

ECHO

COLLANA DI TRADUTTOLOGIA
E DISCIPLINE DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICA

3

Direttori

Paolo PROIETTI

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM — Milano

Francesco LAURENTI

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM — Milano

Comitato scientifico

Giuseppe ANTONELLI

Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale

Laura BRIGNOLI

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM – Milano

Tania COLLANI

UHA, Université de Haute Alsace

Clara PIGNATARO

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM — Milano

Emilia DI MARTINO

Università degli Studi Suor Orsola Benincasa — Napoli

Declan KIBERD

University of Notre Dame

Enrico MONTI

UHA, Université de Haute Alsace

Valeria PETROCCHI

Scuola Superiore per Mediatori Linguistici “Carlo Bo” — Roma

Giovanni Antonino PUGLISI

Università degli Studi di Enna “Kore”

Gianluca SORRENTINO

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM – Milano

Enrico TERRINONI

Università per stranieri di Perugia

Silvia Teresa ZANGRANDI

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM – Milano

Mariateresa FRANZA

Università degli Studi di Salerno

Comitato di redazione

Diletta D'EREDITÀ

Università degli Studi della Tuscia

Federica VINCENZI

Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM – Milano

Mario MACCHERINI

Scuola Superiore per Mediatori Linguistici “Carlo Bo” — Roma

Carlotta PARLATORE

Università degli Studi Roma Tre

ECHO

COLLANA DI TRADUTTOLOGIA
E DISCIPLINE DELLA MEDIAZIONE LINGUISTICA



Senza la traduzione abiteremmo province confinanti con il silenzio
(George Steiner)

La collana “Echo” prende il nome dalla ninfa oreade, che personificava l’omonimo fenomeno fisico, rievocando così il contatto tra voci, culture e tradizioni diverse e al contempo la ricezione, la ripetizione e la variazione. Nasce col proposito di accogliere al suo interno una serie di monografie e di studi riferiti agli ambiti della traduzione e della mediazione linguistica in senso più ampio.

Caratterizzata da un approccio accademico, la collana si presenta come un funzionale veicolo per la diffusione dei risultati delle ricerche condotte nell’esteso dominio della Teoria e della prassi della traduzione e delle discipline della Mediazione linguistica.

Nella collana si intendono affiancare ai risultati della ricerca anche dei testi che possano rappresentare degli strumenti utili alla didattica della traduzione e dell’interpretariato.

Internazionale per vocazione, “Echo” si propone di ospitare al suo interno testi in lingua italiana, inglese e francese, con l’auspicio di apportare un importante contributo all’attuale indagine internazionale inerente alle discipline in questione.

A garanzia della rilevanza scientifica, della significatività del tema trattato e dell’originalità delle opere pubblicate, la collana adotta un sistema di doppio referaggio anonimo (*double blind peer reviewing*).



Vai al contenuto multimediale

Clara Pignataro

Mediare, comunicare, interpretare

Dalla teoria alla pratica





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXVIII
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it
info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-1330-1

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: marzo 2018

a Virginia, mia mamma

II Capitolo I *Mediazione*

1.1. Traduzione e mediazione interlinguistica interculturale, 11 – 1.2. La traduzione e il regno del malinteso, 12 – 1.3. Tradurre e non tradurre: i meccanismi dell'interpretazione dialogica in ambito sanitario, 13 – 1.4. Quadro teorico di riferimento: un tentativo di definire la Mediazione Interlinguistica Interculturale, 14 – 1.5. Cultura e disordine clinico, 16 – 1.6. Lingua madre, 19 – 1.7. La traduzione per la mediazione, 19 – 1.8. Lo studio di caso, 21 – 1.8.1. *Sequenze affettive e traduzione: la gestione delle emozioni nelle interazioni mediche*, 22 – 1.8.2. *Comunicazione affettiva e traduzione*, 23 – 1.8.3. *La traduzione e la gestione a tre delle espressioni emotive*, 24 – 1.9. Il profilo del mediatore, 32 – 1.10. Cultura, alterità e comunicazione medico paziente, 33 – 1.11. La formazione del mediatore, 33 – 1.12. Competenze del mediatore, 35 – 1.13. Le funzioni del mediatore, 36.

39 Capitolo II *Interpretazione consecutiva*

2.1. Gli esordi, 39 – 2.2. Malinalli, 40 – 2.3. Cenni storici, 42 – 2.4. L'interpretazione consecutiva e i suoi tempi, 44 – 2.5. La Consecutiva secondo Jean François Rozan, 45 – 2.5.1. *I 20 simboli*, 47 – 2.6. I simboli concettuali, 48 – 2.7. La consecutiva secondo Seleskovitch (1968), 49 – 2.8. La Consecutiva secondo Thiéry, 50 – 2.8.1. *I tre tempi della consecutiva*, 51.

53 Capitolo III *Interpretazione simultanea*

3.1. Cenni storici, 53 – 3.2. L'interpretazione simultanea, 53 – 3.3. Alcune particolarità, 54 – 3.4. Le risorse cognitive, 55 – 3.5. La lateralizzazione, 56 – 3.6. Interpreti si nasce o si diventa?, 57 – 3.7. La memoria, 58 – 3.8. Quale memoria per l'interpretazione?, 60 – 3.9. Il *modello degli sforzi* di Gile, 60 – 3.10. Lo sforzo di ascolto e analisi o sforzo di comprensione, 63 – 3.10.1. *Sforzo di produzione*, 65 – 3.10.2. *Sforzo di memoria*, 66 – 3.10.3. *Bilanciare gli sforzi*, 66 – 3.11. Saturazione e i sintagmi nominali con premodificazione, 66 – 3.11.1. *Uno studio di caso*, 68 – 3.11.2. *Controllo della delivery*, 71 – 3.11.3. *Ascoltare i propri compagni e valutare*, 72 – 3.12. *Chuchotage*, 72 – 3.13. *Oversound*, 73.

- 75 **Capitolo IV**
Il triangolo della traduzione e le strategie traduttive
4.1. Strategie traduttive, 76 – 4.2. Le strategie generali, 77 – 4.2.1. *L'anticipazione*, 78 – 4.2.2. *Riformulazione*, 79 – 4.3. Generalizzazione, 80 – 4.4. Omissione, 81.
- 83 **Capitolo V**
Qualità
5.1. Il ruolo delle associazioni di categoria, 84 – 5.1.1. *Il codice deontologico*, 85 – 5.2. Bühler e la qualità dal punto di vista dell'interprete, 86 – 5.3. La qualità secondo il pubblico, 87 – 5.4. La qualità secondo Viezzi, 88 – 5.4.1. *Equivalenza*, 88 – 5.4.2. *Accuratezza*, 88 – 5.4.3. *Adeguatezza*, 89 – 5.4.4. *Fruibilità*, 89 – 5.5. Altri aspetti della qualità: risorse intonazionali e coesione, 90 – 5.6. La terminologia e l'interprete, 92 – 5.7. Fasi di compilazione del glossario, 93 – 5.8. Campo d'indagine, scopo e destinatari, 94 – 5.9. Selezione e analisi delle fonti, 95 – 5.10. Corpo del glossario, 97 – 5.11. Definizione e contesto d'uso, 98 – 5.11.1. *Definizione*, 98 – 5.11.2. *Contesto d'uso*, 99 – 5.12. Il campo annotazioni, 100 – 5.13. Revisione della terminologia, 101.
- 103 **Capitolo VI**
Interpretazione televisiva
6.1. Introduzione, 103 – 6.2. Caratteristiche della comunicazione televisiva, 104 – 6.3. Uso creativo della lingua, 106 – 6.4. La funzione fatica della lingua, 108 – 6.5. Esempi, 110 – 6.6. Il gioco della traduzione, 116 – 6.7. Il conduttore, 122 – 6.8. La visibilità dell'interprete televisivo, 123 – 6.9. Considerazioni conclusive, 124.
- 125 *Bibliografia*

Mediazione

1.1. Traduzione e mediazione interlinguistica interculturale

Dopo tutto, tanto i popoli quanto le culture si assomigliano più che non si differenziano, per la semplice ragione che tutti gli esseri umani sono innanzitutto esseri umani, e solo dopo eskimesi o bantou.

(J. Devereux citato in Goussot)

La Mediazione Interlinguistica Interculturale (MII), include tutte le forme di traduzione orale osservabili nei contesti socio sanitari, giuridici, pubblici e di comunità come servizio offerto alla popolazione straniera. In particolare mi concentrerò sulla Mediazione in ambito sanitario, intesa come attività di traduzione a supporto dell'affettività del paziente, in quanto attività fondamentale nel dar voce alle minoranze culturali, favorendone l'inclusione (Baraldi e Gavioli 2007). La funzione della traduzione attraverso la mediazione è quella di promuovere la partecipazione di pazienti che non condividono la lingua e la cultura del paese che li ospita¹. Nonostante l'uso dell'inglese come lingua di comunicazione, consentire ai pazienti di esprimersi e di poter comunicare con il personale sanitario attraverso

1. Le indicazioni dell'OMS (1., 40/80) e successive integrazioni della Regione Lombardia (PSSR 2002/2004) individuano funzioni specifiche per la mediazione interculturale. La mediazione ha come obiettivo quello di "agevolare l'approccio della persona immigrata alla struttura sanitaria e migliorare la capacità comunicativo-relazionale tra il personale aziendale, i pazienti immigrati e i loro familiari" (comunicazione personale Dott.ssa Sironi). L'A.O. Istituti Ospedalieri di Cremona, ha avviato un Progetto denominato Accoglienza Interculturale, come risposta alle esigenze della comunità sempre più multietnica. L'obiettivo principale è la promozione della salute secondo l'ottica dell'Ospedale Interculturale: sviluppare la capacità comunicativa, "efficace e culturalmente corretta tra personale aziendale e paziente immigrato" (Dott.ssa Sironi), con particolare attenzione alla donna e al bambino. Fra gli obiettivi specifici del progetto rientra la costituzione di un Servizio di Mediazione linguistico-culturale e la promozione di iniziative culturali e di ricerca.

la propria lingua madre rappresenta un atto di rispetto dei diritti del malato. Le osservazioni che riporterò di seguito si riferiscono ad uno studio condotto nel 2010 che si concentra su donne e bambini, spesso in situazioni svantaggiate quando devono comunicare con il personale sanitario (Favaro 1997), per motivi culturali, linguistici o psicologici (Lesi e Falhem 2008). Dai dati analizzati viene delineato il ruolo del mediatore come “traduttore–coordinatore” nell’interazione medico–paziente, a supporto dell’aspettative affettive del paziente². Nella prima parte rifletto sul concetto di mediazione come attività di traduzione, lungo la scia dei lavori svolti da Baraldi (2009), Amato, Gavioli (2007) e Sybille de Pury (2005). Nella seconda presento alcuni esempi di interazioni mediate.

1.2. La traduzione e il regno del malinteso

Prima di addentrarci nell’universo della mediazione, mi pare interessante riflettere su ciò che accomuna il lavoro dell’interprete e del mediatore, e cioè la difficoltà del tradurre. Secondo Pury Toumi (2005), la difficoltà del tradurre una lingua deriva dalla peculiarità che caratterizza ogni sistema linguistico. Peculiari e diversi sono i sistemi linguistici perché differenti sono le modalità con cui concepiamo il mondo. La difficoltà reale deriva dal fatto che le lingue formano sistemi a se stanti e quando si traduce, si tenta di dire la stessa cosa, utilizzando un sistema linguistico differente, ma non sempre la comunicazione risulta chiara; le idee non sempre vengono comprese o non vengono espresse in modo adeguato nella cultura della lingua di arrivo. La traduzione diventa allora il regno del malinteso. I malintesi si verificano e spesso nemmeno ce ne accorgiamo: è soltanto a posteriori, quando riascoltiamo una conversazione registrata che percepiamo sfumature diverse di significato. Situazioni di incomprensione si possono verificare anche fra parlanti della medesima lingua ma quando due culture diverse si incontrano, le probabilità che si verifichino malintesi sono piuttosto elevate (Pury 2005). È il “contatto linguistico” (Pury 2005: 119) che porta a situazioni di incomprensione,

2. Per aspettative affettive ci riferiamo alla descrizione che ne danno Baraldi e Gavioli (2007) e vengono definite come le aspettative dell’interlocutore, sentimenti di preoccupazione, timore e perplessità desumibili dal comportamento o dalle azioni del parlante. Nel presente studio mi sono concentrata sulle espressioni affettive del paziente e il sul supporto emotivo della mediatrice durante i colloqui.

non tanto per le parole utilizzate per esprimere i concetti, ma per la diversa visione del mondo dei parlanti: «Dans la vie quotidienne, il est rare que, lorsque on parle du monde, on se pose des questions sur les mots qu'on a utilisés pour en parler. Ainsi, lorsque advient le malentendu, on aura plutôt tendance à incriminer une mauvaise compréhension de la réalité qu'une mauvaise compréhension des mots» (Pury 2005: 120).

Secondo la linguista, i malintesi sono generati non tanto dalle parole quanto dalla visione peculiare del mondo che ognuno di noi possiede e quando le culture sono molto lontane fra di loro, talvolta anche il contenuto della realtà può difficilmente essere trasportato da una lingua all'altra. Quando si parla di cose accadute è raro che ci si accordi sul significato che attribuiamo alle parole che intendiamo utilizzare. Come ci ricorda Beccaria, citando Andrea Zanzotto: quando la traduzione avviene fra lingue molto lontane tra loro, allora c'è solo da sperare bene, si è nelle mani di Dio, perché la traduzione non è soltanto un fatto meccanico di trasposizione letterale, ma un cambio di cultura (Beccaria 2008: 154). Ma è proprio nel malinteso, nell'equivocità del senso che si scatena un'interessante attività interpretativa. Non sempre risulta agevole cogliere l'intima natura di alcune espressioni fortemente radicate nella cultura di un popolo. Il mediatore, grazie alla sua competenza culturale intesa come condivisione della stessa cultura, paese d'origine e probabilmente dello stesso trascorso dell'utente straniero, riuscirà a leggere fra le pieghe della lingua e a cogliere non solo l'essenza del messaggio, ma i riferimenti impliciti, le cosiddette sfumature.

1.3. Tradurre e non tradurre: i meccanismi dell'interpretazione dialogica in ambito sanitario

Il mediatore non si limita a trasferire o a tradurre parole da una lingua di partenza ad una lingua di arrivo ma è partecipante a pieno titolo dell'interazione linguistica (Barbieri 2008). Gli studiosi di *dialogue Interpreting* (Wadensjö 1998: 106, citato in Barbieri 2009: 206) fanno notare che le traduzioni prodotte dal mediatore durante l'interazione sono raramente fedeli turno per turno, ma sono piuttosto *non renditions* e *reformulations*. Gavioli e Baraldi osservano che all'interno delle interazioni con il mediatore le forme di traduzione proposte generano un'interazione diadica o triadica, prevenendo o

promuovendo l'inclusione o l'esclusione dei partecipanti. E anche la traduzione dei termini medici, ad esempio, è più una resa supportata da riformulazioni e spiegazioni per far accettare al paziente straniero una procedura o una modalità terapeutica piuttosto che la corrispondenza linguistica esatta (Amato, Gavioli 2007). La *non rendition* è una forma di traduzione frequentemente adottata dal mediatore per introdurre al paziente straniero termini medici³.

1.4. Quadro teorico di riferimento: un tentativo di definire la Mediazione Interlinguistica Interculturale

Poche sono le nomenclature che mio avviso riescono a delineare la complessità dell'essenza della mediazione: ognuna pone l'accento su un aspetto o su un altro dell'universo mediazione. Mediazione culturale, sembra mettere in luce prevalentemente l'elemento culturale, conferendogli una connotazione chiusa e autoreferenziale, del tutto inadeguata, poiché per natura la mediazione tende ad aprire mondi, per far comunicare culture diverse, in un'ottica di scambio e reciprocità. Per contro, l'espressione mediazione linguistica, contiene in sé un'altra limitazione per quanto attiene ai compiti che il mediatore è chiamato a svolgere: sappiamo bene che non sono solo le abilità linguistiche o traduttive che consentono ai parlanti di comunicare, così come il compito del mediatore non si limita all'esecuzione di una trascodifica linguistica (Peronace 2007). In mediazione la traduzione non basta se l'intento è «cogliere quello che è nascosto tra le pieghe delle parole (Coppo 2003)». Per questo motivo preferisco parlare di mediazione interlinguistica interculturale (MII) anche se per brevità da qui in avanti si parlerà di mediazione. La posizione di Sybille de Pury (2005) nei confronti della mediazione è molto chiara. Pury spiega molto bene ciò che non è la mediazione. La mediazione non è una procedura di conciliazione il cui scopo è di mettere d'accordo le parti o riconciliare le persone. Sarebbe bizzarro pensare alla mediazione come ad un'attività avente come unico scopo quello di creare consenso o forzare un accordo: la mediazione non presuppone l'imposizione di un

3. Come afferma Davison (2000, citato in Barbieri 2009: 207): «In the triadic interaction the mediator can make a choice, by selecting information or by introducing non-*renditions*». Amato and Gavioli (2008, citato in Barbieri 2009: 207) definiscono le *non renditions* come: «Expressions or utterances made by the interpreter that have no correspondence in the utterances of the primary participants».

incontro anche se obbliga al contatto. La mediazione è definita come un processo che produce risultati: azione e non osservazione. La definizione suggerisce dinamicità, trasformazione ma anche imprevedibilità: l'impossibilità di prevederne gli esiti rende l'intero processo fluido e di conseguenza poco controllabile. Non sappiamo mai dove ci porterà l'attività di mediazione; i risultati o le soluzioni a cui giungeremo saranno sempre inaspettati e imprevedibili. Il mediatore, all'interno del flusso comunicativo in costante mutamento, fa nascere nuovi discorsi, destrutturando il testo di partenza, partendo dalle difficoltà che incontra nella traduzione, precisando il senso di espressioni culturalmente determinate, facendo sgorgare testi differenti perché appartenenti a sistemi culturali e linguistici distanti, a mondi diversi. Il mediatore è situato nel cuore dell'intero processo e funge da motore, pienamente responsabile di quanto avviene, poiché le possibili scelte traduttive determineranno l'andamento e l'esito del colloquio. Nella realtà dei fatti, durante gli incontri fra medico e paziente, spesso la comunicazione incede a singhiozzo, non per volontà dei partecipanti, ma per esigenze comunicative tipiche del processo della mediazione, che richiede interruzioni per la necessità di dare chiarimenti linguistici e culturali. La mediazione presenta modalità comunicative complesse e specifiche, e ciò è dovuto al fatto che i partecipanti all'interazione appartengono a culture differenti e questo di per sé rappresenta già una barriera da superare se si vuole comunicare. La presenza del mediatore potrebbe aiutare a superare la barriera ma non ad eliminarla completamente; il mediatore dovrebbe favorire il compromesso tra aspettative e interessi, talvolta in contrasto, con la consapevolezza che non sempre questi sono traducibili e non sempre possono essere affrontati unicamente attraverso la traduzione. La traduzione è fondamentale nella mediazione interculturale: tuttavia, di per sé non ne facilita necessariamente il processo. Il significato della traduzione dipende dalla sua collocazione nel quadro complessivo dell'interazione, cioè della struttura della sequenza di turni che la include. Dunque la traduzione è insieme fondamentale e particolarmente delicata (Baraldi 2009). L'incertezza è data dalla peculiarità dell'operazione ma è in questa peculiarità che risiede l'importanza della traduzione come mediazione: è attraverso la traduzione che si ottiene il coinvolgimento di tutte le parti in causa, medico, paziente e mediatore; è attraverso la traduzione del mediatore che viene "estrinsecato" (Coccia 2004: 12) il male e viene tradotta in termini pratici una sofferenza interna.

1.5. Cultura e disordine clinico

La relazione terapeutica si basa sulla condivisione degli impliciti culturali di chi è coinvolto.

(Moro 2005: 122)

Sappiamo bene che l'attività di traduzione non è limitata e non si esaurisce nel "testo" orale o scritto che sia, ma presuppone un processo di relazioni intersemiotiche, inglobando realtà dentro e fuori di noi. Ogni traduttore e interprete è consapevole del fatto che per poter ben tradurre e cogliere a pieno l'essenza del messaggio è importante conoscere la cultura delle lingue da e verso cui si lavora. Tanto più saremo immersi in una cultura e tanto più efficace sarà la nostra resa traduttiva⁴. Ma cosa si intende per cultura? Molte potrebbero essere le definizioni, noi partiamo dalla definizione di cultura data da Moro e cioè:

Un sistema culturale è dunque formato da una lingua, un sistema di parentela, un corpo di tecniche e di modi di fare, gli ornamenti, la cucina, le arti, le tecniche di cura, le tecniche di cura materne [...] Tutti questi elementi sparsi, trovano una struttura coerente nelle rappresentazioni culturali [...]. La cultura permette una codificazione dell'insieme dell'esperienza vissuta dall'individuo, permette di anticipare il senso di quello che può accadere e dunque permette di gestire la violenza dell'imprevisto, e del connesso non senso. La cultura mette a disposizione del soggetto una griglia di lettura del mondo. (Moro 2002: 123)

Se ogni interazione umana presuppone una dimensione culturale e se la cultura è il contenitore stesso della comunicazione (Moro 2005: 122), allora anche il disordine clinico e la malattia hanno una dimensione culturale peculiare, che spesso non coincide con la nostra, poiché varie sono le ottiche possibili. Come scrive Coccia: «La malattia non è semplicemente un corollario di sintomi legati ad una causa, ma anche un vissuto emozionale complesso. [...] È necessario non dimenticare che il vissuto della malattia è fisico, emotivo, culturale e soggettivo e ogni modello di cura che sia globale dovrebbe tenerne conto» (Coccia 2004: 13).

Come sostiene Roheim (1943), non esiste "uomo senza cultura" e se per cultura intendiamo una prospettiva per concepire il mon-

4. Si parte dal presupposto che: «Behind a language there is a culture and intercultural communication can not be dealt with in an adequate way by excluding the language» (Aluffi Pentini 2004: 31).

do (Moro 2005), ne risulta che ogni cultura «sviluppa categorie che permettono di leggere la realtà e di dare un senso agli avvenimenti» (Moro 2005: 23). Ogni cultura definisce delle categorie che permettono di leggere la realtà e di dare un senso agli avvenimenti, dunque queste categorie, sono arbitrarie nel senso che variano da una cultura all'altra (realtà/non realtà; umano/non umano; lo stesso/l'Altro), e possono essere considerate come schemi culturali trasmessi in modo implicito (Moro 2005: 123), anche attraverso la comunicazione non verbale. Per comunicare, è necessario condividere non soltanto la stessa lingua ma lo stesso modo di percepire il mondo e tutto ciò che lo circonda, in una parola la stessa cultura. Quindi, sarà grazie all'aiuto del mediatore che le sfumature culturali verranno svelate, i nodi dei "non sensi" sciolti, le concordanze e le discordanze dipanate, aprendo mondi possibili, in modo socialmente accettabile. Il mediatore è co-costruttore di significati, partecipante attivo e visibile, ponte che rende possibile l'incontro di mondi distanti: queste sono alcune delle sfumature che il termine mediatore linguistico evoca. È impossibile che un operatore sanitario conosca tutti i riferimenti culturali di tutti gli utenti stranieri, [...] ma è necessario che comprenda il bisogno del paziente straniero di salvaguardare la propria identità. Il bisogno di mediazione si iscrive come una componente essenziale del riconoscimento del diritto alla salute e alle pari opportunità nell'accesso e nella fruibilità dei servizi sanitari e sociali da parte della popolazione immigrata (Coccia 2004). Moro, parlando di cultura della cura afferma:

Affinché ognuno — il medico, l'infermiere, l'ostetrica, il giudice, l'educatore, l'assistente sociale — riesca ad essere nel suo campo il più efficace possibile, è necessario che esca dalla posizione di confronto e di distanza e, al contrario, favorisca tutto quello che va verso [...] la molteplicità degli sguardi, la creazione dei luoghi di passaggio e di co-creazione. Se c'è curiosità per la cultura dell'altro, e sapendolo ascoltare, sarà possibile far emergere nuovi riferimenti culturali, quei riferimenti che in un dato momento sono importanti [...]. (Moro 2005: 79)

La cultura di appartenenza viene espressa anche attraverso l'uso che sappiamo fare della lingua. Comprendere una lingua e, di conseguenza, interpretare una lingua, presuppone la comprensione e la condivisione di culture. Un legame imprescindibile tra l'individuo e la sua terra d'origine. Cultura come essenza profonda degli uomini e delle donne, qualcosa che vincola profondamente il pensiero delle

persone (Peronace 2006). Sappiamo che la categorizzazione medica di salute e di malattia differisce da cultura a cultura. La “cultura della malattia” diventa fondamentale per capire la natura della relazione che intercorre tra medico e paziente, per indagare e analizzare i processi che vengono messi in atto durante i colloqui tra medico e paziente. Per comprendere come si inserisce la figura del mediatore, partiamo dal presupposto che, per usare una bella espressione di Moro, l’incontro di mondi presuppone il riconoscimento e il rispetto della cultura di appartenenza. Categorie, schemi culturali, mondi condivisi che danno vita ad un complesso sistema culturale, formato da “elementi sparsi” ed impliciti che plasmano l’interfaccia che si pone in relazione con l’Altro⁵, e che influenzano l’essere, il pensiero, il linguaggio, i modi di fare, di parlare, le tecniche di cura, il modo di percepire la cura e molto altro ancora. Quindi, al mediatore che lavora nei servizi sociali e sanitari spetta “il difficile compito di dare parola al corpo del migrante, nella consapevolezza che la “traduzione” non sarà mai completa né perfettamente fedele” (Coccia 2004: 13). Pensiamo soltanto alle implicazioni che potrebbe avere la parola “malattia”. Quando il paziente non appartiene alla cultura occidentale, la parola malattia andrebbe utilizzata con molta cautela, ci mette in guardia Patrice Godin, antropologo specializzato in culture malesi: *Il faudrait plutôt parler de “malheurs” que de “maladie”*. La cultura di appartenenza determina come la persona recepisce l’informazione sulla cura della salute, cioè che cosa è considerato un problema, come vengono espressi i sintomi e preoccupazioni, chi dovrebbe occuparsene e quale tipo di trattamento dovrebbe essere attuato, infine in quale misura sono esercitati protezione e diritti. Ci sono malattie come ad esempio la tubercolosi che implicano la percezione di «essere affetto da una malattia da poveri, aggiungendo vergogna e senso di colpa per il solo fatto di essere malati” (Coccia 2004: 12). Come scrive Moro, tener conto della dimensione culturale della malattia accresce la nostra capacità terapeutica (Moro 2005: 80).

5. Per una definizione più dettagliata di Alterità nell’ambiente di cura vedi Moro (2005).

1.6. Lingua madre

Se in molti casi è importante che il mediatore condivida con il paziente la stessa cultura⁶, per poter entrare tra le pieghe della lingua, è altrettanto importante che il paziente possa parlare nella propria lingua madre, per esprimere il proprio mondo di appartenenza in tutte le sue sfumature e portare in scena l'universo culturale (Peronace 2007). Anche Moro ci ricorda quanto sia importante per il paziente potersi esprimere attraverso la propria o le proprie lingue materne (Moro 2005: 130). Sebbene lo strumento della “traduzione” possa essere considerato come un mezzo artificiale, esso risulta essere una modalità efficace all'interno della triade medico-paziente-interprete. È stato riscontrato in molte occasioni che i pazienti dovendo comunicare con il medico o le infermiere di reparto comunicassero attraverso una lingua veicolare, spesso l'inglese. Ad un successivo incontro con la mediatrice, le pazienti lamentavano problemi di comprensione, ed esprimessero disagio in quanto la diagnosi non era chiara. Ciò rivela che l'uso di una lingua diversa dalla lingua madre del paziente può generare malintesi e disagio.

1.7. La traduzione per la mediazione

Dalla nostra analisi emerge il ruolo attivo del mediatore, in quanto partecipante visibile nella triade (medico-paziente-mediatore): il mediatore crea sequenze diadiche e triadiche, in base alle strategie traduttive adottate (si vedano i turni 8 e 9) che vanno oltre la mera trasposizione del contenuto linguistico e testuale; viene tradotto il testo ma anche ciò che accompagna e circonda l'interazione. La traduzione può assumere strutture diverse, è il mediatore che decide autonomamente, in base all'andamento della conversazione e alle reazioni del paziente, quando e quanto tradurre⁷, come espandere

6. La condivisione della medesima etnia e cultura non sempre facilita il colloquio fra medico e paziente. Per determinate patologie infettive o nei casi di IVG, le donne di etnia Africana si dimostrano restie a comunicare attraverso mediatrici appartenenti alla loro stessa cultura ed etnia.

7. Anche Amato e Gavioli (2007) sottolineano la complessità del compito svolto dal mediatore che con la sua attività integra attività di traduzione e mediazione: “non è ancora chiaro quale sia lo spazio per la traduzione e per la mediazione e fino a che punto tradurre significhi anche mediare” (Amato, Gavioli 2007: 294).

un testo per rassicurare i partecipanti (sequenza n. 10) e promuovere la partecipazione degli interlocutori. Il mediatore svolge anche il ruolo di coordinatore durante l'interazione con il medico. Secondo Wadensjö (1998: 148):

The coordination aspect of the role of the interpreter derives from the interpreters' unique middle-position. Interpreters are establishing, promoting and controlling connections between primary parties in conversation. [...] Primary interlocutors will partly rely on the interpreter to mediate turn-organizational clues signaled in and by talk.

Il coordinamento può assumere due forme (Wadensjö: 145–150): il coordinamento implicito, ovvero quando il dialogo viene coordinato da azioni traduttive e il coordinamento esplicito quando si verificano altre azioni, quali le *non renditions*, ovvero azioni che non hanno una controparte nel testo di partenza. Alcuni esempi potrebbero essere: commenti sulla traduzione, inviti a continuare o espressioni di preoccupazione o supporto in risposta a commenti o atteggiamenti dell'interlocutore (Baraldi e Gavioli 2007: 156). Il mediatore svolge anche un ruolo creatore: durante il processo di ascolto e di resa del contenuto la terminologia specifica potrebbe compromettere la comprensione o generare malintesi. Termini attinenti alle lingue speciali, come ecografia trans-esofagea, sonda gastrica, vanno spiegati alla paziente indiana e non semplicemente tradotti, perché potrebbero turbare. Il testo di partenza è vivisezionato, disambiguato e contestualizzato, per essere non solo riprodotto nella lingua d'arrivo ma naturalizzato; ciò che viene prodotto è un testo completamente differente dal testo in lingua di partenza, un testo a sé⁸ all'interno del quale è possibile e probabile l'incontro con l'Altro. Con uno sguardo trasversale, il mediatore produce un testo tenendo in considerazione il mondo affettivo della paziente per cui lavora e con la quale probabilmente condivide la stessa esperienza di immigrazione. Il compito del mediatore non è quello di fornire una copia esatta del testo di partenza; il suo intervento consiste nell'arricchire, spiegare e creare un nuovo testo, tenendo in considerazione le culture e le conoscenze del paziente. Come sottolinea nuovamente Pury Toumi (2005: 133):

8. S. DE PURY TOUMI (2005: 133): «Dans le cas de la médiation — une situation où se doivent se rencontrer des locuteurs — il faut au contraire non pas trahir, mais “produire” un texte nouveau qui sera lieu de rencontre, participer à fracturer le texte de départ et non pas se borner à le reproduire ou à le dupliquer dans une autre langue. [...] En passant d'une langue à l'autre, les locuteurs font surgir des concepts différents» (traduzione personale).