel secondo, il rispondere sempre «sì», pur non avendo capito, la non conoscenza non soltanto della lingua, ma anche delle procedure e del sistema sanitario del paese di accoglienza. Ma non si tratta soltanto di un ping-pong. Infatti, una partecipante evidenzia quanto segue: «[l]'incontro di due culture differenti può generare a mio parere una difficoltà ulteriore nel momento in cui le dinamiche di interazione sono differenti» (Anna⁴), un punto di vista che richiama lo sforzo necessario da entrambe le parti.

Le ultime due domande del questionario indagano gli effetti sulla comunicazione che può produrre un accompagnatore di una paziente allofona. Tra gli aspetti positivi troviamo i seguenti: la presenza del *caregiver* aiuta a non sentirsi sola e mette a proprio agio (la parola «agio» è la più ricorrente in queste risposte), confortata, protetta, supportata, efficace ai fini della comprensione. Tra gli aspetti negativi emergono il rischio di filtrare il messaggio, modificandolo (omissioni, stravolgimento del significato, selezione intenzionale solo di determinate informazioni, traduzioni 'infedeli') e di influenzare la paziente nelle proprie decisioni.

6.3.2 I focus group

Il focus group, rivolto alla totalità delle partecipanti, divise in tre gruppi, si tiene quindici giorni prima del primo incontro e inizia con una domanda sulle aspettative: «Che cosa vorresti trovare nel corso?», per poi affrontare il tema degli strumenti comunicativi a disposizione delle operatrici e concludersi con una domanda sulle idee di qualità relative alla comunicazione: «Hai osservato buone/cattive comunicazioni in ambito medico? Che cosa ti ha colpito in quei casi?» e terminando con queste domande stimolo: «Secondo te, quali sono le caratteristiche di una buona comunicazione in ambito medico? Come descriveresti un medico che è un buon comunicatore?».

Le studente rivolgono le loro aspettative al «ricevere consigli su come gestire determinate dinamiche all'interno del reparto, con donne di una cultura molto diversa dalla nostra, poco occidentali, asiatiche, mediorientali, [...] percepire diversamente cose che, a noi, sembrano normali», sapendo come gestire le criticità in questo tipo di comunicazione e ritenendo «essenziale sapere o non sapere quali tasti toccare e come» (Anna). Fabiola ritiene importante capire come trattare il tema delle donne che «non osano chiedere nonostante non abbiano capito e con cui io trovo molto difficile instaurare una comunicazione». La studente fa riferimento a una situazione particolare: una donna che manifesta assenso, Fabiola spera di essere stata chiara,

⁴ I nomi delle studente sono stati anonimizzati attribuendo dei nomi con la stessa iniziale, dello stesso genere e appartenenti alla stessa linguocultura.

ma poi capisce che non è stato così. La tipologia di donne che si trova in questa condizione a volte è di persone non accompagnate, il che complica ulteriormente la situazione. La comunicazione di cui sentono il bisogno non è unidirezionale, un mero passaggio di informazioni, ma uno scambio bilaterale.

Un altro bisogno che emerge dai focus group è quello di sapere come orientarsi nella comunicazione, anche se questo elemento non viene tematizzato più concretamente. L'efficacia comunicativa è spesso associata al comunicare in maniera diretta e chiara. Si prova impotenza di fronte all'impossibilità di capire meglio dalla paziente e alla sua impossibilità a esprimersi: «ad esempio per un dolore che provo, ti posso far vedere dove, ma non perché, alcune cose fondamentali per la diagnosi non le posso spiegare» (Elvira). Le studenti problematizzano la propria pratica e iniziano ad affiorare il mettersi nei panni dell'altra persona e la curiosità nei confronti delle altre culture. Giorgia lo esprime con queste parole: «Noi tendiamo a essere abituate alla nostra bolla, alla nostra cerchia e fuori c'è un mondo che esce quando siamo in contatto con persone di altre culture, altri paesi, ed è bello perché c'è tanta vita». Questa freschezza nel pensare che fuori ci sia un mondo da scoprire e che possa essere fonte di vita e di bellezza lascia intravedere una sensibilità e un'apertura forse necessarie per il mestiere che andranno a svolgere queste studente e che ci riporta alla complessità di una formazione-educazione non basata soltanto sul protocollo, la procedura e i 'saperi', ma il saper stare⁵ e il saper essere.

Nella conversazione, si riferisce anche di «lingue strane», che si incontrano in reparto, come l'arabo e il russo. Lingue che sono quasi sempre associate a culture distanti e diverse dalle nostre e che sono quelle per cui le partecipanti ritengono di aver bisogno di essere «indirizzate a un atteggiamento, comportamento, qualche linea guida, consiglio su come affrontare persone con una cultura diversa o una lingua diversa dalla nostra con cui abbiamo più difficoltà a interagire» (Veronica). Le dimensioni legate agli aspetti prossemici e cinesici sono ritenute delicate: il toccare o il non toccare, e dove e come toccare il corpo della paziente sono interrogativi che ricorrono almeno tre volte nelle risposte delle studente. I rapporti delle studente con lingue e culture diverse riportano a situazioni che portano loro a «mettersi nei panni dell'altra persona», all'immaginarsi paziente e non sapere come esprimersi: «difficile da accettare, rendermi conto di quanto si crei difficoltà nel comunicare le cose» (Anna); «preferirei il mediatore linguistico perché mi farebbe sentire compresa e io avrei il timore di usare una lingua veicolare come l'inglese, ho paura di non spiegarmi bene» (Sandra); «avrei difficoltà nell'utilizzo di una lingua veicolare, come l'inglese, avrei difficoltà per non capire cosa mi viene detto o come mi sento» (Elsa).

⁵ Prediligiamo questa denominazione di competenza rispetto a quella del 'saper essere' che troviamo maggiormente legata ad aspetti attitudinali, ontologici e identitari. Inoltre, poiché riteniamo la competenza professionale dei mestieri di relazione fortemente situata, il 'saper stare' ci pare restituire maggiormente questa dimensione e la complessità degli eventi e delle situazioni tipici di tali contesti.

La difficoltà inerente a dover usare una lingua non materna in una condizione di fragilità è ben espressa da una studente:

Penso semplicemente a come mi sentirei io se come paziente finissi in un ospedale, chissà, inglese, sì, l'inglese lo capisco, ma quando mi sento male o ho un problema voglio capire che cosa sta succedendo, vorrei che me lo dicessero in italiano. (Fabiola)

Nonostante tutte le studenti abbiano dichiarato nel questionario una conoscenza, almeno di base, della lingua inglese (e anche di altre lingue, si veda sopra), inizia a emergere come sia diverso conoscere qualcosa in astratto o appreso sui libri di scuola, sapere come esprimersi per gestire situazioni di base della vita quotidiana, dal trovarsi in una condizione in cui si percepiscono minaccia e paura.

Prima che le facilitatrici condividano gli strumenti e le risorse emersi dalle risposte al questionario esplorativo riassunte in una slide, due studenti anticipano già la domanda di come funzioni la chiamata del mediatore e del bisogno di sapere a quali strumenti affidarsi (dichiarando che si è fatto ricorso ai gesti e a Google Traduttore, non ritenendoli però adeguati). Anche Eleonora rivela il bisogno di riuscire a capire quali sono gli strumenti «che possiamo avere in più», ma aggiunge un'affermazione che incoraggia: «oltre a noi», indicando la consapevolezza della persona in formazione che riconosce che il primo strumento di lavoro è sé stessa.

Dopo la condivisione di quanto emerso dal questionario, le studenti riflettono su quali strumenti e risorse ritengono più efficaci giustificandone il motivo. Interpreti e mediatori ricorrono in almeno otto riflessioni, nonostante non sia chiaro il profilo di questo esperto linguistico. Si va dal «mediatore sempre pronto, notte e giorno, ma non l'ho mai visto quindi non so come sia averlo, ma nel mondo delle idee è il modo migliore» (Elsa) al «mediatore culturale» ritenuto l'opzione più valida perché potrebbe anche aiutare a comprendere e supportare la donna. In un commento ricorre anche il riferimento al «mediatore linguistico» ritenuto utile per sentirsi compresi⁶.

Fabiola condivide l'esperienza in cui sarebbe stato necessario un mediatore, anche solo per telefono (a detta di Fabiola) perché la donna era arrivata in Pronto Soccorso, alla trentunesima settimana, con parto podalico e dilatazione completa. Arrivata in sala operatoria, visitata nel corridoio da una marea di persone, tutti le dicevano che doveva fare in fretta e lei non capiva. Questa comunicazione impossibile ha portato a un cesareo di urgenza, quando, forse, con la collaborazione della donna si sarebbe potuto fare un parto spontaneo.

⁶Alla luce del quadro teorico di riferimento descritto nei primi tre capitoli, non riteniamo necessario approfondire in questa sede la differenza (spesso emergente nella letteratura) tra mediatore linguistico e mediatore culturale.

Non si perde di vista che la comunicazione diretta con l'operatore sarebbe l'ideale e, nuovamente, le studenti si mettono nei panni della paziente. Vediamo che cosa afferma Sandra:

Se io mi trovo all'estero e l'operatore sa parlare l'italiano è perfetto, altrimenti preferirei un mediatore linguistico, anche io con Google Translator mi sentirei a disagio, perché si evidenziano ancora di più le difficoltà che ci sono e poi non è così affidabile... quindi prima di tutto mediatore linguistico o una lingua in comune con l'operatore.

Non si attiva soltanto il meccanismo di delega a una terza parte, anche se la figura del mediatore inteso come dizionario ambulante è ancora presente: «il mediatore ideale perché traduce tutto quello che dice» (Sandra), ma la stessa partecipante riconosce, qualche battuta più tardi, che «se ognuno di noi sapesse qualche lingua in più, potrebbe sempre servire, soprattutto nel nostro mondo».

Gli interpreti sono anch'essi nominati quali risorse importanti: «avere un interprete, anche se dipende dalla mia conoscenza e difficoltà del concetto da esprimere» (Veronica), «preferirei la presenza di un interprete e un parente, perché mi sentirei più compresa anche più dell'interprete, per esprimermi al completo» (Lina). Floriana riporta, però, un'esperienza frustrante di non essere riusciti a contattare un mediatore, perché la procedura richiedeva la compilazione di molti moduli e il tutto avrebbe richiesto minimo due ore di tempo (a detta della studente). La stessa aggiunge che «il mediatore sarebbe stato utile anche dopo, non nell'emergenza». Questa affermazione ci ricorda la differenza, da un lato, tra il saper comunicare in maniera chiara, concisa e diretta in condizioni di urgenza e, dall'altro, il garantire un diritto alla cura sensibile alle differenze, alle diversità linguistiche e culturali anche nella degenza di più lunga durata o nel *follow-up* terapeutico e trattamentale. La situazione pandemica e la difficoltà o l'impossibilità di avere un'ulteriore persona vicino alla donna fa dichiarare a una partecipante che l'interprete telefonico può essere un mezzo efficace e diretto.

Come già anticipato, l'auspicabilità della comunicazione diretta, anche usando lingue veicolari, ricorre nelle riflessioni delle studente: «le lingue veicolari sono lo strumento migliore, perché rendono possibile andare più nello specifico, si tratta di uno strumento che permette un contatto più diretto con la donna» (Gianna); «Se si ha una lingua in comune, meglio la comunicazione diretta, quando è possibile» (Anna). Pare tuttavia frequente il caso in cui la paziente affermi di sapere l'italiano, ma poi non capisce «anche se mi risponde di sì» (Carla).

Gli strumenti di traduzione online sono comunque ritenuti utili, ma si percepisce, dai commenti delle partecipanti, un certo pudore e una certa diffidenza nell'utilizzarli o nell'ammettere che sono stati usati.

Se non c'è una lingua comune o veicolare, la soluzione successiva è il mediatore, ma non l'uso di Google Traduttore o dei gesti, perché lo vedrei come, oh mio

Dio, c'è un muro così tanto spesso e così tanto impenetrabile che arrivano a farmi dire da una macchina assolutamente spersonalizzante quello che vogliono farmi sapere. (Anna)

Ci pare interessante sottolineare, come, anche in questo caso, Anna si metta nei panni della paziente. Allo stesso modo, Giovanna ritiene invece il traduttore online poco convincente in quanto «mi sembra brutto mettermi al telefono davanti alla donna». Il dibattito tra studenti sembra sortire un effetto positivo di possibile cambiamento della prospettiva iniziale. Sonia interviene in questo modo:

Prima pensavo che Google Traduttore fosse il peggiore, perché interrompe la comunicazione, sentendo le altre ragazze, l'ho messo un po' in discussione, va valutato in base alla situazione, un'ostetrica o un medico si rendono conto. Bisogna un attimo valutare. Google può sembrare una cosa artificiale, ma in alcuni casi può essere la cosa migliore. Ero orientata più da un'altra parte, ho cambiato un po' idea.

In maniera analoga, Alessandra, come Sonia, pensava che Google Traduttore rallentasse molto la comunicazione, mentre parlando si può capire velocemente, ma forse il programma può essere il mezzo più efficace nel caso in cui due persone non parlino la stessa lingua.

Google Traduttore viene ritenuto efficace da Emilia, unito ai gesti, nel caso di procedure iniziali di base, come l'apertura della cartella.

Ma gli strumenti non sono soltanto 'esterni', siano essi interpreti-mediatori o applicativi di traduzione, e si ritorna a puntare il riflettore su di sé: «ritengo che possa fare tanto un gesto, un segno...» (Giovanna); «Google traduttore può essere utile, ma l'empatia non si crea come con una donna italiana, con cui scherzi, parli...» (Carla). Tornando ai gesti, Enrica li vede come un potenziale rischio: «a me spaventano un po' i gesti, mi pare che noi italiani li usiamo non solo per mostrare l'oggetto [esempio specifico di una provetta], ma noi gesticoliamo molto e, per esempio, bere potrebbe anche voler dire alcol o altre cose in altre culture».

Il senso di frustrazione emerge dal racconto delle esperienze delle studente che hanno già esperienza di tirocinio. Anna riporta di un episodio in cui una donna asiatica che non parlava neppure l'inglese, dopo un parto e durante una degenza, era bloccata, aveva bisogno di una sonda e stava male:

Io ho cercato di spiegarmi, l'unico modo che avevo era quello ed era evidente che non capiva. A gesti, ma con un certo imbarazzo e nella stanza un'altra persona in un altro letto, c'era sicuramente del disagio che girava, aleggiava. Mi sono sentita un pessimo operatore per non aver potuto utilizzare un altro metodo.

La presenza di un(a) *caregiver* suscita riflessioni sia positive sia negative. Nel primo caso c'è chi la ritiene una figura essenziale:

un accompagnatore, una figura fidata, una qualsiasi persona che dà tranquillità, sicurezza, soprattutto per le donne straniere che si ritrovano in un contesto di una

cultura di usi e costumi assolutamente diversi e che hanno bisogno di trovarsi un po' a casa. (Franca)

Tuttavia, sono più numerose le ombre che trapelano dall'eventuale presenza del *caregiver*, soprattutto in un ambito così delicato come quello della salute della donna: questa figura viene ritenuta non affidabile («io sono contraria al parente che parla al posto della donna, soprattutto nel nostro campo perché ostacola molto la comunicazione», Emilia), poiché non si sa se effettivamente sta traducendo quello che dice l'operatore sanitario. Questo aspetto è ricorrente anche nei racconti di esperienze dirette delle studente, come nel caso in cui Gianna riferisce del caso di una donna a cui aveva spiegato l'uso di un particolare strumento, al telefono e attraverso il marito che non aveva padronanza dell'italiano. Gianna aggiunge: «Già il messaggio cambia nel corso dei vari passaggi, di contenuto, di tutti i generi. Questa signora era del Bangladesh, io non so se il marito abbia tradotto nella maniera adeguata e se avesse capito lui...».

In alcuni casi il profilo del *caregiver* assume contorni più chiari:

I mariti sono un'arma a doppio taglio, non sai se sia una presenza che la donna percepisce come positiva e invece diventano indispensabili, a volte fanno da filtro e ostacolo a quella che è la comunicazione. Io non mi fido troppo dei *caregiver*, non sapendo quello che dicono nei dialetti, nelle lingue, non so quanto dicano quello che abbiamo detto noi non solo per mala fede, ma per muro e diversa cultura. (Eleonora)

Il tema della fiducia ritorna anche nel pensiero di Gianna:

Sul *caregiver* io sono molto, cioè, abbastanza contro, anche come ci hanno fatto ragionare altri docenti, se noi operatori non siamo a conoscenza della lingua non sappiamo se effettivamente questa persona traduca, ci fidiamo, ma non lo sappiamo. [Porta l'esempio di una paziente rumena e del *caregiver* (il marito)] ...non traduceva, eravamo noi che chiedevamo di tradurre, ma lui non parlava con lei, solo con noi. E poi non sappiamo se lui ha tradotto quello che dicevamo noi e lei. Vorrei comunicare con la persona direttamente.

E nelle parole di Gisella:

dipende molto dalla cultura della donna, per la cultura che ho io, avere con me una persona fidata, ma totalmente da sola, in un paese... Forse Google o un mediatore culturale, una persona neutra che non gli giovano le scelte che ho fatto⁷.

Ci si rimette nei panni della paziente e si utilizza quindi il termine «neutra» per spiegare meglio a quali caratteristiche debba rispondere questa persona che ac-

⁷ La studente sembra qui fare riferimento a un possibile conflitto di interessi tra la paziente e la figura che si fa carico dell'interpretazione-mediazione laddove questa non sia un professionista.

compagna e che non trae beneficio dalle scelte della paziente. Si sottolinea che volere avere vicino una persona conosciuta o meno dipende dal rapporto che si ha con questa persona (una partecipante riporta il pensiero alle violenze domestiche). «È molto soggettivo, dipende da paziente a paziente e da donna a donna» (Emilia). Anche Floriana concorda e aggiunge: «A volte si sentono ‘costrette’ non sapendo la lingua».

E si torna all’immaginarsi nella condizione della paziente:

Non so se fossi una donna lontana da casa, in un posto molto diverso, non so se mi sentirei tranquilla, con la sensazione di non aver tutto sotto controllo [...] un marito, un compagno, non essere da sola, si spera che ti sta vicino, non sceglie lui ma sceglie quello che fa stare meglio te. Io avrei bisogno di qualcuno vicino a me, come dicono le ragazze più grandi, per alcune donne non è sempre stato così, ma io avrei proprio bisogno di stare con qualcuno anche se non mi aiuta a comunicare con medico, ostetrica e infermiera. (Franca)

E ci si ritrova spaventate e diffidenti: «mi penso in Bangladesh [...] Non mi fiderei, sarei spaventata, non mi sentirei a mio agio e figuriamoci in Ostetricia». (Carla)

Si racconta anche di esperienze personali; nel caso di Lina, dell’esperienza vissuta dalla mamma, incinta di lei che le racconta, tanti anni dopo, come durante il parto cesareo ha vissuto momenti veramente difficili perché non riusciva a comunicare nella lingua del paese di accoglienza.

Risulta anche complicato fidarsi di chi non rappresenta la voce della Medicina. Anna dubita che un *caregiver* possa avere la capacità di tradurre adeguatamente e parla di «superficialità» nella traduzione e di incapacità ad affrontare determinati argomenti non sapendo effettivamente di che cosa si sta parlando.

Ma allora quali caratteristiche e strategie comunicative può invece mettere in atto l’ostetrica per avvicinarsi all’esperienza della paziente? Gli aspetti legati alle dimensioni non verbali sono molto ricorrenti nelle riflessioni delle studente. Franca ritiene che, al di là della pratica della professione, indipendentemente da dove ci si trovi, un atteggiamento aperto, sorridente, tranquillo, farsi vedere pronta all’ascolto, possa portare la persona che si ha davanti, se non ad aprirsi (può decidere di farlo o no), almeno a creare «quell’atmosfera, quel momento che dopo può aiutare ad avere una comunicazione più efficace». La comunicazione efficace è la comunicazione empatica (almeno per due studente), ritenuta il miglior modo di relazionarsi all’altro in qualsiasi ambito. Giovanna: «fa tanto l’approccio empatico, la comunicazione accogliente».

Il mettersi nei panni degli altri, ma aggiungendo qualcosa che rivela una spiccata sensibilità verso le tematiche trattate (andare un po’ oltre il mansionario, «metterci del proprio», «provarci»), ricorre anche in questa parte del focus group: Stefania, pur dichiarando di non aver fatto tirocinio e di non aver esperienza diretta, considera che «mettersi nei panni della persona e provarci credo che aiuterebbe».

Mettersi nei panni degli altri soprattutto in un lavoro come il nostro, perché mi posso solo immaginare una donna straniera, non sa la lingua, non sa nulla, dobbiamo cercare di immedesimarci, quello che prova, le sue sensazioni, non basta fare quelle che sono le nostre mansioni, ci devi perdere del tempo, stare lì... (Sara)

Un tema che tratteremo tra poco: il tempo, o meglio, l'assenza del tempo o i tempi diversi dell'urgenza e della cura, del personale sanitario e della paziente.

Il linguaggio non verbale, inteso come linguaggio corporale che rivela apertura, pazienza, disponibilità e interesse ritorna in vari interventi. «Il linguaggio del corpo, la posizione aperta, sentendoci persone normali, non chissachi, non ci obbliga nessuno, se poi ci dobbiamo porre come delle divinità...» (Sonia). Questo intervento di Sonia sembra riallacciarsi a quello di Sara; da entrambe trapela la possibilità di svolgere sì il proprio compito, ma con umiltà e abnegazione.

Soprattutto quando dalla comunicazione affiora l'ansia, la paura e l'emotività della paziente, provare a «capire di che cosa ha bisogno la donna e non dimenticare che ci sono donne più estroverse che chiedono di più, mentre altre che lo fanno meno, anche per cultura» (Flavia).

La comunicazione efficace passa dalle strategie di richiesta, di riformulazione e di parafrasi per accertarsi che la donna abbia capito, senza limitarsi alla trasmissione di informazioni. In questo, però, il tono e l'atteggiamento sono essenziali, secondo Carla: «Si usa quel tono come se fossero stupide, come se stessi parlando a un bambino di due anni, un cretino, scandendo tutte le parole».

Viene riconosciuto che, mettendosi nuovamente nei panni della paziente, può essere sgradevole non sentirsi ascoltata. Franca lo esprime in questo modo: «a me non piace quando parlano e fanno un'altra cosa, guardano da un'altra parte. Se non mi sento ascoltata, perdo la pazienza e non lo dico più».

Prodigarsi, 'andare verso' e 'con' sono percepiti dalle ostetriche in formazione come *atout*.

La riflessione di Lidia ci sembra che lo renda evidente:

Il paziente si rende conto se tu stai facendo di tutto per comunicare e questo ripaga poi nella relazione di cura [...] Vale in qualsiasi situazione, ma un occhio di riguardo soprattutto in ambito sanitario, perché un domani saremo persone che dovranno accogliere il paziente ed entrare in contatto e non si dovrebbero mai fare distinzioni, abbiamo scelto un lavoro che ci metterà in contatto con l'altro, in relazione ed è quello su cui si fonda la nostra professione.

Evidente nel senso che ben ci pare rappresentare la possibilità di concretizzazione nella pratica riflessiva di aspetti forse apparentemente molto astratti e scarsamente applicabili al quotidiano delle professioni di aiuto, come la complessità delle dimensioni dei modelli di interazione comunicativa di Raga Gimeno (2005, 2010) o i concetti di coesistenza, convivenza e condividuo di Giménez (2003) e Remotti (2018, 2019).

Come già anticipato sopra, insieme al tema della fiducia e del 'mettersi nei panni di', è frequente nelle riflessioni delle studenti l'importanza del prendersi e dare tempo, un tempo peraltro essenziale per creare fiducia, ma che non sempre corrisponde al tempo della comunicazione sanitaria. Ciononostante, da alcuni racconti delle persone che hanno già svolto il tirocinio, sembra emergere come, in realtà, non sia soltanto la mancanza oggettiva di tempo il problema. Grazia ricorda il caso di una paziente a cui è stato «preso il braccio e l'abbiamo sbattuta su quella sedia per fare un prelievo e io ho cercato di spiegarle che le stavamo facendo un prelievo, lì sarebbe bastato poco...».

Carla è molto esplicita nella sua riflessione:

La comunicazione è inefficace quando infermiera o medico o chicchessia prova due minuti e poi dice che non ci riesce. Provaci un po' di più. [...] Non basta fare quelle che sono le nostre mansioni, ci devi perdere del tempo, stare lì.

Floriana concorda che «non funziona spazientirsi, provarci solo due o tre volte, ma, purtroppo, nella maggior parte dei casi questa opzione sembra essere adottata per default».

Eleonora riconosce che non sempre questa opzione del prendersi del tempo è fattibile in emergenza; sottolinea, inoltre, la cattiva pratica del prendersi tempo, ma di usare con le donne un tono «come se fossero stupide».

Il tema del tempo si ritrova connesso a quello del mettersi nei panni di, parlando in prima persona: «Bisogna bene capire quale è la volontà della donna, preferisco prendermi dieci minuti di più piuttosto che seguire quanto imposto da un'altra persona» (Flavia).

E anche al tema dell'empatia:

Si tende molto spesso a spazientirsi se non ti capisce l'altra persona, si molla quasi subito la preda e questo non è empatico, non è giusto, ma dovrebbe essere un discorso generale, anche quando do delle indicazioni stradali. (Giovanna)

Il desiderio di un contatto in prima persona, la curiosità verso la figura dell'esperto linguistico (quale che sia il nome con cui lo si chiama), il conflitto tra tensione empatica e tempistiche della cura, l'esigenza di uno sguardo rivolto all'intera équipe emergono quindi come riflessioni e interrogativi diffusi nei tre diversi gruppi di studenti.

6.3.3 La progettazione del primo incontro

I dati emersi dal questionario e dai focus group permettono alle facilitatrici-docenti di strutturare il primo incontro intorno a due assi principali: la comunicazione multilingue in ambito sanitario con le sue caratteristiche essenziali e la mediazione-interpretazione come insieme di pratiche e risorse. La scarsità di persone che hanno già svolto il tirocinio e il loro ruolo trainante nella discussione

del focus group porta le facilitatrici a scegliere una presentazione delle tematiche più generali, ma sempre valorizzando e riprendendo i contributi delle studente, invitandole, nel secondo incontro, a lavorare in gruppo.

6.3.4 Il primo incontro

Al primo incontro partecipano diciassette studente. Il formato è quello della presentazione monologica di contenuti attraverso il supporto di slide, intervallata da momenti di scambio, discussione e riflessione. La prima parte si concentra sulla comunicazione tra lingue e culture e sulla comunicazione in ambito istituzionale, la seconda sulla traduzione, interpretazione e mediazione. Le riflessioni delle studente in questo primo incontro evidenziano la difficoltà nel portare il loro vissuto (sia il tirocinio, ma anche altre esperienze personali legate a interazioni e incontri con le diversità linguistiche-culturali) 'fuori', dove si sentono circondate da un altro tipo e modo di comunicare. Alcune studente riconoscono la dinamicità nel vivere più culture e sottolineano alcune parole chiave: accogliere, ascoltare, percepire e sentire quello che si vuole dire (il tema delle intenzioni comunicative è affrontato nella parte teorica) e come può essere interpretato. Ci si riallaccia anche a quanto emerso dal focus group e dai questionari, in chiave riflessiva, chiedendo alle studente, una volta ampliato lo spettro della complessità della comunicazione, traduzione, mediazione e interpretazione in ambito sanitario, che cosa pensano sia meglio per comunicare con una paziente non italiana. Le variabili addotte sono molteplici, seppur riconducibili a tre dimensioni: personale, contestuale-situazionale e culturale. Le studente problematizzano, indicano come sia stato utile capire meglio quanti e quali fattori entrano in gioco durante un'interazione (anche a distanza) con un(a) paziente, sia mediata sia intralinguistica. Sottolineano spesso come l'interazione e lo scambio si producono tra «esseri pieni di retaggi» e non «macchine che si scambiano messaggi». Cominciano a riflettere sulle differenze e le linee di continuità tra mediazione e interpretazione. Per alcune, tradurre è più statico, mentre mediare è più dinamico, dà l'idea dell'intraprendere. Per altre, tradurre è un'attività più antica, mentre mediare è più moderno. Altre ancora raccontano di aneddoti personali in cui hanno dovuto usare le lingue straniere, tradurre, interpretare mediare. Una studente evidenzia l'importanza della presenza del mediatore, ma non solo il suo esserci, quanto, il suo 'saper stare'.

La vulnerabilità della paziente messa al centro, l'emersione della complessità e l'elevato grado di partecipazione di alcune studente portano le facilitatrici a pensare a un secondo incontro meno monologico, con minore o quasi nulla trasmissione di nuovi contenuti, ma con due lavori di gruppo. All'inizio del secondo incontro viene chiesto alle partecipanti che cosa fosse rimasto loro più impresso della prima lezione e se avessero dei dubbi. Le partecipanti rilevano la questione della complessità, dell'interprete-mediatore non solo come traduttore ambulante, del non sottovalutarsi o «buttarsi giù» come parlanti di lingue straniere, del percepirsi anch'esse mediatrici culturali. Ricordano l'enigma multi-

culturale di Baumann (2003) ripreso durante l'incontro, il concepire la cultura come qualcosa di modellabile e multiforme, per cui l'individuo può esperire una convergenza culturale: grazie alle pratiche quotidiane multiculturali, trovare somiglianze di contenuto (o funzione) pur nelle differenze formali.

Ritorna il tema della fiducia, legato anche alla fedeltà traduttiva e al timore di «chissà se traduce quello che dico, se aggiunge, se omette» e l'idea che, comunque, una terza parte agisce da filtro.

Il primo lavoro di gruppo lancia questa consegna: «riflettere in gruppi di quattro-cinque persone su come e se siano cambiate le vostre aspettative e conoscenze in seguito alle letture consigliate e al primo incontro». Il tempo a disposizione per ogni gruppo è di circa venti minuti a cui segue la restituzione in plenaria, da cui si evidenziano le seguenti riflessioni.

Il mediatore si riteneva prima un personaggio fondamentale nella gestione clinica, mentre adesso assume una importanza secondaria. Le componenti del gruppo ritengono di dover e poter contare molto di più sulla propria capacità, conoscenza e abilità di intraprendere la comunicazione, anche perché «inevitabilmente noi siamo in quel contesto [...]. Non dobbiamo imbarazzarci nell'espore una lingua diversa e possiamo usare i nostri metodi e strumenti». Tra questi si citano: Google Traduttore e il cavarsela da sé, ritenendo che il mediatore potrebbe intervenire dopo.

Emergono similitudini tra il mediatore e l'ostetrica: l'importanza dell'ascolto, l'opportunità di crescita culturale e di cambiamento, la difficoltà della neutralità.

Un gruppo dichiara di essersi concentrato principalmente sull'enigma della multiculturalità di Baumann e l'aspetto della convergenza. Le partecipanti portano esempi e riferimenti specifici, poiché si tratta di un gruppo in cui sono presenti anche studenti del terzo anno che raccontano il loro vissuto con donne di altre culture, durante il tirocinio. Ritengono che la convergenza sia rara: riferiscono di donne che è come se non avessero la «giusta apertura», la spinta per aprirsi alla nostra cultura, «si aggrappano» alla loro cultura oppure, al contrario, la ripudiano a causa di vissuti personali delicati e trovano la 'nostra' cultura più dolce, più accogliente.

Riprendono anche il tema del *caregiver*-partner e sostengono di «averlo di nuovo bocciato». Anche l'interpretazione telefonica viene ritenuta rischiosa in quanto la chiamata (senza il video) non riporta il messaggio non verbale, «si capisce solo quello che si dice».

Nonostante si ribadisca che il mediatore culturale, se fosse presente, sarebbe un aiuto e un ponte di comunicazione, si ritiene che l'ostetrica sia la comunicazione migliore se potesse conoscere la lingua e cultura della donna, in quanto permetterebbe di creare un legame fondamentale, aggiungendo: «anche perché ci vuole empatia». In assenza di mediatore, le studente dichiarano che anche la competenza del singolo operatore sanitario può essere fondamentale per avere il livello massimo di comunicazione diretta con la donna.

Portano una profonda riflessione sull'importanza, e la difficoltà, di conoscersi e di conoscere l'Altro. Notano uno squilibrio nel fatto che la donna «si affida a noi e non sa praticamente nulla di noi». E pongono una domanda, «Come fare?».

La domanda non è liquidata, ma l'obiettivo della giornata non è naturalmente quello di rispondere con certezze alle domande, bensì avviare un processo (auto)riflessivo, problematizzante e complesso, che non ha fine, neppure per le 'presunte esperte', le facilitatrici-formatrici che coordinano l'attività, rilanciano e provano a stimolare il dibattito, senza eccessive dicotomie, semplificazioni e, tantomeno, ricette.

Il secondo lavoro di gruppo viene presentato come segue: «riflettere e proporre finalità, strumenti e un possibile protocollo base per garantire un'accoglienza comunicativamente adeguata alle pazienti straniere (come organizzare il tutto), anche sognando, pensando in grande, ma evitando di delegare il tutto a una terza parte (mediatore)». La durata del lavoro di gruppo è di circa venticinque minuti a cui segue la restituzione in plenaria⁸.

Il primo gruppo propone un percorso a tre fasi: innanzitutto, un incontro tra le studenti in formazione e uno o più mediatore/i, o magari anche non mediatori: l'ideale, secondo le partecipanti, è che sia una persona che fa parte di una determinata comunità, che è qui da tanti anni, integrata, sa parlare bene, ma che ha mantenuto le sue radici; un incontro tra le ostetriche e le donne di quella determinata cultura: potrebbe essere difficile reclutarle, ma «se facessimo leva sulla cucina o qualcosa di quel tipo, magari con un intervento anche di questi 'mediatori'...». Insomma, creare una situazione e un contesto dove non c'è solo un dare ma anche un ricevere informazioni sui loro desideri, bisogni e tutto quello che potrebbe essere utile per l'accompagnamento; infine, una giornata dedicata a un incontro in ambito ospedaliero, per esempio, il primo riposo (vale a dire, la giornata libera di un'ostetrica), in cui incontrare queste donne in ospedale, per due o tre ore, scambiare con loro esperienze, mettere in pratica quello che hanno appreso le persone in formazione, ma condividendolo con le donne. Propongono un appuntamento mensile per farlo.

Il secondo gruppo ritiene che, innanzitutto, sia importante provare a ridurre la bolla interpersonale: incontrare la persona, identificarne cultura e lingua, cercare di capire la donna in relazione con l'ambiente, riducendo il timore che le operatrici possono indurre (emerge il tema del 'camice bianco'). Ritengono che le difficoltà comunicative siano diverse se è la donna a chiedere informazioni o se deve riceverle.

Auspicano una formazione in inglese «un po' migliore» e ritengono che anche altre lingue, come il francese o lo spagnolo, possano essere utili per potersi avvicinare meglio a persone che vengono da un altro paese.

⁸ Questa ultima fase risente dell'uscita anticipata di alcune partecipanti e, alla fine, si creano solo due gruppi. Anche la restituzione e il dibattito sono sacrificati in termini di tempo, un aspetto che le facilitatrici rilevano quale criticità da ripensare e ritrarre meglio per il futuro.

Infine, propongono anch'esse occasioni di incontro, conoscenza, condivisione e scambio, anche con linguaggi altri, come l'arte o la musica, che possono favorire il dialogo. Sono incerte se unire diverse culture o concentrarsi su un'unica cultura (non è chiaro che cosa intendano con questa etichetta). Portano anche esempi di occasioni di scambio culturale già esistenti in altre città.

L'esperienza per noi pionieristica di questa ADE, pur condotta totalmente a distanza e in periodo pandemico, costituisce un punto di partenza essenziale su cui si costruisce il successivo percorso descritto nel prossimo paragrafo e, come sempre, un'occasione di crescita e un esercizio di riflessività per noi come ideatrici, facilitatrici, docenti, ma pur sempre studenti in formazione continua.

6.4 L'ADE con Scienze Mediche

Dopo l'esperienza con le studente di Ostetricia viene progettata una seconda ADE, con una differenza fondamentale: dopo un primo percorso con un gruppo omogeneo per percorso formativo e professionalizzante, vengono espansi i confini del gruppo dei destinatari. Ci si rivolge infatti a due gruppi di studente provenienti da facoltà diverse: il corso di laurea in Medicina e Chirurgia (quarto, quinto e sesto anno) per Scienze Mediche; la laurea triennale in Teorie e Tecniche della Mediazione Interlinguistica (secondo e terzo anno) e della laurea magistrale in Traduzione e Interpretariato per il Dipartimento di Lingue e Culture Moderne. L'obiettivo di questa seconda ADE è creare un ambiente osmotico in cui le conoscenze fluiscano nei due sensi: dalle studente-mediche alle studente-interpreti e viceversa. Va detto però che il formato partecipativo delle linguiste è pensato come relativamente ancillare: lo scopo dell'ADE è focalizzarsi sui bisogni comunicativi delle studente⁹ in Medicina, mentre le studente-interpreti sono presenti nella veste di esperte linguistiche, in grado di introdurre, dalla posizione di pari, concetti e pratiche della mediazione interlinguistica e interculturale; e tuttavia, la loro è una posizione di necessario ascolto: è spesso la prima volta che le studente entrano in contatto con il mondo dell'interpretazione per i servizi pubblici, con le sue caratteristiche peculiari. La loro supposta *expertise* è quindi controbilanciata dalla non-conoscenza del setting specifico. In questo senso, il contatto con studente di professioni diverse dovrebbe far scaturire le conoscenze interiorizzate e permettere di osservarne le contraddizioni e le lacune; al contempo, le percezioni di scarsa competenza comunicativa possono essere superate nella con-

⁹ Anche qui, scegliamo il femminile generico coerentemente alla presenza nettamente maggioritaria delle studente donne per entrambi i gruppi. Questa scelta si pone tuttavia in contrasto con le prospettive che collegano il lavoro di cura al genere della donna, così come alla femminilizzazione del lavoro di cura evidente nelle scarse retribuzioni e nello scarso prestigio sociale di queste professioni (o funzioni), assente dalla pratica medica ma ben presente nelle professioni dell'infermiere e dell'interprete per i servizi pubblici.

divisione delle esperienze vissute sul campo e nell'elaborazione di strategie di risoluzione del problema che provengono da prospettive diverse, mettendo così a contatto il sapere e la pratica della mediazione-interpretazione con quella della medicina.

6.4.1 Le studenti di Medicina: caratteristiche del gruppo

Le studenti di Medicina che hanno partecipato sono ventuno, di cui quindici all'intero percorso. Le studenti sono iscritte al quarto, quinto e sesto anno: quattordici hanno svolto il tirocinio. Il gruppo (composto inizialmente da diciotto donne, due uomini e un/a partecipante che preferisce non indicare il proprio genere) presenta una grande variabilità linguistica e di percorso, con cinque studenti la cui prima lingua è il russo: queste studenti arrivano in Italia dopo un percorso di studi iniziato (e a volte concluso) nel Paese di origine (Russia e Bielorussia), che ora stanno riscattando in Italia. Sono tutte donne, di età maggiore delle studenti italiane, alcune con figli, non tutte residenti in Liguria.

Nella stessa condizione si trovano una studente moldava (che indica due madrelingue: il russo e il rumeno), un'altra studente di madrelingua ucraina, e un'ultima studente, la cui madrelingua è il portoghese brasiliano. Le studenti di madrelingua italiana sono tredici.

Si tratta quindi di un gruppo piuttosto eterogeneo, se non per genere, per provenienza, esperienza e repertori linguistici. Tra le lingue non materne parlate domina l'inglese, indicato come lingua nota da tutte le studenti tranne una, con livelli vari; i repertori comprendono però altre lingue: tre studenti parlano spagnolo, cinque francese (con vari livelli), due tedesco (che studiano da autodidatte); il russo è parlato da due studenti: una di madrelingua ucraina, la seconda italoфона¹⁰. Alla varietà delle lingue si accompagna quella delle forme di apprendimento: al tradizionale apprendimento scolastico, indicato dalla maggioranza delle studenti come il contesto di apprendimento principale, si uniscono lezioni private con madrelingua o in scuole private; una studente (che pure non indica il tedesco tra le lingue parlate) ha fatto pratica medica in Germania.

6.4.2 Le studenti di Interpretazione: caratteristiche del gruppo

Le studenti di Lingue che si iscrivono al percorso sono ventisette, ventitré donne e quattro uomini. Di queste, sei frequentano la laurea triennale in Teoria e Tecniche della Mediazione Interlinguistica (secondo e terzo anno)¹¹. Queste studenti praticano una modalità interpretativa dialogica, mentre nel corso di laurea magistrale in Traduzione e Interpretariato si studia l'interpretazione di conferenza. In entrambi i

¹⁰ Nel focus group apparirà tra le lingue parlate anche il polacco.

¹¹ Nel corso di studi triennale, lo studio dell'interpretazione ha inizio nel secondo anno, con moduli a carattere introduttivo.

casi, si tratta di setting distanti dall'interpretazione per i servizi pubblici e, più specificamente, dall'interpretazione in ambito medico: nel primo caso, abbiamo uno studio triennale di interpretazione di trattativa¹², considerata propedeutica all'interpretazione di conferenza. La trattativa implica uno scopo comunicativo e delle funzioni dell'interprete assai differenti da quelli che caratterizzano l'interpretazione in ambito medico nel suo centrarsi su una conversazione transazionale in cui la negoziazione può abbracciare stili discorsivi diversi, anche conflittuali, alla ricerca di un accordo il cui conseguimento non è però scontato: laddove in ambito medico l'obiettivo della comunicazione dovrebbe essere raggiungere un accordo tra i parlanti, relativo alla proposta e all'accettazione delle cure, nella trattativa «the outcome of the negotiation is not something the clients are constitutionally entitled to» (Rudvin, Tomassini 2011: 71). L'interpretazione di trattativa si centra solitamente su una comunicazione tra pari, entrambi esperti del proprio settore, senza differenze in termini epistemici o procedurali: caratteristiche, queste, che la rendono affine all'interpretazione di conferenza. Nulla di più diverso dall'interpretazione in ambito medico e soprattutto ospedaliero, calata all'interno di una istituzione la cui cultura (le pratiche, i valori, i ruoli) modella la forma della comunicazione, plasmandola secondo una struttura che il parlante esterno – il paziente – non può modificare. Questa distanza tra i partecipanti rende l'interpretazione in ambito medico un atto in cui è necessario raggiungere l'altro, comprenderlo nelle sue abitudini e nelle sue scelte, anche attraverso una cortina di emozioni non sempre trasparenti o addomesticate.

Le caratteristiche delle tre diverse modalità interpretative (interpretazione di conferenza, trattativa e medica) impattano sulle funzioni richieste all'interprete e sui modelli etico-deontologici che corrono sottotraccia all'insegnamento universitario. Nelle modalità di conferenza e di trattativa, si ritiene che il principio di imparzialità sia da intendersi nella sua accezione più stringente, ossia l'«astenersi dal fornire opinioni personali o spiegazioni e giustificazioni non richieste ed evitare di farsi coinvolgere» (Rucci 1999: 155). Tale cornice deontologica si rivela assai limitante nei setting dialogici, e in particolare nell'interpretazione in ambito medico. I modelli di ruolo associati alla conferenza e alla trattativa stridono se applicati all'interpretazione in ambito medico: è questo attrito che le studenti-interpreti portano all'interno del corso. Non potrebbero fare altrimenti: nella laurea triennale, le occasioni di tirocinio specifico sono rare se non inesistenti, poiché l'interpretazione dialogica si svolge in contesti scarsamente accessibili (imprese, ospedali, tribunali); nella laurea magistrale, le esperienze sul campo riguardano invece convegni internazionali o, in passato, contesti di formazione in mediazione comunitaria (Morelli 2018, 2021). È anche per supplire a questa mancanza di contatto con la pratica reale che l'ADE è stata aperta a queste studenti.

¹² Fa eccezione la combinazione linguistica italiano-francese, in cui parte del corso del terzo anno è dedicata all'interpretazione in ambito medico.

6.5 Il percorso dell'ADE Scienze Mediche

Il percorso dell'ADE è stato strutturato secondo gli stessi passaggi della prima esperienza: un questionario esplorativo per la raccolta dei dati anagrafici e relativi ai repertori linguistici e alle esperienze e idee attorno alla comunicazione interlinguistica, mediata e non; un focus group di approfondimento delle opinioni espresse nel questionario; e due incontri teorico-laboratoriali. Le prime due fasi (questionario e focus group) sono state rivolte alle sole studenti di Medicina¹³, che hanno poi incontrato le studenti di Interpretazione durante la prima lezione, il 23 aprile 2021. Gli interventi delle studenti sono stati raccolti per programmare la seconda lezione attorno agli interrogativi emersi. In quest'ultimo incontro, a una parte teorica che intende dirimere i dubbi portati alla lezione precedente seguono delle attività laboratoriali: le studenti lavorano in piccoli gruppi alla stesura di alcuni scenari per il role-play che sarà svolto nelle ore successive.

A causa delle misure vigenti in Italia e in Liguria nella primavera del 2021, i focus group e la prima lezione sono stati tenuti interamente on-line; è stato invece possibile tenere in presenza la seconda lezione, a tre settimane dalla prima, il 7 maggio 2021. Tuttavia, i numeri contingentati delle aule hanno imposto una organizzazione ibrida dell'incontro, con le formatrici e le studenti di Medicina in presenza, e con le studenti di Interpretazione a distanza¹⁴. Questa scelta ha parzialmente assecondato il desiderio di concentrarsi sul gruppo delle studenti-mediche, riservando alle studenti-interpreti un ruolo di maggior ascolto¹⁵.

6.5.1 I dati

Il percorso di ricerca-azione condotto durante l'ADE si incentra attorno a diversi momenti di raccolta dati, il cui carattere è essenzialmente conversazionale; unica eccezione, il questionario esplorativo erogato alle studenti di Medicina come primo contatto tra le iscritte e le formatrici. I dati sono rappresentati dalla registrazione dei focus group e delle lezioni, le chat delle lezioni, le note sul campo delle formatrici-facilitatrici. Per il loro studio è stata condotta una analisi tematico-narrativa improntata al modello olistico orientato al contenuto (Lieblich *et al.* 1998).

¹³ L'edizione dell'ADE 2021/22 si è rivolta alle studenti di Scienze Mediche, Ostetrica, Teoria e Tecniche della Mediazione Interlinguistica e Traduzione e Interpretariato. I focus group che hanno inaugurato il percorso hanno coinvolto separatamente le tre professioni (ostetriche, medici, linguiste). Alle linguiste è stata poi dedicata una lezione introduttiva sull'interpretazione in ambito medico e umanitario.

¹⁴ A loro si è aggiunto l'unico studente uomo di Medicina che ha seguito l'intero percorso, pur non partecipando al focus group.

¹⁵ Il disequilibrio nel formato partecipativo delle studenti è stato tenuto in conto nell'analisi dei dati discorsivi (registrazione della lezione e chat).

6.5.2 Il questionario esplorativo

Il questionario esplorativo indaga i repertori linguistici delle studenti e le loro esperienze di comunicazione multilinguistica, mediata e non, in ambito sanitario. Dal questionario anonimo, emerge un sostanziale vuoto in questo senso – o meglio, questa è l'impressione data dalle risposte delle studenti, che dichiarano di non avere nessuna esperienza con pazienti allofoni, né alcuna esperienza di mediazione o traduzione in ambito sanitario. Eppure è la prospettiva che deve essere rovesciata: dal punto di vista dell'istituzione di cura, i pazienti con cui le studenti si sono relazionate non sono allofoni. Se invece assumiamo la posizione della studente di madrelingua non italiana, come è spesso il caso con questo gruppo, appare prepotentemente la tematica della diversità linguistica e culturale, con la curante come portatrice di multilinguismo. Coerentemente, una delle complessità comunicative indicate nel questionario è la comprensione del paziente durante la raccolta delle informazioni; parallela è la difficoltà di farsi capire laddove il paziente sia in uno stato di non-lucidità dovuta alla sua condizione fisica (la vecchiaia, una malattia degenerativa) o alla situazione comunicativa. Come sottolinea una delle risposte, «comprendere i bisogni e spiegarsi» restano i due poli imprescindibili dello scambio comunicativo, la cui complessità è data dal fatto che, come evidenzia un'altra risposta, «trattandosi di solito di cose che richiedono dettagli e sfumature non è facilissimo essere specifici se mancano i termini adeguati», quale che sia la lingua dello scambio. Inoltre, «un possibile fraintendimento o incomprensione [può] essere di grave impatto negativo sul benessere del paziente, può bastare una parola sbagliata o una parola non detta...». Appare così chiaramente la percezione della delicatezza della comunicazione in ambito medico, in cui il rischio di un deragliamento della comprensione reciproca è alto. Ciò accade soprattutto con i pazienti fragili, in particolare anziani; anche per questo, la buona comunicazione è qualcosa di organico: non si tratta soltanto di trasmettere dei contenuti, assicurando cioè il flusso informativo dalla fonte esperta al paziente; è altrettanto importante offrire «sostegno morale», «comprendere i bisogni» (risposta che ricorre due volte), «spiegare le procedure medico-terapeutiche e far sentire il paziente a proprio agio». La comunicazione non è mai solo informativa, né solo emotiva: la cura impone di dare spiegazioni nella fase della diagnosi, ma anche di far sentire curati, nonostante la distanza tra il mondo dell'istituzione ospedaliera e quello della quotidianità: una delle difficoltà principali è difatti «comunicare informazioni che possono sembrare strane all'interlocutore».

A questa visione complessa dello scambio si accosta una ultima difficoltà: «comunicare e spiegare accuratamente la diagnosi al paziente, cercare il linguaggio verbale ed il linguaggio del corpo corretto». Anche se in quest'ultima affermazione si può forse leggere un approccio prescrittivo o riduttivo della complessità comunicativa (per cui un solo comportamento o linguaggio, verbale o non verbale, sarebbe «corretto»), la risposta mette in evidenza una idea, diffusa tra le

rispondenti, della comunicazione come qualcosa di globale, che affonda le radici in diversi sistemi semiotici, offrendo così maggiori risorse comunicative. Proprio in questo senso si muove la domanda del questionario sugli strumenti utilizzati nella comunicazione con pazienti allofoni, che pure riceve una sola risposta completa: gli strumenti utilizzati sarebbero Google Traduttore e Youtube. Eloquentemente e rappresentativo delle perplessità del gruppo è il punto interrogativo che costituisce l'unica altra risposta presente. La domanda appare quindi mal posta o incomprensibile, e verrà approfondita nei focus group.

6.5.3 I focus group

A due settimane di distanza dal questionario, studenti e formatrici si incontrano in un focus group di un'ora, a distanza. Partecipano quattordici studenti, tutte donne, sei nel primo gruppo e otto nel secondo. Il focus group comincia con una domanda sulle aspettative: «Che cosa vorresti trovare nel corso?», per poi affrontare il nodo degli strumenti comunicativi presenti in corsia – la domanda che non aveva ricevuto quasi nessuna risposta nel questionario; infine, il focus group si conclude con una domanda sulle idee di qualità relative alla comunicazione: «Hai osservato buone/cattive comunicazioni in ambito medico? Che cosa ti ha colpito in quei casi?» e, «Secondo te, quali sono le caratteristiche di una buona comunicazione in ambito medico? Come descriveresti un medico che è un buon comunicatore?».

Ripercorreremo qui i temi salienti portati alla luce durante il focus group.

«La comunicazione deve comunicare»: quando la cura parla

Dal dibattito emerge subito una idea di comunicazione come elemento cruciale della cura: «capirsi al 100% è fondamentale» (Erica). Benché l'affermazione sia potenzialmente utopistica (ci si può realmente capire al cento per cento? È necessario? E che cosa significa?), con le sue parole Erica rappresenta una comunicazione che non è mai unidirezionale, ma che si costruisce attorno al capire e all'essere capiti. La comunicazione che proviene dal medico non ha il solo scopo di fornire delle indicazioni terapeutiche o di sollecitare informazioni utili alla diagnosi, ma comprende un aspetto ulteriore: il far percepire la cura, il «far sentire curati». Questo è lo scopo fondamentale della comunicazione in ambito medico:

Il nostro oggetto di lavoro non è la malattia, è la persona, è il paziente. È per questo che la comunicazione è importante: per far sentire meglio il paziente, per far sentire curato il paziente. Puoi essere il miglior medico del mondo in termini tecnici, ma non riuscire a far sentire il paziente curato. Far sentire la sensazione che qualcuno prova a capirti. (Isabela)

La questione dell'intenzione comunicativa del medico viene quindi tematizzata come *conditio sine qua non*, presupposto della comunicazione prima ancora della conoscenza degli strumenti comunicativi. E tuttavia, la domanda è legittima: che

cosa significa comunicare in maniera efficace? L'idea di buona comunicazione proposta dalle studenti di Medicina è complessa, e non trascurava nessuna dimensione: «Una buona comunicazione è quella più completa possibile. Sia il lato emozionale – la compassione – sia l'aspetto scientifico». (Carola)

Dimensione emotiva e informativa viaggiano quindi di pari passo, benché la ricetta della buona comunicazione permetta variazioni sul tema, e un dosaggio diverso dei due ingredienti di base: alcune fasi della comunicazione necessitano di una maggior accuratezza (l'anamnesi, la diagnosi, le prescrizioni terapeutiche), così come le comunicazioni durante una emergenza o che riguardano decisioni importanti, come un intervento. In queste circostanze, si impone una maggior attenzione alla trasmissione di informazioni fondamentali. Tuttavia, anche in questi casi, per raggiungere il paziente e per ottenere un consenso realmente consapevole la comunicazione non può fare a meno del contatto, inteso come sforzo dialogico che va oltre il significato dei termini, verso la comprensione dei bisogni. Quando si evoca una dimensione multilinguistica, è su questo che viene posto l'accento: se una lingua straniera si può apparentemente apprendere anche solo sui libri, non è così semplice comunicare quando ci si trova di fronte a una lingua viva. Comprendere l'inglese scientifico, in cui si tengono tante lezioni e convegni e che le studenti conoscono attraverso lo studio della letteratura, non è la stessa cosa di «capire, comprendere un paziente». La lingua parlata è viva in quanto fatta di idioletti. Essa è singolare, eccezionale: «Un paziente [...] quando riferisce i sintomi usa parole sue, espressioni, similitudini»¹⁶.

Serve quindi una pratica concreta della lingua per poter comprendere realmente il paziente; questa pratica, però, è descritta come lacunosa da due studenti:

Penso che ci troveremmo spiazzati, più che dal punto di vista della comprensione, perché poi bene o male ci si riesce a capire, dal punto di vista della comunicazione.

Siamo impreparati da un punto di vista anche più umano piuttosto che di comprensione. (Michela)

Queste affermazioni sorpassano la concezione della lingua come insieme di termini e strutture, e portano soprattutto alla luce la necessità di «far prevalere la parte empatica e dell'ascolto, che è il lato umano che possiamo conservare della lingua» (Michela). Un 'umano' che permette di riconoscere il senso dei comportamenti dell'altro e che in questo si fa sinonimo, quantomeno parziale, del più classico elemento 'culturale'. Si delinea così la vera crisi nella comunicazione medica: non (solo) tra lingue e culture diverse, ma tra condizioni sociali e vissuti emotivi.

¹⁶ Per questa citazione e per la successiva non siamo riuscite a recuperare il nome della studente.

«*Tutto quello che non era assolutamente medico*»¹⁷: *la lingua della Medicina e la lingua del mondo*

Le criticità comunicative individuate dalle studenti mettono in discussione gli assunti di partenza: quando si parla di «lingue e culture» nella comunicazione medica, a che cosa si fa riferimento?

Le risposte delle partecipanti riecheggiano la tradizionale differenza tra Voce della Medicina e Voce del mondo (come descritta nel classico testo di Mishler, del 1984): a mettere a rischio la comunicazione medico-paziente è la distanza tra la cultura scientifica e istituzionale del medico, che vive nella cura la sua quotidianità, e l'esperienza profana del paziente, per cui la malattia può rappresentare la discontinuità e la sofferenza. È il carico di tale esperienza a ostacolare la comprensione del paziente. Anche laddove il paziente condivide le conoscenze del curante, queste non vengono automaticamente attivate. Come raccontano tre studenti facendo riferimento alle proprie esperienze personali, è la condizione stessa di paziente (straniero e non) a produrre incomprensione:

Come paziente o in corsia, ho trovato medici che davano una situazione in due parole, con termini tecnici, poi le domande le cerchi su internet perché ti sembra quasi di disturbare. (Gaia)

Parlo italiano, capisco meglio di come parlo. Avrei voluto che il personale in generale avesse rispiegato con più di [*sic*] pazienza le cose, che avessero parlato più chiaramente perché sono uscita dall'ospedale spaventatissima e solo dopo ho capito che la situazione non era così grave. La comunicazione poteva essere adeguata per parlare con un altro italiano, ma io che sono straniera ho trovato difficile capire che cosa voleva dire il medico. Solo dopo sono riuscita a trovare un altro medico che mi ha spiegato più nel dettaglio. (Isabela)

Circa quattro anni fa sono venuta in Italia, ero incinta e sono andata in ospedale per partorire il mio primo figlio. Capivo poco la lingua ma nonostante ciò ho trovato i medici e tutto il personale bravo. Ero all'Ospedale X. Sono stati molto gentili, attenti, perché tutti sono riusciti a spiegarmi come dovevo comportarmi – a parte che ero laureata e capivo quello che dovevo fare, hanno usato gesti e comportamento... (Arina)

La condizione determina quindi la difficoltà comunicativa; le conoscenze e le competenze acquisite sembrano non essere raggiungibili nel momento in cui si ha bisogno della cura. La vulnerabilità del paziente impedisce una piena compren-

¹⁷ La studente si riferisce qui alla relazione osservata tra una collega tirocinante e un paziente anziano che parlava solo dialetto siciliano. Sedendosi accanto al paziente e chiacchierando in siciliano della vita del paziente fuori e dentro l'ospedale, la studente era riuscita a dare cura parlando di «tutto quello che non era assolutamente medico». L'episodio è riportato nel paragrafo «Donare del tempo», *infra*.

sione, che deve però essere presa in carico dal medico. È in questa direzione che si muovono i suggerimenti relativi agli strumenti a cui ricorrere nel tentativo di entrare in contatto con il paziente.

«Far sentire il paziente curato»: dalla voce della Medicina alla voce del mondo

Portare la comunicazione medica verso il paziente è un compito che richiede molteplici accorgimenti. Per farlo, il medico può appoggiarsi da un lato alle risorse concrete, e dall'altro alle strategie comunicative. Nel primo caso viene suggerito Google Traduttore, di cui si teme però la scarsa qualità delle traduzioni e si segnala il rischio di spersonalizzazione dell'interazione; il contrario è vero nel caso dell'interprete-mediatore¹⁸, che «preserva la sensibilità» (Marianna) come non può fare una macchina. Il terzo che traduce viene evocato da tutte le studenti come soluzione ideale per garantire una maggior accuratezza: con un interprete-mediatore, «è una comunicazione più sicura» (Carola). In certi reparti, come Ginecologia, la presenza di un terzo sembra però infrangere la relazione diretta tra medico e paziente – tanto più se il terzo non è un professionista, ma un familiare. È questo anche il caso dei pazienti allofoni anziani, che arrivano con un accompagnatore italofono, un parente. Va detto che l'interprete-mediatore evocato dalle studenti non è sempre un professionista: al contrario, nessuna distinzione viene fatta tra professionista, accompagnatore o membro bilingue dell'équipe. Tutte e tre le figure possono ricoprire il ruolo di mediatore, tanto più visto che una delle criticità insite in questa risorsa sta nei tempi lunghi della convocazione di un professionista non presente sul posto.

Le strategie comunicative che il medico può mettere in atto per avvicinarsi all'esperienza del paziente sono più numerose, e creative. Per riuscire a formulare un discorso che deve essere il più chiaro e personalizzato possibile (Erica), un medico può ricorrere al linguaggio non verbale, anche simulando delle procedure su una «infermiera» consenziente (Marianna), o prestare particolare attenzione all'intonazione. Inoltre, una strategia efficace è quella della semplificazione, anche attraverso il codice iconico, attraverso l'uso di immagini o schemi disegnati dal medico (Gaia). Il materiale così creato ha anche il vantaggio di poter essere conservato dal paziente e riletto in un momento successivo, meno carico di emotività, in cui si hanno magari accanto delle persone di fiducia:

aiuta scrivere in parole molto semplici delle indicazioni e punti importanti del processo terapeutico, così la persona può pensare con calma e scegliere i metodi

¹⁸Nel capitolo precedente, si è parlato di 'mediatori-interpreti'. Abbiamo preferito conservare come primo elemento il sostantivo più utilizzato dal gruppo di parlanti con cui si è lavorato in ciascun capitolo. Allo stesso modo, viene qui utilizzato il genere maschile generico per rispettare l'uso costante che ne fanno le studenti.

che preferisce per tradurre o chiedere il consiglio di qualcuno di cui si fida, come gli amici, in situazioni molto critiche. (Nadezhda)

Un'ulteriore forma di semplificazione del discorso è l'abbandono della terminologia specifica, che pure rappresenta un nucleo fondante dell'esperienza di apprendimento delle studenti, ma che non diviene feticcio professionale. Al contrario, è necessario tradurre: questo verbo chiave, che non viene mai citato dalle studenti, descrive tuttavia l'essenza delle azioni di avvicinamento discorsivo all'esperienza dell'interlocutore. Attraverso metafore e similitudini tratte dalla vita quotidiana, il medico riesce a raggiungere il paziente: l'oculista che paragona la cataratta alla pellicola di Domopak per riuscire a farsi comprendere dalla persona anziana (Elisa) è un buon comunicatore, perché traduce in un oggetto con cui la persona ha familiarità un fenomeno anatomico angosciante e, di lì, potenzialmente incomprensibile¹⁹.

Se la comunicazione con l'esperto è venata dall'affiorante emotività del paziente, una soluzione può essere il ricorso alla conversazione informale, aggirando la domanda orientata alla diagnosi per poter stabilire una comunicazione con il paziente come persona:

Alla domanda più clinica, il paziente può non rispondere. Se cambi domanda, lo fai parlare, ti parla degli avvenimenti della propria vita e scopri delle cose utili per la clinica. (Simona)

Lo scambio informale, tuttavia, non è (solo) una strategia strumentale. Declinizzando il proprio discorso, il medico asseconda lo scopo generale della comunicazione, che è «fare quello che bisogna fare con il paziente, ossia tranquillizzare» (Marianna). In questo va posta una attenzione particolare alle differenze tra paziente e paziente: l'abilità traduttiva del medico è anche quella di saper riconoscere il proprio paziente e modellare di conseguenza l'intervento:

C'è chi preferisce un linguaggio più tecnico, più distaccato e clinico [...]. Altri preferiscono una comunicazione più semplice e umana, soprattutto in casi particolari, come pazienti conflittuali o pazienti che sai che sono lì perché vogliono istigarti. (Marianna)

A fronte di interlocutori non sempre facili, un «buon comunicatore» è paziente, comprensivo, empatico – ma al contempo assertivo e fermo. Il buon comunicatore ha voglia di conoscere il paziente: l'attenzione è una delle sue qualità, così come la capacità di ascolto. Non dà nulla per scontato, riesce a spiegare i concetti scientifici con parole semplici, anche se «semplificare è molto difficile» (Gaia). Si

¹⁹ L'uso di metafore, similitudini, esempi concreti della vita quotidiana è del resto una strategia traduttiva possibile nella comunicazione mediata in ambito medico (Angelelli 2004).

adatta ai vari casi, è capace di improvvisare, pur manifestando sempre tranquillità: è creativo, e consapevole delle proprie competenze:

Per essere un buon comunicatore devi essere ben preparato. Troppe opzioni: più o meno tecnicismi, tempo ridotto... Bisogna esser sicuri di sé, rischi di sapere qual è il mezzo giusto ma rischi di non saperlo fare. (Gaia)

Come suggerisce Gaia, tuttavia, per poter trasformare in pratica tutte queste qualità bisogna confrontarsi con il vincolo che costringe la comunicazione ospedaliera, il tempo.

«Donare del tempo»: i tempi lunghi e brevi della cura

Il tempo, o l'assenza di tempo, ritorna spesso nelle parole delle studenti, consapevoli del vincolo posto dai tempi stretti della cura. Viene riconosciuto che i buoni comunicatori sono i medici «che hanno la possibilità di donare del tempo» (Olivia), che si impegnano in prima persona nel dialogo:

È importante che sia il dottore a pronunciare tutto e mi ascolti personalmente, che mi dia del tempo, quello che io penso sia adatto, le informazioni che voglio. Non è comodo, ma aiuta a rilassare, a sentirsi in una situazione cordiale. (Nadezhda)

Tuttavia, per quanto sia fondamentale per creare fiducia, non sempre è «comodo» dedicare del tempo. Il desiderio del medico di impostare una comunicazione attenta e personalizzata cozza con i tempi rapidi della pratica ospedaliera. È necessario allora saper discriminare tra pazienti che possono trarre un maggior giovamento da un'attenzione prolungata, ma anche poter affidare questo aspetto della cura ad altri membri dell'équipe:

Bisogna essere disponibili ad ascoltare nei limiti di tempo che la professione dà. Dieci minuti a paziente di chiacchiere sono troppi. Bisogna però valutare caso per caso, sapere se un paziente sta bene se gli si parla di più – se io non posso, chiedo a qualcun altro di poterlo fare. (Marianna)

... le corsie erano molto frenetiche. Avere la possibilità di comunicare e di dedicare così tanto tempo era molto difficile, impossibile per ogni medico. Noi tirocinanti, OSS, infermieri eravamo quelli che potevano dedicare più tempo su questo. (Olivia)

Si tratta quindi di un compito che riguarda le studenti tirocinanti in prima persona: questo elemento fondamentale della cura non può sempre essere raccolto dai medici, ed ecco che le studenti in tirocinio possono qui intervenire più e meglio rispetto ad altri aspetti, terapeutici.

La relazione diretta con il paziente genera soddisfazione, sollecita la creatività, interroga le capacità, permette ai membri meno indaffarati e completi dell'équipe di contribuire alla cura:

In Brasile ho incontrato un paziente che aveva un livello di scolarità molto basso.

Il medico che era il mio tutor faceva un test per capire se sentiva bene, ma le domande riportavano una terminologia molto specifica. Il medico non riusciva ad andare avanti perché il paziente non capiva. Io ho fatto degli scambi, cercando di semplificare il test. (Isabela)

Ricordo un signore siciliano in geriatria che parlava dialetto stretto. Nessuno lo capiva. Ma è stato molto bello perché il signore era ben seguito e riusciva a farsi capire in qualche modo. Poi una tirocinante del terzo anno, una ragazza che capiva molto bene il siciliano stava lì almeno un quarto d'ora per chiedere quello che aveva mangiato il giorno prima, che cosa aveva fatto... tutto quello che non era assolutamente medico e basta. [...] Un altro episodio di comunicazione difficile è stato nel caso di una paziente che soffre di demenza senile in stadio avanzato. Non parlava più e parte del personale era davvero bravo a interagire con lei nonostante non avesse più una lingua, riusciva a farla mangiare, a non farla arrabbiare, a farla sentire a proprio agio. Mentre con un atteggiamento totalmente diverso la paziente cambiava, diventava una paziente completamente ingestibile. (Gaia)

Gli incontri difficili evocati dalle studenti riguardano di rado la figura del paziente 'straniero': si tratta piuttosto di persone con vulnerabilità di vario tipo: sono pazienti spesso anziani, con malattie degenerative o in uno stato di confusione. Si tratta delle stesse situazioni che verranno evocate e affrontate durante il laboratorio, e che ripropongono una vulnerabilità stratificata come la criticità principale della comunicazione ospedaliera.

«La mancanza della lingua ti fa sentire veramente spaventata»: quando è il medico a portare la diversità

La presenza di sette studenti non italiane (la metà delle partecipanti ai focus group) porta alla luce una variante nella comunicazione medica fin qui considerata: l'allofonia introdotta dal curante. Le studenti allofone hanno già esperienze di pratica sul campo: sono state tutte ammesse al quinto anno nel corso di laurea di UniGe durante l'anno precedente e hanno quindi una conoscenza specialistica consolidata.

La loro prospettiva fa emergere domande nuove: che cosa succede quando è il medico a essere in difficoltà con la lingua dell'istituzione e dei pazienti? Di fronte alla tipologia di episodi riportati – le tante persone anziane, tra cui alcune che parlano solo dialetto – l'alterità linguistica del terapeuta sembra particolarmente pertinente. Le studenti allofone insistono su alcune qualità comunicative particolari per far fronte alla comunicazione:

Serve la pazienza, serve attenzione, non dobbiamo aver paura a chiedere di nuove informazioni, non dobbiamo sentirci a disagio di fronte alla persona, dobbiamo improvvisare. La mancanza della lingua ti fa sentire veramente spaventata ma dobbiamo affrontare questi incontri che sono molto importanti, soprattutto per noi, persone straniere. (Alexandra)

Le esperienze di queste studenti introducono una prospettiva nuova nel gruppo delle partecipanti: non solo incarnano una poliglossia diversa dal bilinguismo ‘professionale’ delle studente interpreti, ma sono portatrici di un vissuto di multilinguismo abitato ai due poli della cura ospedaliera.

6.5.4 La progettazione del primo incontro

I dati emersi dal questionario e dai focus group impongono una riformulazione della struttura inizialmente pensata per il primo incontro dell’ADE Ostetricia. A caratterizzare il gruppo è innanzitutto la presenza di due discipline professionalizzanti, che entrano per la prima volta a contatto: dell’interprete-mediatore si è a lungo parlato nel focus, ma nessuna studente ha incontrato un professionista nella sua pratica di tirocinio. Le loro esperienze riguardano, al contrario, parenti e amici, lo staff bilingue, sé stesse nella posizione di interpreti – o di pazienti che non hanno avuto la possibilità di beneficiare di aiuti traduttivi di sorta. Dal canto loro, le interpreti non conoscono la realtà della comunicazione ospedaliera, né quella della mediazione in quest’ambito. Inoltre, le opinioni espresse dalle studente hanno relegato la casistica del multilinguismo e del multiculturalismo tradizionali, forse stereotipati, a un ruolo secondario: la vera criticità della comunicazione medica sta nella vulnerabilità del paziente e nello scarto tra il suo vissuto e la capacità del medico di adeguare il proprio discorso specialistico all’individuo che gli sta di fronte, capacità minacciata dal poco tempo che può dedicargli.

Sembra quindi rilevante portare alle studente una prospettiva più generale sulla comunicazione e sui modelli di interazione, con un accento sulla pragmatica interculturale intesa nel suo senso più ampio e a cui si aggiunge una proposta di riflessione sulle asimmetrie comunicative intrinseche alla comunicazione medica. Il tempo restante dell’incontro, più della metà, viene dedicato al dibattito di classe: idee e interrogativi delle studente saranno raccolti in itinere per costruire il secondo incontro, a carattere laboratoriale.

6.5.5 Il primo incontro

Al primo incontro partecipano diciannove studente (compresa Giorgia, una studente di Ostetricia che aveva già partecipato all’ADE precedente). Una parte teorica, intervallata da momenti di scambio, occupa la prima parte dell’incontro, con una attenzione particolare ai modelli di interazione comunicativa di Raga Gimeno (2016) e alle asimmetrie della comunicazione istituzionale (Fairclough 1995). L’introduzione alle caratteristiche della comunicazione istituzionale, che chiama in causa il concetto di autorità (epistemica, situazionale, conversazionale) e di potere apre alle domande e alle riflessioni della classe: come può il medico scendere dal piedistallo e raggiungere il paziente? Come può decostruire il suo potere simbolico, di cui il camice è il simbolo primo, per condividere le scelte con il paziente?

«Puoi scegliere di non farlo?»: l'autorità della Medicina e il corpo soggetto

Le studenti di Medicina si interrogano sulla possibilità di smontare lo «stereotipo del medico freddo e distaccato», già intaccato dalle trasformazioni avvenute nella storia della Medicina grazie all'introduzione di procedure meno oggettificanti. Il passaggio dalla Medicina paternalistica all'assunzione di reciproche responsabilità viene però messo in dubbio: sembra difficile creare le condizioni per l'esercizio della libertà – anche di non essere curato – da parte del paziente. Questo dialogare con un soggetto che ha, o dovrebbe avere, piena libertà di scelta porta a riflettere sui limiti dell'azione medica: si fa il medico «per curare la gente, non per curarla per forza» (Marianna). Sembra quindi necessario riconfigurare le dinamiche della comunicazione seguendo un modello che non è più quello della Medicina che lavora su un corpo passivo, ma con un soggetto etico. Il paziente non è più un corpo-oggetto su cui svolgere delle procedure, ma un individuo che accede alla condizione di soggetto proprio grazie alla scelta, da parte del medico e della Medicina, di portare avanti alcune procedure e non altre. Al contempo, questo corpo-soggetto è un prodotto culturale: è un corpo significante che non può essere avvicinato senza una riflessione sulle parti che sono al centro della procedura. Alcune parti anatomiche, alcune specialità – prima tra tutte, la Ginecologia – necessitano di una attenzione particolare, di una consapevolezza dei significati culturali del corpo per la singola persona e per le culture che lo attraversano e in cui si riconosce. La comunicazione avviene quindi anche attraverso una selezione di procedure non solo conversazionali, ma mediche, storicamente determinate, che consentono al terapeuta di aprire la strada alla piena soggettività al paziente: ciò implica una importanza vitale del linguaggio non verbale, primo tra tutti quello del corpo. La mutua comprensibilità dei gesti viene interrogata, così come un nodo fondamentale della comunicazione mediata: come fa l'interprete a gestire il non verbale?

«Con chi si crea il rapporto di fiducia?»: i significati dell'essere in tre

La presenza delle studenti di Interpretazione permette di intavolare uno scambio (assai animato) intorno alla figura dell'interprete e a quella del mediatore. La differenza tra le due funzioni non è ben chiara alle studenti di Medicina, mentre le studenti magistrali di Interpretazione propongono una visione dicotomica tra le due professioni, disegnando il ritratto di un interprete non-persona (nel senso goffmaniano del termine), affine all'interprete di conferenza: lavorerebbe solo con la tecnica simultanea e non avrebbe perciò tempo per approfondire concetti o manifestare empatia. Il mediatore, invece, è quella persona che lavora in ospedale, a contatto con «situazioni difficili, delicate».

La definizione non è priva di verità: la comunicazione in ambito ospedaliero è indubbiamente complessa e delicata per quel che riguarda la gestione di numerosi aspetti che richiedono però delle capacità non solo interpersonali, ma anche linguistiche, come la traduzione della terminologia specifica e del registro. Quel che stona

nelle definizioni delle studenti-linguiste è proprio la contrapposizione definitoria: da un lato, il mediatore empatico; dall'altro, l'interprete «oggettivo» – ma a rischio di essere oggettivato nella sua funzione di tramite linguistico al servizio di un «relatore». Tale distinzione acquisisce un senso solo relativo per le studente di Medicina, interessate piuttosto alla realtà comunicativa: che cosa vuol dire lavorare con un interprete-mediatore? I compiti e i confini di questo terzo partecipante all'interazione vengono esplorati: «un interprete deve seguire delle procedure specifiche stabilite dagli ospedali?»; «nel caso di una diagnosi riportata sbagliata o in un modo per cui si creano incomprensioni, che conseguenze ci sarebbero per l'interprete?».

Queste due domande trasportano all'interno del mandato dell'interprete-mediatore le responsabilità del medico. Le due figure sono effettivamente comparabili? E, nella comunicazione, qual è il rapporto che si crea tra di loro? Qual è il grado di autonomia (e di soggettivazione) dell'interprete-mediatore? Alcune domande vertono espressamente su questi aspetti: «l'interprete e il medico sono sullo stesso piano?»; «l'interprete deve esprimere le stesse emozioni del medico?»; «se l'interprete esprime empatia dal punto di vista personale, con chi si crea il rapporto di fiducia?».

Manca qui una idea dell'interprete-mediatore come persona (piuttosto che come canale comunicativo) e, soprattutto, come persona al servizio della comunicazione e quindi di tutti i comunicatori. Il suo lavoro consiste anche nella creazione della relazione di fiducia con entrambi i parlanti, e della fiducia tra loro: se l'interprete-mediatore lavora in maniera efficace, la fiducia che si crea non è sottratta a nessuno, ma aggiunge valore a tutta la comunicazione. L'interprete-mediatore potrebbe essere visto in realtà come un'altra figura di cura, che si occupa però di un aspetto diverso, la cura della comunicazione. In questo senso, l'ultima domanda, «E se l'interprete cambia?» mette in luce un punto cruciale: da un lato, la lenta (torna ancora il tempo) costruzione della fiducia si deteriorerebbe; dall'altro, però, la cura comunicativa rischia di essere compito del solo interprete-mediatore, ignorando le competenze comunicative di altri componenti dell'équipe sanitaria. Giorgia, una studente di Ostetricia dell'ADE precedente e che partecipa anche a questo primo incontro, interviene con la sua esperienza. Se si desidera realmente trasformare lo stereotipo, bisogna rendersi conto che si è persona tra persone, anche con i colleghi: «è sacrosanto e umano mostrare empatia, sensibilità, presenza», con tutti i membri dell'équipe e aspettarsi lo stesso comportamento come un dovere di chi è coinvolto nella cura – compreso l'interprete-mediatore.

La comunicazione difficile: vulnerabilità complesse e lavoro in équipe

All'interno del dibattito, le studente di Medicina portano numerosi esempi di situazioni vissute od osservate in cui i partecipanti non riuscivano a comunicare. Le situazioni comunicative evocate presentano due tratti in comune: si tratta di situazioni non necessariamente, anzi di rado, interlinguistiche; e assommano in sé

molteplici criticità, nate prima di tutto da una difficoltà di alcuni pazienti a esprimere come si sentono e dalle modalità comunicative diverse tra le generazioni, tra pazienti e curanti. Gli episodi raccontati riflettono situazioni di dialogo (impossibile o frammentato) con pazienti anziani, dall'udito debole, che non sanno né capiscono che cosa sta accadendo, spesso confusi, arrabbiati, spaventati, o che parlano un dialetto e non l'italiano; pazienti affetti da malattie degenerative, turbati o frustrati dalla propria incapacità di cogliere il senso di quanto sta accadendo; ma emerge come situazione comunicativa difficile anche la comunicazione all'interno dell'équipe terapeutica. Anche in questo caso, alla radice del problema sta la diversità: ruoli, età, esperienze diverse pesano nella comunicazione, soprattutto per le tirocinanti che sentono di non riuscire a soddisfare appieno le aspettative dei colleghi e, soprattutto, di rallentare i tempi frenetici del lavoro. La cura comunicativa che viene loro demandata e di cui volentieri si fanno carico sembra essere uno dei pochi modi a loro disposizione per sentirsi parte della situazione di tirocinio, anche se non sempre con i risultati che vorrebbero.

6.5.6 La progettazione del secondo incontro

Il primo incontro tra le studenti delle due diverse discipline fa emergere una differenza di fondo sul ruolo dell'«empatia» nella comunicazione: chi ha il diritto di essere empatico? Se le studenti-interpreti sembrano arroccarsi su una nozione rigida di imparzialità, intesa come rifiuto di aderire emotivamente alla comunicazione, le studenti delle professioni sanitarie (e in particolare Giorgia, di Ostetricia) insistono sulla necessità di una partecipazione emotiva all'incontro con il paziente da parte di tutte le persone coinvolte nella cura. Sembra quindi interessante costruire il secondo incontro dapprima attorno alla ridefinizione dei compiti dell'interprete-mediatore; in seguito, l'attività laboratoriale sarà centrata sulle strategie comunicative possibili da parte delle partecipanti primarie – le future dottoresse – in una interazione dove le lingue e le culture da tradurre non implicano necessariamente la presenza di un esperto linguistico, quanto piuttosto comunicativo.

6.5.7 Il secondo e ultimo incontro

L'interpretazione-mediazione è un atto empatico o una trasmutazione linguistica di codice? Attorno a questa domanda, e alle tante che hanno affrontato la natura dei compiti dell'interprete-mediatore, viene progettata la prima parte dell'incontro. L'obiettivo è quello di rendere più trasparente la figura dell'interprete-mediatore (e dell'interprete e del mediatore) in ambito sanitario in Italia, anche prendendo in esame le modalità di intervento a distanza, in videoconferenza e attraverso l'interpretazione telefonica. Questa prima parte, necessaria per rendere meno vaghe le idee su una realtà comunque sfaccettata, si conclude con il lavoro di gruppo che costituisce il nucleo dell'incontro.

Quattordici studenti di Medicina sono presenti in aula insieme alle due formatrici-facilitatrici e al docente di Medicina di riferimento; ventuno studenti di Interpretazione (a cui si aggiunge uno studente di Medicina) seguono da remoto e partecipano al dibattito attraverso la chat. Durante l'attività laboratoriale, i due gruppi vengono divisi in sottogruppi: due in aula, tre a distanza. A tutti si chiede di immaginare una situazione di comunicazione difficile, da sviluppare in seguito attraverso un role-play.

La comunicazione difficile: gli scenari

Gli scenari proposti dalle studenti confermano le criticità già affiorate in tutto il percorso: pazienti fragili sotto diversi aspetti, difficoltà comunicative che esulano dalla comprensione del codice linguistico.

Il primo gruppo in aula, formato da studenti di Medicina, propone due situazioni in cui il paziente è un minore; nel primo caso, il paziente, di quattordici anni, desidera seguire una procedura medica²⁰, mentre il genitore è contrario. La difficoltà sta quindi nel relazionarsi con un comunicatore conflittuale, tutelando al contempo i diritti del paziente fragile, la cui libertà di scelta è limitata dalla minore età.

Nel secondo caso, lo scenario riporta il caso di un bambino che arriva in Pronto Soccorso con delle lesioni sospette. La comunicazione con l'adulto, ancora una volta conflittuale, è resa ancor più complessa dalla necessità di proteggere il paziente vulnerabile.

Lo stesso gruppo suggerisce poi un ulteriore scenario, con un paziente affetto da Alzheimer o da una altra malattia degenerativa. Il paziente non riesce a svolgere adeguatamente il compito richiesto durante un test e non capisce il perché: si arrabbia, si agita, la comunicazione si inceppa. L'interrogativo è quindi come comunicare con un paziente arrabbiato, ma che non è raggiungibile su un piano razionale. In questo caso, le studenti hanno scelto una situazione che esprime tutta la difficoltà della comunicazione al di là della sua dimensione contenutistica e strettamente clinica: il test verrebbe difatti eseguito con un parente, il che garantirebbe l'efficacia dell'esame.

Il secondo gruppo di studenti di Medicina propone due esperienze osservate in prima persona: uno scenario riporta una situazione piuttosto classica, in cui appare un paziente «africano» che non parla le lingue dell'istituzione (l'italiano e l'inglese), e che arriva con un accompagnatore. Il secondo scenario descrive invece il caso di una paziente greca con difficoltà a respirare, agitata e diffidente. Nonostante le visite otorinolaringoiatriche già svolte, che escludevano disturbi specifici, la paziente è convinta di dover ricevere una diagnosi infausta, e non

²⁰ La procedura non è specificata, ma non è azzardato supporre che si tratti di una terapia ormonale di riassegnazione (o di affermazione) di genere.

vuole credere ai medici che la rassicurano. Torna quindi il nodo della percezione della cura: la portaparola del gruppo spiega che «era difficile spiegare che andava tutto bene perché la donna non voleva crederci, sentiva forse che era stata curata e visitata male».

I tre gruppi che lavorano a distanza si confrontano on-line e inviano le loro proposte.

Il primo gruppo, composto da studenti-interpreti, propone questo scenario: «Si presenta in ospedale a Genova un paziente di 70 anni, che parla solamente dialetto siciliano. Il paziente non riesce a spiegare i suoi sintomi al medico, dunque ci si pone il problema di una figura intermediaria che riesca ad agevolare la comunicazione». La differenza linguistica è qui tematizzata, ma con un dialetto italiano e non una lingua 'altra', trasfigurando quindi l'immagine tradizionale dell'incontro interlinguistico e interculturale.

Il secondo gruppo a distanza, di cui fa parte anche lo studente di Medicina, punta sulla differenza linguistico-culturale, ma con una lingua e una cultura percepite come affini (in particolare da uno studente-interprete, di origine colombiana): «a una donna sudamericana viene proposta una cura sperimentale per malattia degenerativa, ma lei è restia a sottoporsi per motivi culturali/religiosi. La malattia è in stadio avanzato e mostra già sintomi». L'introduzione del motivo «religioso» non viene meglio approfondito, mentre la menzione dello stadio della malattia sottolinea l'urgenza della comunicazione e l'appello all'etica del terapeuta.

Il terzo gruppo da remoto elabora un ultimo esempio: il caso di un paziente anziano, caduto in montagna e in uno stato confusionale, che parla un dialetto bavarese. Le studenti-interpreti attingono qui alle proprie difficoltà particolari: la conoscenza di una lingua, per quanto buona, può non essere sufficiente se la persona non parla la variante considerata come standard. A questo si aggiunge l'età avanzata dell'interlocutore, con un corollario di difficoltà emotive e cognitive, compreso l'arduo accesso ad altri sistemi linguistici.

Cercare di comunicare: strategie comunicative durante il role-play

Lo scenario scelto per il role-play è quello dell'anziano escursionista bavarese, che diventa qui una donna. Le attrici sono le studente di Medicina, la cui rappresentazione è visibile ai compagni da remoto grazie alla videocamera presente in aula. La studente che svolge il ruolo del paziente è russa, e quindi allofona rispetto alle altre attrici: due studenti italofone compaiono nel ruolo di medici del Pronto Soccorso, e una in quello dell'amica italiana.

La teatralizzazione viene quindi analizzata dalla classe, alla ricerca di strategie efficaci, difficoltà comunicative, possibili intoppi. Nel dibattito, una studente di Interpretazione del terzo anno della triennale, che ha già lavorato su simulazioni di ambito medico e che non si era espressa nell'incontro precedente, sottolinea come strategie efficaci dell'interprete-mediatrice (non professionista) la capacità

di rassicurare la paziente, di manifestare vicinanza o empatia: questo avviene con lo sguardo e con il linguaggio del corpo, oltre che con diverse mosse conversazionali in questo senso, come il rassicurare con un «Va tutto bene».

Allo stesso tempo, un'altra studente valorizza l'autonomia conversazionale dell'interprete-mediatrice *ad hoc*²¹, che ha preso l'iniziativa nello spiegare il contenuto del consenso informato e nel garantire la propria presenza durante tutta la permanenza nel Pronto Soccorso. Inoltre, ha introdotto diversi turni autonomi per assicurarsi della comprensione e dell'accordo della paziente: «Gli [alle dottoresse] spiego che cosa è successo, va bene?», «Ok, ho spiegato che cosa è successo, puoi dirmi meglio... stavi camminando, sei caduta, hai sentito male... Adesso come stai?».

Nel dibattito, la richiesta del consenso informato riceve particolare attenzione: nonostante la situazione fittizia, le due dottoresse dichiarano di aver provato disagio nel consegnare un foglio da firmare a una paziente che manifestamente non ne capiva il contenuto (e non per finta). Durante la discussione, il docente di Medicina fa notare come il consenso informato rientri nell'insieme di comunicazioni istituzionali che difficilmente sono state concepite per essere comprese dal paziente – quale che sia la sua lingua. Ne è esempio la lettura di un foglio che illustra le restrizioni all'accesso all'aula: scritto in un italiano involuto, nello stile e nel registro della lingua amministrativa, il testo non è comprensibile alle studenti allofone presenti. La presenza di materiale adeguato, adeguatamente tradotto e semplificato per tutti i pazienti, emerge quindi come prima necessità per una buona comunicazione ospedaliera.

La semplicità terminologica viene inoltre evidenziata come strategia comunicativa efficace messa in campo dalle dottoresse. È una studente in Interpretazione a mettere in relazione l'assenza di termini tecnici e una attenzione alla condizione di interprete-mediatrice *ad hoc* dell'amica. Tuttavia, questa percezione crolla di fronte a una verifica della comprensione della paziente: la studente russofona non aveva in realtà compreso i significati di un termine come «distorsione» e la lunga ma infruttuosa indagine su come il piede era stato appoggiato durante l'infortunio: «Le fa male perché ha preso una botta o perché si è stortata?». La presenza di studenti allofone mette in gioco ancora una volta una prospettiva altra, permettendo di riflettere su alcuni assunti di base: la presunta semplicità della traduzione del linguaggio quotidiano, il materiale informativo come garanzia di comprensione intralinguistica. E il vincolo sovrano nella comunicazione ospedaliera, in particolare d'urgenza: il tempo. Assicurarsi della volontà e della comprensione della paziente, ascoltarla, tranquillizzarla – tutti elementi sottolineati come fondamentali nel primo incontro – rischiano di perdersi di fronte al

²¹ Nella letteratura in Interpretazione e Mediazione, questa espressione indica la persona non professionista che si fa carico della traduzione.

rapido susseguirsi delle visite. Non sembra però possibile intervenire su questo vincolo sistemico se non con una riflessione più generale sul perché delle proprie scelte: la decisione di dedicare tempo (o di «donarlo», come era stato detto nel focus group) può essere legittima ed efficace, ma deve essere guidata da una idea chiara del proprio obiettivo comunicativo e delle proprie priorità di cura. In questo, riemergono come protagoniste le dottoresse della simulazione, e il lavoro comunicativo che hanno cercato di svolgere: l'interprete-mediatrice e le dottoresse hanno lavorato insieme con una grande attenzione al benessere della paziente, preoccupandosi della sua mancanza di comprensione. È in questa direzione che si conclude l'incontro, con una riflessione sulla necessità della cura comunicativa diffusa tra tutti i partecipanti, verso una mediazione che non è più interlinguistica e interculturale, ma senza aggettivi.

Conclusioni

Le conclusioni di questo libro non possono, né vogliono, essere definitive. Il tempo, vincolo eterno del lavoro in ambito ospedaliero, ci incalza anche al punto di tirare le somme: tutto scorre troppo velocemente, e ogni giorno viene commessa un'ingiustizia linguistica, che diviene ingiustizia di salute e sociale. Due azioni possono darci una speranza, entrambe rivolte all'Altro: l'insegnamento e la divulgazione. Nel primo caso, abbiamo cercato di tracciare delle proposte convincenti per un intreccio sempre più fitto tra discipline e professioni diverse, che poi tanto diverse non sono nel momento in cui si confrontano con la fragilità e il bisogno, per di più nello stesso spazio. Pensare l'interprete-mediatrice come esperta della relazione significa permetterle di esserci e di essere pensata come la professionista che si prende cura di chi cura e di chi viene curato, del loro modo di comprendersi e di procedere verso l'obiettivo terapeutico. Questo aspetto merita, a nostro giudizio, di essere diffuso non solo nelle classi universitarie (o parallele all'Università), ma anche tra i professionisti che già operano sul campo e le cui fatiche, da un lato e dall'altro della conversazione, meritano di essere riconosciute. La divulgazione non è, però, che un primo passo, subito da scavalcare: come abbiamo cercato di illustrare negli ultimi due capitoli, un ripensamento delle attività di interpretazione e mediazione non può essere il frutto di un approccio didattico erogativo, che fornisca una ricetta identica per tutti i contesti e tutte le persone. Al contrario, ogni comunità ci sembra chiamata a interrogarsi sulla natura dei propri problemi, a organizzarsi verso la loro risoluzione, a prendere parte ai processi trasformativi cui la ricerca dovrebbe essere votata senza pretendere a una completezza e a una esattezza che sono al contrario i presupposti dell'ingiustizia cognitiva (Santos 2021b). Conoscenza, azione e riflessione possono compenetrarsi nella pratica di ogni professionista della relazione e della cura, o forse manifestarsi come aspetti diversi di uno stesso soggetto e del suo essere nel mondo. Ciò non può esulare dal confronto continuo con l'Altro: in me, nei miei pari, nelle persone che si affidano a me, nelle conoscenze che ancora non ho sviluppato. Questa alterità non deve fare paura, al contrario. È l'occasione per comprendere e comprendersi meglio, per coltivare quella traduzione che ha la potenzialità per diventare un lavoro politico e collettivo. Se l'interprete-mediatrice lavora alla cura comunicativa, l'opera-

tore di salute può trovare nella traduzione un gesto massimamente significativo: la traduzione, difatti:

[h]a anche un pathos, una dimensione emotiva, perché presuppone sia un atteggiamento anticonformista nei confronti dei limiti del proprio sapere e della propria pratica, sia la disponibilità a essere sorpresi, e a imparare con e dalla conoscenza e dalla pratica dell'altro per costruire azioni collaborative di reciproco vantaggio.

(Santos 201b: 341)

Se il tempo, quindi, non ci permette previsioni, l'intenzione è quella di continuare a intendere l'interpretazione-mediazione come pratica decentrante e accogliente allo stesso tempo: una pratica che ci permette di curare e di cambiare – in definitiva, di diventare umani.

Bibliografia

- Alexieva B. (2002 [1997]). A typology of interpreter-mediated events. In F. Pöchhacker, M. Shlesinger, (eds.), *The Interpreting Studies Reader*. London/ New York: Routledge. 218-232.
- Alfer A. (2017). Entering the translab: Translation as collaboration, collaboration as translation, and the third space of 'translaboration'. *Translation and Translanguaging in Multilingual Contexts*, 3(3), 275-290.
- Alfer A. (2020). The translaborative case for a translational hermeneutics. *Target*. 32 (2), 261-281.
- Amato A. A. M. (2017). Incontri medici faccia a faccia e telefonate di servizio in ambito sanitario: un confronto. In Aa. Vv., *Report 1: Characteristic features of remote discourse. Shift in Orality Erasmus+ project: Shaping the Interpreters of the Future and of Today*. 85-103. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Amato A. A. M. (2018). Telephone interpreting. Challenges and solutions: Some paradigmatic examples. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.), *Handbook of remote interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 79-98.
- Amato A. A. M., Russo M., Spinolo N. (2018). *Handbook of Remote Interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. Disponibile su: <http://amsacta.unibo.it/5955/>.
- Andres D., Falk S. (2009). Information and Communication Technologies (ICT) in interpreting - Remote and telephone interpreting. In D. Andres, S. Pöllabauer (eds.). *Spürst Du wie der Bauch rauf runter? Is everything all topsy turvy in your tummy? - Fachdolmetschen im Gesundheitsbereich/Health Care Interpreting*. München: Martin Meidenbauer. 9-27.
- Angelelli C. V. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angelelli C. V. (2008). The role of the interpreter in the healthcare setting. In C. Valero Garcés, A. Martin (eds.). *Crossing borders in community interpreting. Definitions and Dilemmas*. Amsterdam: John Benjamins. 147-163.

- Angelelli C. V. (2017). Anchoring dialogue interpreting in principles of teaching and learning. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 30-44.
- Arendt H. (1958 [2019]). *Vita activa. La condizione umana*. Firenze/Milano: Bompiani.
- Arumí Ribas M. (2017). The fuzzy boundary between the roles of interpreter and mediator in the public services in Catalonia: Analysis of interviews and interpreter-mediated interactions in the health and educational context. *Across Languages and Cultures*, 18(2),195-218.
- Arumí Ribas M., Vargas-Urpi M. (2017). Strategies in public service interpreting. *Interpreting*, 19(1),118-141.
- Atkins S., Schutz S. (2013). Developing skills for reflective practice. In C. Bulman, S. Schutz (eds.), *Reflective practice in nursing*. Oxford: Wiley-Blackwell. 23-52.
- Azarmina P., Wallace P. (2005). Remote interpretation in medical encounters: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(3),140-145.
- Bandura A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baraldi C., Gavioli L. (2008). La mediazione interlinguistica come dialogo tra culture. In C. Baraldi, G. Ferrari (a cura di), *Il dialogo tra culture*. Roma: Donzelli.
- Baraldi C., Gavioli L. (2012). *Coordinating participation in dialogue interpreting*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Baraldi C., Gavioli L. (2019). *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: Interazione ed efficacia comunicativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Barwise A., Tschida-Reuter D., Sutor B. (2021). Adaptations to interpreter services for hospitalized patients during the COVID-19 pandemic. *Mayo Clinic proceedings*, 96(12), 3184-3185.
- Baumann G. (2003). *L'enigma multiculturale: Stati, etnie, religioni*. Bologna: il Mulino.
- Biglino I., Olmo A. (2014). *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*. Bologna: il Mulino. Disponibile su: <https://labdf.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/La-salute-come-diritto-fondamentale-una-ricerca-sui-migranti-a-Torino.pdf>.
- Bolton G. (2018). *Reflective practice. Writing and professional development*. London: SAGE.
- Bower K. (2015). Stress and burnout in Video Relay Service (VRS) interpreting. *Journal of Interpretation*, 24(1), Article 2. Available at: <http://digitalcommons.unf.edu/joi/vol24/iss1/2>.

- Braun S. (2015). Remote interpreting. In R. Jourdenais, H. Mikkelsen (eds.), *The Routledge handbook of interpreting*. New York, NY: Routledge. 352-367.
- Braun S. (2014). Comparing traditional and remote interpreting in police settings: Quality and impact factors. In C. Falbo, M. Viezzi (a cura di), *Traduzione e interpretazione per la società e le istituzioni*, EUT Edizioni Università di Trieste: Trieste. 161-176.
- Braun S. (2013). Keep your distance? Remote interpreting in legal proceedings: A critical assessment of a growing practice. *Interpreting*, 5(2), 200-228.
- Braun S., Taylor J. L. (2012). Video-mediated interpreting in criminal proceedings: Two European surveys. In S. Braun, J. L. Taylor (eds.), *Videoconference and remote interpreting in criminal proceedings*. Guildford, UK: University of Surrey. 69-98.
- Braun S., Taylor J. L., Miler-Cassino J., Rybioska Z., Balogh K., Hertog E., van den Bosch Y., Rombouts D., Licoppe C., Verdier M., van der Vlis E., Corsellis A. (2013). *Guide to video-mediated interpreting in bilingual proceedings*. Action 3 - AVIDICUS 2. Available at: <http://wp.videoconference-interpreting.net/wp-content/uploads/2014/01/AVIDICUS2-Recommendations-and-Guidelines.pdf>.
- Braun S., Davitti E. (2018). Social, pragmatic and ethical implications of distance interpreting. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.), *Handbook of remote interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 39-46. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Bravo D. (2001). Sobre la cortesía lingüística, estratégica y conversacional en español. *Oralia* (4), 299-314.
- Bravo D. (2005). *Estudios de la (des)cortesía en español*. Buenos Aires: Dunken.
- Bravo D., Briz A. (2004) (eds.). *Pragmática sociocultural: estudios sobre el discurso de cortesía en español*. Barcelona: Ariel.
- Brown P., Levinson S. C. (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buades Fuster J., Giménez C. (eds.) (2013). *Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable. Manual de intervención comunitaria en barrios*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Bulman C. (2013). An introduction to reflection. In C. Bulman, S. Schutz (eds.), *Reflective practice in nursing*. Oxford: Wiley-Blackwell. 1-22.
- Bulman C., Schutz S. (eds.) (2013). *Reflective practice in nursing*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Burns A. (2010). *Doing action research in English language teaching: A guide for practitioners*. New York: Routledge.

- Buzelin H., Baraldi C. (2016). Sociology and translation studies. Two disciplines meeting. In Y. Gambier, L. van Doorslaer (eds.), *Borders crossings: Translation Studies and other disciplines*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 117-139.
- Cabrera Méndez C., Capiozzo E., Danese L. (2018). General background: parties, factors and instrumentalities involved. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.), *Handbook of remote interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 53-63. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- CAIPE (2002/2004). *Interprofessional education today, yesterday and tomorrow. A review*. Commissioned by the Learning and Teaching Support Network for Health Sciences & Practice from the UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education, Prepared by Hugh Barr. Available at: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>.
- Castagnone E., Cingolani P., Ferrero L., Olmo A., Vargas A. C. (2015). *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino* (II rapporto di ricerca). Bologna: il Mulino. Disponibile su: <https://labdf.eu/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/Salute%20migranti%20n2.pdf>.
- Ceruti M. (2018). *Il tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cheng Q. (2015). *Examining the challenges for telephone interpreters in New Zealand*. Auckland University of Technology, unpublished thesis.
- Chiarenza A. (2019). Introduzione. Mediazione di sistema e servizi sanitari migrant-friendly nell'AUSL di Reggio Emilia. In C. Baraldi, L. Gavioli, *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: Interazione ed efficacia comunicativa*. Milano: FrancoAngeli. 21-37.
- Chouinard I., Caron J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, 4, 11-21.
- Cirillo L., Farini F. (2011). Formulazioni e promozione della comunicazione affettiva nell'interazione medico-paziente mediata da interprete. In D. De Luise, M. Morelli (a cura di), *La mediazione: una via verso la cultura della pace e la coesione sociale*. Lecce: Libellula. 79-114.
- Cirillo L., Niemants N. (2017). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Corpas Pastor G., Gaber M. (2020). Remote interpreting in public service settings: Technology, perceptions and practice. *SKASE Journal of Translation and Interpretation* [online], 13(2). Available at: http://www.skase.sk/Volumes/JTI19/pdf_doc/04.pdf.
- Creeze I., Atkinson D., Robyn P., Au P., Wong S. (2015). Teaching interpreters about self-care. *International Journal of Interpreter Education*, 7(1), 74-83.

- Daft R. L., Lengel R. H. (1984). Information richness: A new approach to managerial behavior and organizational design. In L. L. Cummings, B. M. Staw (eds.), *Research in organizational behaviour*. Homewood, IL: JAI Press. 191-233.
- Daloiso M. (2012). *Lingue straniere e dislessia evolutiva: teoria e metodologia per una glottodidattica accessibile*. Torino: UTET Università.
- Damianakis T., Barrett B., Archer-Kuhn B., Samson P. L., Matin S., Ahern C. (2019). Transformative learning in graduate education: Masters of social work students' experiences of personal and professional learning. *Studies in Higher Education*, 45(9), 2011-2029.
- Davitti E., Pasquandrea S. (2014). Enhancing research-led interpreter education: An exploratory study in Applied Conversation Analysis. *The Interpreter and Translator Trainer*, 8 (3), 374-398.
- Davitti E., Pasquandrea S. (2016). Embodied participation: What multimodal analysis can tell us about interpreter-mediated encounters in pedagogical settings. *Journal of Pragmatics*, 107, 105-128.
- Davitti E., Pasquandrea S. (2018). Integrating authentic data in dialogue interpreting education. A teaching unit proposal. In *TRAlinea Special Issue: Translation and Interpreting for Language Learners (TAIL)*. Available at: <https://www.intralinea.org/specials/article/2311>.
- Dean R. K., Pollard R. Q. Jr. (2011). Context-based ethical reasoning in interpreting: A demand-control schema perspective. *The Interpreter and Translator Trainer*, 5(1), 155-182.
- De Boe E. (2021). Management of overlapping speech in remote healthcare interpreting. *The Interpreters' Newsletter*, 26, 135-155.
- De Hériz A. L., Morelli M. (2009/2012). Comunicazione y mediación en el ámbito sanitario del territorio genovés. In A. Cassol, F. Gherardi, A. Guarino, G. Mapelli, F. Matte Bon, P. Taravacci (a cura di), *Il dialogo. Lingue, letteratura, linguaggi, culture*. Atti del XXV Convegno AISPI (Napoli, 18-21 febbraio 2009). Roma: AISPI Edizioni. 315-323.
- De Hériz A. L., Morelli M., Roccati V., Cremonesi G. (2012). Contatto di lingue e culture nell'ambito sanitario genovese. In D. De Luise, M. Morelli (a cura di), *La Mediazione Comunitaria: un'esperienza possibile*. Lecce: Libellula. 325-360.
- Dewey J. (1916). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education*. New York: Macmillan.
- Dilthey W. (1974). *Introduzione alle scienze dello spirito*. Firenze: La nuova Italia.
- Elliott J. (1991). *Action research for Educational Change*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ericsson K. A. (2008). Deliberate practice and acquisition of expert performance: A general overview. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 988-994.

- Ericsson K. A. (2015). Acquisition and maintenance of medical expertise: A perspective from the expert-performance approach with deliberate practice. *Academic Medicine*, 90(11), 1471-1486.
- Errico E., Morelli M. (2015). *Le sfide della qualità in interpretazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Ertl A., Pöllabauer S. (2010). Training (medical) interpreters – The key to good practice. MedInt: A Joint European Training Perspective. *JoSTrans - The Journal of Specialised Translation*, 14, 165-193.
- Esfandiari M.R., Vaezian H., Rahimi F. (2017). EMT framework propagating beyond its borders: The congruence with non-European professional translators' needs. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(2), 7-25.
- Fabiani M., Mateo-Urdiales A., Andrianou X., Bella A., Del Manso M., Bellino S., Rota M. C., Boros S., Vescio M. F., D'Ancona F. P., Siddu A., Punzo O., Filia A., Brusaferrero S., Rezza G., Dente M. G., Declich S., Pezzotti P., Riccardo F., for the COVID-19 Working Group (2021). Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. *European Journal of Public Health*, 31(1), 37-44.
- Fairclough N. (1995). *Critical discourse analysis. The critical study of language*. London: Longman.
- Falbo C. (2020). Project-based learning through simulation: How to run a training session using role-play as a learning tool. In N. K. Pokorn, M. Viezzi, T. Radanović Felberg (eds.), *Teacher education for community interpreting and intercultural mediation: Selected chapters*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani (Ljubljana University Press, Faculty of Arts) and Nacionalni inštitut za javno zdravje (National institute of Public Health). 156-174. Available at: <https://doi.org/10.4312/9789610604020>.
- Freire P. (1970 [2018]). *Pedagogia degli oppressi*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Freire P. (1996 [2004]). *Pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Freshwater D., Taylor B., Sherwood G. (2008). *International textbook of reflective practice in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gadamer H. G. (2005). *Linguaggio*. Bari/Roma: Laterza.
- Galimberti U. (1979 [2017]). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti U. (2005 [2019]). *La casa di Psiche. Dalla psicanalisi alla pratica filosofica*. Milano: Feltrinelli.
- Gattiglia N. (2020). La pédagogie du dialogue : une approche phénoménologique pour la gestion des émotions dans l'enseignement en ligne de l'interprétation. *The Interpreters' Newsletter*, 25, 49-68.

- Gavioli L., Aston G. (2001). Enriching reality: A contribution to the debate on language corpora in language pedagogy. *ELT Journal*, 55(3), 238-246.
- Gavioli L., Baraldi C. (2011). Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings. *Interpreting*, 13(2), 205-233.
- Gibbs G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Gibson J. J. (1979). *The ecological approach to perception*. London: Houghton Mifflin.
- Giménez C. (1997). La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones* (2), 125-159.
- Giménez C. (2003). *Qué es la inmigración*. Barcelona: RBA.
- Giménez C. (2010). Mediazione interculturale. Teoria, metodo e pratica nell'esperienza di un'equipe universitaria. In D. De Luise, M. Morelli (a cura di), *Mediazione tra prassi e cultura: oltre i risultati di una ricerca*. Monza: Polimetrica. 145-151.
- Giménez C. (2016). Materiale didattico del modulo «Interventi comunitari e mediazione», Corso di Perfezionamento Universitario in «Processi di mediazione nelle comunità plurilinguistiche», Università degli Studi di Genova.
- Giménez C. (2019). *Teoría y práctica de la mediación intercultural*. Madrid: Reus.
- González Rodríguez M. J. (2017). Características generales de la conversación telefónica monolingüe y su representación en ámbito judicial-policial. In Aa. Vv., *Report 1: Characteristic features of remote discourse. Shift in Orality Erasmus+ project: Shaping the Interpreters of the Future and of Today*. 137-149. Disponible su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- González Rodríguez M. J., Spinolo N. (2017). Telephonic dialogue interpreting: A short teaching course. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.), *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam-Philadelphia: John Benjamins. 241-258.
- Gracia-García R. A. (2002). Telephone interpreting: A review of pros and cons. In B. Scott (ed.) *Proceedings of the 43rd Annual Conference*. Alexandria, Virginia: American Translators Association. 195-216.
- Grbić N. (2008). Constructing interpreting quality. *Interpreting*, 10(2), 232-257.
- Gross C. P., Essien U. R., Pasha S., Gross J. R., Wang S. Nunez-Smith M. (2020). Racial and ethnic disparities in population-level Covid-19 mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 35(10), 3097-3099.
- Grupo CRIT (2014). *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.
- Habermas J. (1971). *Knowledge and human interests*. Boston: Beacon Press.

- Habermas J. (1987). *Teoria dell'agire comunicativo: Critica della ragione funzionalistica*, Volume 2. Bologna: Il Mulino.
- Hale S. (2007). *Community interpreting*. London: Palgrave Macmillan.
- Han B.-C. (2017). *L'espulsione dell'Altro*. Milano: nottetempo.
- Hansen J. P. B. (2020). Invisible participants in a visual ecology: Visual space as a resource for organizing video-mediated interpreting in hospital encounters. *Social Interaction. Video-based Studies of Human Sociality*, (3)3, 1-25.
- Hepburn A., Wilkinson S., Butler C. W. (2014). Intervening with conversation analysis in telephone helpline services: Strategies to improve effectiveness. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3). 239-254.
- Herbert J. (1952). *Manuel de l'interprète*. Genève : Georg.
- Heritage J. (1997). Conversation analysis and institutional talk: Analysing data. In D. Silverman (ed.). *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: SAGE. 161-182.
- Hewitt W. E. (2000). Language interpreting over the telephone: A primer for court policy makers and managers. Research paper published by the National Center for State Courts, Williamsburg, Virginia.
- Hlavac J., Harrison C. (2021). Interpreter-mediated doctor-patient interactions: Interprofessional education in the training of future interpreters and doctors. *Perspectives*, 29(4), 572-590.
- Hodkinson P., Sparkes A.C. (1993) Prevocationalism and empowerment: some questions for PE. In J. Evans (ed.). *Equality, education and physical education*. London: Routledge.
- Hurtado Albir A. (2001). *Traducción y traductología. Introducción a la traductología*. Madrid: Cátedra.
- Husserl E. (1972). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Hutchby I. (2001). *Conversation and technology: From the telephone to the Internet*. Cambridge: Polity Press.
- Hutchby I. (2005). 'Active listening': Formulations and the elicitation of feeling-talk in child counselling. *Research on Language and Social Interaction*, 38, 303-329.
- Iglesias Fernández E., Muñoz López J. (2018). Linguistic, paralinguistic and kinetic features in remote interpreting. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.), *Handbook of remote interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 26-38. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Iglesias Fernández E., Russo M. (2017). A multidisciplinary theoretical framework for the study of remote interpreting. In Aa. Vv., *Report 2: Remote technologized interpreting: Telephone-based and video-based remote interpreting: Main features*

- and shifts with on-site bilateral interpreting*. 20-34. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Inghilleri M. (2011). *Interpreting justice: Ethics, politics and language*. New York: Routledge.
- Istituto per la Formazione Professionale dei Lavoratori (ISFOL) (a cura di) (2007). *La riflessività nella formazione: modelli e metodi*. Roma: I libri del Fondo Sociale Europeo.
- Jacobson M. J. (2001). Problem solving, cognition, and complex systems: Differences between experts and novices. *Complexity*, 6(3), 41-49.
- Jakobson R. (1958/1966). *Saggi di linguistica generale*. Milano: Feltrinelli.
- Jackson V. A., Back A. L. (2011). Teaching communication skills using role-play: An experience-based guide for educators. *Journal of Palliative Medicine*, 14(6), 775-780.
- Jaspers K. (1913 [2000]). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero scientifico.
- Jonassen D. H. (1999). Designing constructivist learning environments. In C. M. Reigeluth (ed.). *Instructional-design theories and models: A new paradigm of instructional theory*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 215-239.
- Kadrič M. (2017). Make it different! Teaching interpreting with theatre techniques. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam: John Benjamins. 276-292.
- Kalina S. (2015). Ethical challenges in different interpreting settings. *MonTI Special Issue 2*, 63-86.
- Kapuściński R. (2009). *L'altro*. Milano: Feltrinelli.
- Kelly N. (2008). *Telephone interpreting: A comprehensive guide to the profession*. Victoria, BC: Trafford.
- Kelly N., Hegde V. (2011). *Trends in telephone interpreting. The current market dynamics of over-the-phone interpretation*. Lowell, MA: Common Sense Advisory.
- Kerbrat Orecchioni C. (2004). ¿Es universal la cortesía?. In D. Bravo, A. Briz (eds.), *Pragmática sociocultural: estudios sobre el discurso de cortesía en español*, Barcelona: Ariel. 39-54.
- Kiraly D. (2000). *A social constructivist approach to translator education: Empowerment from theory to practice*. Manchester, UK/Northampton, MA: St. Jerome.
- Ko L. (2006). The need for long-term empirical studies in remote interpreting research: A case study of telephone interpreting. In E. Hertog, B. van der Veer (eds.). *Taking stock: Research and methodology in Community Interpreting*. Antwerpen: Hogeschool Antwerpen, Hoger Instituut voor Vertalers en Tolken. 325-340.

- Krystallidou D. (2014). Gaze and body orientation as an apparatus for patient inclusion into/exclusion from a patient-centred framework of communication. *The Interpreter and Translator Trainer*, 8(3), 399-417.
- Krystallidou D. (2016). Investigating the interpreter's role(s): The A.R.T. framework. *Interpreting*, 18(2), 172-197.
- Krystallidou D., Van De Walle C., Deveugele M., Dougali E., Fine Mertens F., Truwant A., Van Praet E., Pype P. (2018). Training 'doctor-minded' interpreters and 'interpreter-minded' doctors: The benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpreting*, 1, 126-144.
- Krystallidou D., Bylund C. L., Pype P. (2020). The professional interpreter's effect on empathic communication in medical consultations: A qualitative analysis of interaction. *Patient Education and Counseling*, 103, 521-529.
- Lee J. (2007). Telephone interpreting – Seen from the interpreters' perspective. *Interpreting*, 9(2), 231-252.
- Lee J. (2018). Rating scales for interpreting performance assessment. *The Interpreter and Translator Trainer*, 2(2), 165-184.
- Leech G. (1983). *Principles of Pragmatics*. London: Routledge.
- Leeman Price E., Pérez-Stable E. J., Nickleach D., López M., Karliner L. S. (2012). Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Education & Counseling*, 87(2), 226-232.
- Lieblisch A., Tuval-Mashiach R., Zilber T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks: SAGE.
- Locatis C., Williamson D., Gould-Kabler C., Zone-Smith L., Detzler I., Roberson J., Maisiak R., Ackerman M. (2010). Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 345-350.
- Luhmann N. (1995). *Social systems*. Redwood City: Stanford University Press.
- Manson A. (1988). Language concordance as a determinant of patient compliance and emergency room use in patients with asthma. *Medical Care*, 26(12), 1119-1128.
- Mariottini L., Tedeschi S., Sánchez Castellanos A. (2020). *La mediación lingüística-cultural*. Milano: Hoepli.
- Meier-Lorente-Muth-Duchêne B.A.S.S. (eds.) (2021). *Figures of interpretation*. Bristol: Multilingual Matters.
- Merlini R. (2017). Developing flexibility to meet the challenges of interpreting in film festivals. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam: John Benjamins. 138-157.

- Mersmann B. (2020). Photo-translation: Collaborative practice in migration image research. *Target*, 32(2), 191-216.
- Mezirow J. (1981). A critical theory of adult learning and education. *Adult Education*, 32(1), 3-24.
- Mishler E. G. (1984). *The discourse of medicine: The dialectics of medical interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Mondada L. (2016). Challenges of multimodality: Language and the body in social interaction. *Journal of Sociolinguistics*, 20(3), 336-366.
- Morelli M. (2009). L'interpretazione interlinguistica come attività di mediazione. In M. Sánchez, R. Odcino (eds.), *A la sombra de Babel*. Milano: Arcipelago Edizioni. 99-122.
- Morelli M. (2018). Interpretación consecutiva y mediación comunitaria: un estudio de caso sobre intérpretes estudiantes y el facilitador. *Revista Signos Lingüísticos*, vol. XIV, no. 27, 62-89.
- Morelli M. (2021). Competencias (inter)personales e interpretación: una apuesta entre pasado y futuro. In G. Trovato (ed.), *Retos, tendencias y nuevas propuestas en los estudios de interpretación español-italiano*. AGON Rivista internazionale di studi culturali, linguistici e letterari, Quaderno n. 17, Supplemento al n. 28. 179-223.
- Morelli M., De Hériz A. L. (2015). Languages, cultures and mediation in the healthcare sector in Genoa. In S. Vecchiato, S. Gerolimich, N. Komninos (eds.), *Plurilingualism in healthcare: An insight from Italy. Arabic, French, German, Serbo-Croatian, Spanish and Italian for foreigners*. London: BICA Publishing. 123-142.
- Moser-Mercer B. (2005). Remote interpreting: Issues of multi-sensory integration in a multilingual task. *Processus et cheminements en traduction et interprétation*, 50(2), 727-738.
- Muñoz-Miquel A., Ezpeleta-Piorno P., Saiz-Hontangas P. (2018). Intralingual translation in healthcare settings: Strategies and proposals for medical translation training. *MonTI*, 10, 177-204.
- Napier J., Leneham M. (2011). 'It was difficult to manage the communication': Testing the feasibility of video remote signed language interpreting in court. *Journal of Interpretation*, 21(1). Available at: <https://digitalcommons.unf.edu/>.
- Natò A. (2012). I conflitti, la comunità in azione e la mediazione. In D. De Luise, M. Morelli (a cura di), *La mediazione comunitaria: un'esperienza possibile*. Lecce: Libellula. 183-204.
- Nevado Llopis A., Pelea A. (2019). Public service interpreting for conference interpreting students: Evaluation of a training module. *The Interpreters' Newsletter*, 24, 19-34.

- Niemants N. (2013). L'utilisation de corpus d'entretiens cliniques (français/italien) dans la didactique de l'interprétation en milieu médical. In C. Desoutter, D. Heller, M. Sala (eds.), *Corpora in specialized communication – Korpora in der Fachkommunikation – Les corpus dans la communication spécialisée*. Bergamo: CELSB. 209-235.
- Niemants N. (2015). *L'interprétation de dialogue en milieu médical. Du jeu de rôle à l'exercice d'une responsabilité*. Roma: Aracne.
- Niemants N. (2022). Teoria e prassi dell'interpretazione dialogica. In M. Russo (a cura di), *Interpretare da e verso l'italiano. Didattica e innovazione per la formazione dell'interprete*. Bologna: Bononia University Press. 41-60.
- Niemants N., Bernardi E. (2022). Interpretare per i servizi socio-sanitari. In M. Russo (a cura di), *Interpretare da e verso l'italiano. Didattica e innovazione per la formazione dell'interprete*. Bologna: Bononia University Press. 395-414.
- Niemants N., Castagnoli S. (2015). L'interprétation téléphonique en milieu médical : de l'analyse conversationnelle aux implications pratiques. In D. Londei, S. Poli, A. Giaufret, M. Rossi (a cura di). *Metamorfosi della traduzione*. Genova: GUP. 227-262.
- Niemants N., Cirillo L. (2017). Introduction. Dialogue interpreting: Research, education and professional practice. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam: John Benjamins. 1-25.
- Niemants N., Stokoe E. (2017). Using the Conversation Analytic Role-Play Method in healthcare interpreter education. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam: John Benjamins. 294-321.
- Nussbaum M. C. (1990). *Love's knowledge: Essays on Philosophy and Literature*. New York: Oxford University Press USA.
- Ortega Arjonilla E. (1996). *Apuntes para una teoría hermenéutica de la traducción*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Ozolins U. (2011). Telephone interpreting: Understanding practice and identifying research needs. *Translation & Interpreting*, 3(1), 33-47.
- Ozolins U. (2017). It's not about the interpreter: Objectives in dialogue interpreting teaching. In L. Cirillo, N. Niemants (eds.). *Teaching dialogue interpreting. Research-based proposals for higher education*. Amsterdam: John Benjamins. 46-62.
- Patrone D. (2017). *Comunicazione e multilinguismo in ospedale: la voce del personale medico sanitario nell'Ospedale Evangelico Internazionale di Voltri*. Tesi di laurea triennale in Lingue e Culture Moderne, Università degli Studi di Genova.

- Pereira I. (2017). *Paulo Freire, pedagogo des opprimé.e.s.* Clermont-Ferrand : Éditions Libertalia.
- Pöchhacker F. (2016). *Introducing Interpreting Studies.* London/New York: Routledge.
- Pointurier S. (2016). *Théories et pratiques de l'interprétation de service public.* Paris : Presses de la Sorbonne Nouvelle.
- Pollitt K., Haddon C. (2005). Cold calling? Retraining interpreters in the art of telephone interpreting. In C. B. Roy (ed.). *Advances in teaching sign language interpreters.* Washington, DC: Gallaudet University Press. 187-210.
- Pulcini E. (2020). *Tra cura e giustizia. Le passioni come risorsa sociale.* Torino: Bollati Boringhieri.
- Raga Gimeno F. (2005). *Comunicación y cultura: introducción al análisis transcultural de las interacciones comunicativas cara a cara.* Frankfurt/Madrid: Iberoamericana Editorial Vervuert.
- Raga Gimeno F. (2008). *Culturas cara a cara.* Madrid: Edinumen.
- Raga Gimeno F. (2010). Analisi transculturale della mediazione nei conflitti: implicazioni per la mediazione interculturale. In D. De Luise, M. Morelli (a cura di), *Tracce di Mediazione*, Monza: Polimettrica. 55-84. Ristampa Genova: Editrice Zona, 2017.
- Raga Gimeno F. (2018). De la práctica a la teoría: reflexiones acerca de la investigación y la formación en comunicación intercultural para mediadores. In H. Muñoz Cruz, M. Morelli, D. De Luise (eds.), *Reflexiones sobre procesos de mediación en comunidades multilingües*, Ciudad de México: Tirant lo Blanch. 31-62.
- Raga Gimeno F., Sales Salvador D., Sánchez Pérez, M. (2020). Interlinguistic and intercultural mediation in psychological care interviews with asylum seekers and refugees: Handling emotions in the narration of traumatic experience. *Cultus. The Journal of Intercultural Mediation and Communication*, 13, 94-122.
- Rancière J. (2008). *Il maestro ignorante.* Milano: Mimesis Edizioni.
- Rega L. (1997). Alcune riflessioni su ermeneutica e traduzione. In M. Ulrych (a cura di), *Tradurre. Un approccio multidisciplinare.* Torino: Utet. 75-98.
- Remotti F. (1996). *Contro l'identità.* Bari/Roma: Laterza.
- Remotti F. (2010). *L'ossessione identitaria.* Bari/Roma: Laterza.
- Remotti F. (2013). Identità o convivenza?. In T. Mazzaresse (a cura di), *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali.* Torino: Giappichelli. 55-83.
- Remotti F. (2018). I limiti del coesistere e l'arte del convivere. Conferenza magistrale per l'inaugurazione del Corso di Perfezionamento in Mediazione Comunitaria in ambiti sociali complessi, Università di Genova, 15 novembre 2018.

- Remotti F. (2019). *Somiglianze. Una via per la convivenza*. Roma: Laterza.
- Ribeiro A. S. (2004). The reason of borders or a border reason? Translation as a metaphor for our times. *Eurozine*. Available at: <https://www.eurozine.com/the-reason-of-borders-or-a-border-reason/>.
- Ricœur P. (1986). *Tempo e racconto*. Milano: Jaca Books.
- Robustelli, C. (2012). *Linee guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo*. Progetto Accademia della Crusca e Comune di Firenze. 1-35.
- Rosenberg B.A. (2007). A data driven analysis of telephone interpreting. In C. Wadensjö, B. Englund Dimitrova, A-L. Nilsson (eds.). *The Critical Link 4. Professionalisation of interpreting in the community*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. 65-76.
- Rucci M. (1999). L'interprete e il suo pubblico: abilità comunicative e norme deontologiche. In C. Falbo, M. Russo, F. Straniero Sergio (a cura di), *Interpretazione simultanea e consecutiva*. Milano: Hoepli. 152-157.
- Rudvin M., Tomassini E. (2011). *Interpreting in the community and workplace: A practical teaching guide*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sabatini A. (1987). Raccomandazioni per un uso non sessista della lingua italiana. In A. Sabatini (a cura di), *Il sessismo nella lingua italiana*. Presidenza del Consiglio dei Ministri e Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra uomo e donna. 97-122.
- Santos B.d.S. (2021a). *La fine dell'impero cognitivo. L'avvento delle epistemologie del Sud*. Roma: Castelvecchi.
- Santos B.d.S. (2021b). *Epistemologie del Sud. Giustizia contro l'epistemicidio*. Roma: Castelvecchi.
- Schön D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Schön D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scott S. D., Hirschinger L. E., Cox K. R., McCoig M., Brandt J., Hall L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety*, 18(5), 325-330.
- Seal C. R., Naumann S. E., Miguel K., Royce-Davis J., Galal S., Gardner M. E., Dmitryeva T., Palmer S., Huijuan Z. (2017). Personal interpersonal capacity: A moderated-mediation model for student success. *Journal of Organizational Psychology*, 17(4), 78-89.
- Seeber K. G., Keller L., Amos R., Heng S. (2019). Expectations vs. experience: Attitudes towards video remote conference interpreting. *Interpreting*, 21(2), 270-304.

- Seleskovitch D., Lederer M. (1984 [2014]). *Interpréter pour traduire*, 5e édition revue et corrigée. Paris : Les Belles Lettres.
- Shek D. T. L., Siu A. M. H, Yu L. (2016). Promotion of interpersonal competence. In D. T. L. Shek, C. Ma, L. Lin, J. Merrick (eds.), *Education in Hong Kong*. New York: Nova Science Publishers. 95-108.
- Silverman J., Kurtz S., Draper J. (2013). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe.
- Spinolo N. (2018). Traditional face-to-face VS telephone-mediated communication – With an interpreter. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.). *Handbook of remote interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 72-78. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Spinolo N. (2022). L'interpretazione a distanza. In M. Russo (a cura di), *Interpretare da e verso l'italiano. Didattica e innovazione per la formazione dell'interprete*. Bologna: Bononia University Press. 61-78.
- Spinolo N., Bertozzi M., Russo M. (2018). Basic tenets and features characterising telephone- and video-based remote communication in dialogue interpreting. In A. A. M. Amato, M. Russo, N. Spinolo (eds.). *Handbook of Remote Interpreting - SHIFT in Orality*. Bologna: AMS Acta. 12-25. Disponibile su: <https://www.shiftinorality.eu/en/resources>.
- Spiro R. J., Feltovich P. J., Jacobson M. J., Coulson R. L. (1992). Cognitive flexibility, constructivism, and hypertext: Random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. In T. M. Duffy, D. H. Jonassen (eds.). *Constructivism and the technology of instruction: A conversation*. Hillsdale, NJ/London: Lawrence Erlbaum Associates. 57-75.
- Stanghellini G. (2017). *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stanghellini G., Ambrosini A., Ciglia R., Fusilli A. (2008). *Atlante di fenomenologia dinamica*. Roma: Edizioni scientifiche Magi.
- Stokoe E. (2013). The (in)authenticity of simulated talk: Comparing role-played and actual interaction and the implications for communication training. *Research on Language & Social Interaction*, 46(2), 165-185.
- Strom P. S., Strom R. D. (2011). Teamwork skills assessment for cooperative learning. *Educational Research and Evaluation*, 17(4), 233-251.
- Su W. (2019). Interpreting quality as evaluated by peer students. *The Interpreter and Translator Trainer*, 13(2), 1-13.
- Todorov T. (1981). *Mikhail Bakhtine. Le principe dialogique. Suivi de : Écrits du Cercle de Bakhtine*. Paris : Seuil.
- Tolosa Igualada M., Echeverri A. (2019). Because something should change. Translator and interpreter training: Past, present and future. In M. Tolosa

- Igualada, A. Echeverri (eds.) *Porque algo tiene que cambiar. La formación de traductores e intérpretes: Presente & futuro / Because something should change: Present & Future Training of Translators and Interpreters. MonTI*, 11, 29-46.
- Valero Garcés C. (2015). The impact of emotional and psychological factors on public service interpreters: Preliminary studies. *Translation & Interpreting*, 7(3), 90-102.
- Venuti L. (1995). *The translator's invisibility: A history of translation*. London/ New York: Routledge.
- Viveiros de Castro E. (2004). Perspectival anthropology and the method of controlled equivocation. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 2(1), Article 1. Available at: <http://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol2/iss1/1>.
- Wadensjö C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.
- Warnicke C., Plejert C. (2012). Turn-organisation in mediated phone interaction using Video Relay Service (VRS). *Journal of Pragmatics*, 44, 1313-1334.
- Woll A., Quick K. K., Mazzei C., Selameab T., Miller J. L. (2020). Working with Interpreters as a Team in Health Care (WITH Care) curriculum tool kit for oral health professions. *MedEdPORTAL: The journal of teaching and learning resources*, 16, 10894.
- Yang J. (2020). Participatory, self-organising and learning: The patterns and influence of peer communication in online collaborative translation. *Target*, 32(2), 327-357.
- Zagrebelsky G. (2007). *La virtù del dubbio*. Roma-Bari: Laterza.
- Zuiderent T., Berg M., Winthereik B. R. (2003). Talking about distributed communication and medicine: On bringing together 'remote' and 'local' actors. *Human-Computer Interaction*, 18(1-2), 171-180.
- Zunino L. (2017). *Pratiche comunicative con i migranti nell'Ospedale Evangelico Internazionale di Voltri: un'indagine sul campo con il personale medico sanitario*. Tesi di laurea triennale in Lingue e Culture Moderne, Università degli Studi di Genova.

Appendice

Traccia dell'intervista sottoposta da Patrone e Zunino (2017) agli operatori dell'Ospedale Evangelico Internazionale di Voltri

Dati sull'intervistato

- a) Estremi anagrafici dell'interlocutore? (M/F, età, anzianità di servizio, continuità lavorativa nella stessa struttura e reparto)
- b) Quale professione/ruolo svolge all'interno di questa struttura? Da quanto tempo?

Sezione rapporto personale/paziente

- a) A quale popolazione (tipologia di pazienti) si rivolge?
- b) Quali indicherebbe come principali barriere alla fruibilità dei servizi per i cittadini non italiani?
- c) Ricontra, nella pratica assistenziale, problematiche linguistico-culturali da parte sia di italiani sia di stranieri?
Se sì, potrebbe fare degli esempi?
- d) Esistono barriere socio-culturali che determinano situazioni complicate con i pazienti?
Se sì, potrebbe fare esempi pratici?
- d1) (solo per anzianità di servizio nella stessa struttura superiore ai 5 anni)
Come ha visto cambiare (se sono cambiate) le situazioni problematiche di cui sopra negli ultimi cinque anni. Con particolare riferimento a persone di origine non italiana, ma non solo.
- e) Quale tipologia di misura ritiene necessaria al fine di eliminare/mitigare le difficoltà riscontrate in ambito linguistico-culturale? (andando oltre la presenza costante di interpreti-mediatori che sarà difficilmente realizzabile e non sempre si è dimostrata la pratica più efficace).

- f) Problematiche/temi che ritiene particolarmente importanti da approfondire (in particolare temi non ancora o poco esplorati) nell'assistenza e accoglienza nella sua struttura a persone non italiane o svantaggiate?
- g) Lei è a conoscenza di aspetti/pratiche positive da segnalare (anche nell'ambito di altre organizzazioni sia italiane sia estere)?

Sezione Mediazione e interpretazione

- a) Saprebbe condurre un'intervista in una o più lingue straniere? SI NO
Se sì in quale/i lingua/e?
- b) Ha mai lavorato con mediatori/interpreti non professionisti? SI NO
Se sì, chi erano? Quale è stata la sua esperienza?
- c) Ha mai lavorato con mediatori/interpreti professionisti? SI NO
Se sì, chi erano? Quale è stata la sua esperienza?
- d) Quali sono i suoi bisogni formativi in questo ambito?
Che cosa sarebbe disposto ad approfondire in un corso e perché?
(esempi: aspetti linguistico-culturali, pragmatica transculturale, tecniche di traduzione e interpretariato, ecc.)
- e) Secondo Lei, un corso di questo tipo a chi andrebbe offerto tra il personale della struttura dove Lei opera?

Ringraziamenti

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza le numerose persone che abbiamo incontrato come studenti non solo nelle sperimentazioni ed esperienze raccontate in questo volume, ma in tutto il nostro percorso formativo (che è anche quello dalla parte delle formatrici). Da loro provengono gli spunti, le idee, le riflessioni, le gratificazioni, i fastidi e l'apprendimento continuo.

Un ringraziamento particolare va alle persone che hanno letto in anteprima parti di questo libro, pur non essendone revisori ufficiali: Eleonora Bernardi, Matilde Canepa, Carolina Damasio, Danilo De Luise e Anna Giaufret.

Ringraziamo anche le e i revisori pari che hanno contribuito ad arricchire il nostro circolo riflessivo e hanno dedicato tempo e competenza alla lettura critica.

Collana Percorsi di salute - Health pathways

1. *Health right across the Mediterranean – tackling inequalities and building capacities*, edited by Emilio Di Maria, 2019 (ISBN versione a stampa: 978-88-94943-50-4; ISBN versione eBook: 978-88-94943-51-1).
2. *A sud del Mediterraneo. L'accoglienza oltre i confini del mare. Atti dell'inaugurazione del Corso di Ateneo in Cooperazione Internazionale allo sviluppo 2018/19*, a cura di Emilio Di Maria, 2019 (ISBN versione a stampa: 978-88-94943-63-4; ISBN versione eBook: 978-88-94943-64-1).
3. Nora Gattiglia e Mara Morelli, *Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario. Curare e riflettere tra lingue, culture e mediazioni*, 2022 (ISBN versione a stampa: 978-88-3618-169-8; ISBN versione eBook: 978-88-3618-170-4).

Nora Gattiglia ha lavorato come traduttrice e interprete freelance. Dopo una tesi dottorale in didattica dell'interpretazione telefonica in ambito medico, è assegnista di ricerca in Linguistica francese all'Università di Genova.

Mara Morelli interprete di conferenza, libera professionista del settore dal 1991 al 2003. Dottore di ricerca in Traduzione e Interpretazione (Università di Granada). Attualmente svolge funzioni di didattica e ricerca presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Genova.

Nora Gattiglia worked as a freelance translator and interpreter. Her PhD dissertation focussed on the pedagogy of medical telephone interpreting. She works as post-doc researcher in French Linguistics at the University of Genoa.

Mara Morelli worked as a freelance conference interpreter since 1991 until 2003. Lecturer at the Department of Education Sciences (University of Genoa). She is currently carrying out research in both domains of interpreting and mediation, with an on-field project on multilingual communication, interpreting and mediation in healthcare and community settings.

Attraverso la lente teorica della Linguistica e degli *Interpreting Studies*, e la Mediazione intesa al contempo come metodologia e come orizzonte etico, il libro presenta un approccio critico alla mediazione multilinguistica e multiculturale in un ambito sociale complesso, la struttura sanitaria.

Cinque lingue accompagnano il lettore lungo un percorso teorico-pratico di analisi, ricerca sul campo e form-azione universitaria e continua, invitando al decentramento: spostandosi dalla propria posizione abituale, sia essa quella del ricercatore, dell'operatore linguistico o di quello sanitario, si può abbracciare il paesaggio mobile di una comunicazione attraversata da asimmetrie e vulnerabilità, da affrontare con consapevolezza per costruire giustizia linguistica ed equità delle cure.

Drawing on Linguistics and Interpreting Studies as theoretical framework, and on Mediation as a methodology and ethical horizon, the authors present a critical approach to multilingual and multicultural mediation in the complex social environment of healthcare services. Written in five languages, the book outlines a theoretical and practical journey of analysis, field research and academic and lifelong education. Decentering the reader (language and healthcare professionals, and researchers) with its multilingualism, the present volume invites to move away from one's given position to observe the multifaceted landscape of healthcare communication. Imbued with asymmetries and vulnerability, multilingual communications in healthcare settings demand special awareness: this is particularly true when the goal is achieving health equity and language justice.

ISBN: 978-88-3618-170-4



In copertina:
© Bruce Clarke, *Frappé au cœur*,
dalla serie « Un monde pas très clair ».