

ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Dipartimento di Studi Interdisciplinari su  
Traduzione, Lingue e Culture (SITLeC)  
Dottorato di Ricerca in Lingue, Culture e Comunicazione Interculturale  
Settore scientifico-disciplinare L-LIN/12  
XIX Ciclo

Tesi di dottorato dal titolo

**I ruoli dell'interprete nell'interazione  
medica:  
uno studio di caso**

**Candidata**

Dott.ssa Amalia Agata Maria Amato

**Relatrice**

Prof.ssa Daniela Zorzi

**Coordinatore del Dottorato**

Prof. Marcello Soffritti

Esame finale anno 2007

## I RUOLI DELL'INTERPRETE NELL'INTERAZIONE MEDICA : UNO STUDIO DI CASO

INDICE	p. 1
CONVENZIONI DI TRASCRIZIONE	p. 4
Introduzione	p. 5
Capitolo 1	
L'INTERAZIONE MEDICO-PAZIENTE: DALL'ASIMMETRIA ALLA CONSTRUZIONE COLLABORATIVA	
1.1 <i>La teoria dei sistemi</i>	p. 9
1.2 <i>L'analisi di processo</i>	p. 10
1.3 <i>L'analisi del discorso: l'asimmetria nell'interazione medico-paziente</i>	p. 12
1.3.1 <i>L'intervista asimmetrica</i>	p. 12
1.3.2 <i>Diversità di frame nella relazione terapeutica</i>	p. 13
1.3.3 <i>I problemi di comunicazione nell'interazione medica</i>	p. 14
1.3.4 <i>Il dominio interazionale</i>	p. 15
1.4 <i>L'analisi della conversazione: la co-costruzione dell'interazione medica</i>	p. 17
1.4.1 <i>Le fasi di un incontro medico</i>	p. 18
1.4.2 <i>Dall'asimmetria ai contributi del paziente nell'incontro medico</i>	p. 18
1.4.3 <i>La costruzione collaborativa</i>	p. 20
1.5 <i>Un approccio olistico all'interazione medica</i>	p. 21
1.6 <i>Conclusioni</i>	p. 23
Capitolo 2	
I RUOLI DELL'INTERPRETE DIALOGICO: PRINCIPALI STUDI	
2.1 <i>La figura dell'interprete: macchina fonica o autore dei propri enunciati?</i>	p. 25
2.2 <i>Il contributo degli studi sui dati reali</i>	p. 28
2.3 <i>Interpretazione di conferenza e interpretazione di comunità a confronto</i>	p. 31
2.4 <i>L'interprete nell'incontro medico-paziente</i>	p. 34
2.4.1 <i>I ruoli</i>	p. 34
2.4.2 <i>Le responsabilità</i>	p. 36
2.4.3 <i>Il coinvolgimento</i>	p. 37
2.4.4 <i>Necessità di formazione</i>	p. 38
2.5 <i>Luci e ombre sul ruolo dell'interprete dialogico</i>	p. 39
2.6 <i>Conclusioni</i>	p. 41
Capitolo 3	
I DATI DELLO STUDIO E GLI STRUMENTI DI ANALISI	
3.1 <i>Lavorare con i dati reali</i>	p. 43
3.1.1 <i>Raccolta</i>	p. 45

3.1.2	<i>Selezione</i>	p. 46
3.1.3	<i>Trascrizione</i>	p. 47
3.2	<i>Gli incontri oggetto di studio</i>	p. 47
3.2.1	<i>La struttura degli incontri</i>	p. 49
3.3	<i>Strumenti di indagine</i>	p. 50
3.3.1	<i>L'interazione medica come incontro istituzionale</i>	p. 51
3.3.2	<i>L'organizzazione di base nel parlato spontaneo</i>	p. 52
3.3.2.1	<i>Il meccanismo di alternanza dei turni</i>	p. 53
3.3.2.2	<i>La coppia adiacente</i>	p. 54
3.3.2.3	<i>La riparazione</i>	p. 55
3.3.4	<i>Zero rendition e non-rendition</i>	p. 56
3.4	<i>Conclusioni</i>	p. 57

## Capitolo 4

### IL CONTRIBUTO DELL'INTERPRETE AL DISCORSO

4.1	<i>Uno sguardo quantitativo ai dati</i>	p. 59
4.1.1	<i>Incontro 1</i>	p. 60
4.1.2	<i>Incontro 2</i>	p. 61
4.1.3	<i>Incontro 3</i>	p. 61
4.2	<i>Analisi delle zero renditions</i>	p. 62
3.2.1	<i>Zero renditions – Incontro 1</i>	p. 63
3.2.2	<i>Zero renditions – Incontro 2</i>	p. 67
3.2.3	<i>Zero renditions – Incontro 3</i>	p. 72
4.3	<i>Risultati dell'analisi delle zero renditions</i>	p. 76
4.4	<i>Analisi delle non-renditions</i>	p. 76
4.4.1	<i>Non-renditions – Incontro 1</i>	p. 77
4.4.2	<i>Non-renditions – Incontro 2</i>	p. 81
4.4.3	<i>Non-renditions – Incontro 3</i>	p. 83
4.5	<i>Risultati dell'analisi delle non-renditions</i>	p. 84
4.6	<i>Conclusioni</i>	p. 85

## Capitolo 5

### IL CONTRIBUTO DELL'INTERPRETE ALL'ORDINE CONVERSAZIONALE

5.1	<i>L'interazione verbale mediata dall'interprete: il modello di Davidson</i>	p. 87
5.2	<i>L'applicazione del modello ai dati dello studio</i>	p. 90
5.3	<i>Le sovrapposizioni nel parlato spontaneo</i>	p. 93
5.4	<i>Le sovrapposizioni tra parlanti primari negli incontri mediati da un interprete</i>	p. 94
5.5	<i>Le sovrapposizioni tra interprete e parlanti primari</i>	p. 97
5.6	<i>Le sovrapposizioni per aggiudicarsi il turno</i>	p. 99
5.7	<i>Le sovrapposizioni per regolare la durata del turno del parlante</i>	p. 102
5.8	<i>Le sovrapposizioni per "recuperare" un turno perso</i>	p. 103
5.9	<i>Conclusioni</i>	p. 106

## Capitolo 6

### L'ORIENTAMENTO DELL'INTERPRETE NELL'INTERAZIONE

6.1 <i>Parlare per gli altri</i>	p. 109
6.2 <i>Parlare degli altri</i>	p. 110
6.3 <i>Il discorso riportato nella resa interpretativa</i>	p. 112
6.3.1 <i>Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 1</i>	p. 114
6.3.2 <i>Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 2</i>	p. 118
6.3.3 <i>Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 3</i>	p. 121
6.4 <i>Osservazioni sull'uso del discorso riportato nelle rese interpretative</i>	p. 124
6.5 <i>L'uso delle forme pronominali nei tre incontri</i>	p. 125
6.5.1 <i>Le forme pronominali dei parlanti primari</i>	p. 127
6.5.2 <i>I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 1</i>	p. 131
6.5.3 <i>I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 2</i>	p. 134
6.5.4 <i>I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 3</i>	p. 138
6.6 <i>Osservazioni sull'uso delle forme referenziali pronominali nelle rese interpretative</i>	p. 142
6.7 <i>Uso delle forme pronominali di cortesia</i>	p. 143
6.8 <i>Conclusioni</i>	p. 146

## Capitolo 7

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

7.1 <i>La selezione traduttiva</i>	p. 149
7.2 <i>Il contributo discorsivo</i>	p. 151
7.3 <i>La costruzione della struttura di partecipazione</i>	p. 152
7.4 <i>Le mosse conversazionali</i>	p. 153
7.5 <i>Il sé dell'interprete</i>	p. 154
7.6 <i>Una figura e tanti ruoli</i>	p. 156

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	p. 159
---------------------------	--------

## CONVENZIONI DI TRASCRIZIONE

C	paziente bambino/a
D	medico
F	padre
I	interprete
M	madre.
( . )	pausa lunga meno di un secondo
( 1 )	pausa di un secondo (un numero diverso indica la durata della pausa vuota)
[ testo ]	parlato simultaneo o sovrapposto
{ testo	inizio di conversazione parallela
?	intonazione di domanda
= testo	allacciato al turno precedente
testo =	allacciato al turno seguente
==	continuazione di un turno dello stesso parlante
e: oppure e::	suono allungato (consonantico o vocalico)
/	enunciato interrotto e non concluso
<b>grassetto</b>	enfasi
°xxx°	pronunciato sottovoce o sussurrato
(xxx)	inudibile.
((commento))	commento sul comportamento non verbale o informazioni sul contesto
TESTO	a voce alta o gridato

## Introduzione

La ricerca sull'interpretazione dialogica ha preso slancio a partire dagli anni '90, quando si è fatta più pressante ed evidente la domanda di mediazione linguistico-culturale in ambito sociale. Il lavoro seminale di Wadensjö sulle interazioni legali e mediche mediate da un interprete ha capovolto la visione dell'interprete come "macchina fonica" dimostrandone il ruolo di partecipante attivo nelle interazioni in cui è chiamato ad operare. Inoltre, applicando un'impostazione interazionista all'interpretazione, l'autrice ha decisamente contribuito a realizzare un cambiamento di paradigma in questo ambito di ricerca. In precedenza infatti i vari studiosi avevano incentrato l'attenzione sulla produzione dell'interprete sganciandola dal contesto "esterno" e concentrandosi sugli elementi contestuali e co-testuali interni al discorso interpretato per indagarne gli aspetti linguistici, cognitivi, psicologici e per valutarne la qualità o trarne indicazioni didattiche. Questo cambiamento di prospettiva è stato definito un vero e proprio "cultural turn" (Cronin 2002) negli *interpreting studies* e ha dato luogo a tutta una serie di ricerche condotte sui dati reali raccolti nel corso di interazioni mediate dall'interprete.

Questa ricerca si inserisce nell'ambito degli studi che esaminano il ruolo dell'interprete all'interno di incontri di tipo istituzionale e si basa sull'idea che l'interpretazione contribuisce alla costruzione dell'interazione man mano che essa procede. Per poter cogliere a pieno tutti i passaggi e i dettagli dello svolgimento delle interazioni oggetto di questo lavoro, è stata adottata un'impostazione microanalitica. Sulla scorta degli studi sulla conversazione è stata assunta come unità di base il turno e, proprio come l'analisi della conversazione in ambito istituzionale si prefigge di osservare come i partecipanti "talk an institution into being" (Heritage 1984: 290), questo lavoro si propone di vedere come gli interpreti svolgano il loro compito quando sono "in azione". Pertanto non ci si è basati su un modello di interpretazione ideale a cui l'interprete dovrebbe attenersi nella sua pratica professionale. Il tentativo è quello di condurre l'analisi per quanto è possibile sulla base dei

dati raccolti e trascritti senza partire da alcuna ipotesi o lettura della realtà che non sia *data driven*.

Lo studio di caso oggetto di questa ricerca si concentra sull'analisi di tre interazioni, videoregistrate e trascritte, fra medici americani e pazienti italiani mediate da un interprete che hanno avuto luogo in un istituto di riabilitazione per bambini che hanno subito una lesione cerebrale.

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare la struttura partecipativa di tre incontri medici con più partecipanti (*multi-party*) ponendo al centro della lente d'ingrandimento la figura dell'interprete. In particolare si è cercato di vedere se talune forme di partecipazione attiva dell'interprete fossero ravvisabili negli incontri medici studiati.

Benché sia ormai ampiamente dimostrata la natura di scambio triadico, e non diadico tra due soggetti che non condividono la stessa lingua e un interprete (vedi a tal proposito Mason e Steward 2001), non è possibile prescindere da quanto è già stato osservato dai numerosi studi condotti sull'interazione medica tra parlanti della stessa lingua. Al fine di inquadrare il tipo di interazione che verrà esaminata nei capitoli seguenti, il primo capitolo illustra brevemente alcune caratteristiche dell'incontro medico-paziente.

Il secondo capitolo contiene una breve rassegna dei principali studi sull'interpretazione dialogica condotti in vari ambiti (legale-giudiziario, economico-commerciale, televisivo e più in particolare medico-sanitario) che hanno contribuito alla definizione dell'interprete come partecipante attivo nell'interazione che è chiamato a mediare e alla luce dei quali è stata condotta questa ricerca.

Nel capitolo 3 viene discussa la scelta di utilizzare i dati reali come base per l'analisi. In seguito vengono presentate le procedure di raccolta, selezione e trascrizione dei dati e vengono illustrati sinteticamente i dati raccolti e gli strumenti di analisi utilizzati.

I capitoli 4, 5 e 6 contengono l'analisi delle tre interazioni mediche mediate da un interprete e ne presentano i risultati. Il primo aspetto su cui si concentra questo lavoro (capitolo 4) è quello relativo alla produzione sia discorsiva sia traduttiva dell'interprete allo scopo di vedere se o meno emergano un partecipante o un asse conversazionale "privilegiati" rispetto agli altri. Partendo dai dati quantitativi indicanti la presenza di un numero considerevole di turni esclusi dall'interprete nella resa traduttiva, è stato

analizzato il contenuto di ciascun turno prodotto dai partecipanti primari e non tradotto dall'interprete per stabilire se vi fossero delle tipologie particolari di enunciati che, più frequentemente di altri, l'interprete decide di includere o di escludere dalla propria funzione traduttiva e se la decisione di tradurre o non tradurre riguardi uno o più partecipanti in particolare o meno. Il secondo aspetto su cui si è concentrata l'analisi riguarda la produzione discorsiva autonoma dell'interprete con l'intento di verificare se vi siano o meno tratti comuni negli interventi autonomi delle interpreti.

Il capitolo 5 si concentra sulla partecipazione attiva dell'interprete alla costruzione dell'ordine conversazionale. L'applicazione ai dati dello studio del modello conversazionale di interazione mediata dall'interprete elaborato da Davidson (2002) ha fatto emergere chiaramente la natura dinamica e non lineare delle interazioni analizzate e la presenza di un numero consistente di sovrapposizioni nel parlato che coinvolgono l'interprete. Per cercare di capire quale fosse il significato preciso di questa osservazione, sono state analizzate le sovrapposizioni che coinvolgono l'interprete confrontandole con le tipologie di sovrapposizioni presenti nel parlato spontaneo con l'intento di vedere se l'interprete utilizza questo dispositivo conversazionale solo ai fini dell'allocazione dei turni o anche per altre finalità specifiche inerenti alla sua funzione traduttiva.

Avendo dimostrato nei due capitoli precedenti che l'interprete non è un agente inerte e neutro di trasferimento linguistico, il capitolo 6 affronta il tema dell'orientamento dell'interprete nell'interazione a cui partecipa attivamente. Allo scopo di verificare se l'interprete si identifichi e si allinei o meno con uno o più partecipanti primari, sono stati analizzati taluni dispositivi discorsivi a cui solitamente ricorrono i parlanti per segnalare la distanza dai loro interlocutori: il discorso riportato diretto e indiretto e le forme referenziali pronominali.

Infine, nel capitolo 7 vengono riepilogati i risultati dell'analisi formulando alcune considerazioni conclusive circa la complessità di un'interazione polidiadica e mediata e la natura polivalente del ruolo dell'interprete.





# Capitolo 1

## L'INTERAZIONE MEDICO-PAZIENTE: DALL'ASIMMETRIA ALLA COSTRUZIONE COLLABORATIVA

L'ambito socio-sanitario è oggetto della ricerca interdisciplinare ormai da alcuni decenni. Sono diverse le aree delle scienze sociali che se ne sono occupate tra cui antropologia, pedagogia, diritto, filosofia, psicologia, sociologia e linguistica. Queste diverse discipline si sono concentrate su tutta una serie di aspetti rilevanti: dalla narrazione della malattia ai modelli culturali di credenze sulla salute, dall'ideologia medica e i rapporti di potere alla rappresentazione mediatica della salute e della malattia, fino alla comprensione della scienza e della medicina da parte dell'opinione pubblica. Il tema centrale è sempre stato e resta la relazione medico-paziente che è stata analizzata e "dissezionata" con strumenti e metodologie diverse<sup>1</sup>, al punto da poterla definire un continuum che va dal patologico all'olistico (Sarangi 2004). In questo capitolo viene presentata una breve rassegna dei principali studi che si sono occupati della relazione terapeutica tra medico e paziente con l'obiettivo di evidenziare le caratteristiche di questa particolare tipologia di interazione in cui l'interprete si trova ad operare.

### *1.1 La teoria dei sistemi*

I primi studi di natura teorica sull'interazione medico-paziente sono opera del sociologo Parsons (1951) nell'ambito del suo lavoro sull'organizzazione dei sistemi sociali nelle società occidentali. Per l'autore la pratica medica costituisce un sotto-sistema della struttura più ampia dell'azione sociale. Il modello elaborato da Parsons si fonda sull'idea che la malattia sia una forma di turbativa del funzionamento normale dell'organismo sociale. Il paziente, essendo malato, non è in grado di svolgere la sua normale funzione

---

<sup>1</sup> Per citare solo alcuni degli studi sulla relazione medico-paziente: Byrne e Long (1976); Circourel (1982); Mishler (1984); Frankel (1984); West (1984); Heath (1986, 1992); Leonardi e Viaro (1990); Ten Have (1989, 1991); Fairclough (1992, 1995); Petrillo (1994); Fele (1994); Adelswärd e Sachs (1998).

sociale e deve pertanto ricorrere ad un consulto medico e poi conformarsi alle indicazioni terapeutiche per poter ritornare allo stato di salute e alle normali relazioni sociali. Il medico, dal canto suo, in virtù della sua formazione e della sua esperienza specialistiche, è l'agente in grado di eliminare o ridurre al minimo gli effetti negativi della malattia sugli individui e sulla società ed è quindi giuridicamente responsabile di riportare i pazienti ad una condizione non patologica. Questo modello assegna pertanto dei ruoli chiari e definiti al medico e al paziente a cui corrispondono una serie di comportamenti ed aspettative. Questa attribuzione di ruoli e responsabilità al medico e al paziente conferisce inevitabilmente un carattere asimmetrico alla relazione medico-paziente: il medico si trova in posizione di autorità situazionale poiché è l'unico qualificato a fornire aiuto al paziente e questi si trova in una posizione di dipendenza situazionale poiché necessita di un aiuto che non è in grado di procurarsi da solo.

La rigidità di questa impostazione - caratterizzata dall'autorità indiscussa del medico - è stata criticata da altri autori (ad es. Stimson & Webb 1975; Kleinman 1980)<sup>2</sup> che, occupandosi di antropologia medica, hanno posto l'accento sul fatto che anche il paziente, e non solo il medico, detiene le proprie idee relativamente alla natura, l'origine e i possibili rimedi per una data patologia e che queste meritano attenzione se si vuole comprendere a pieno la relazione medico-paziente. È su questa impostazione che si è basata tutta una serie di studi empirici che si sono concentrati, alla fine degli anni '60 e nella prima metà degli anni '70, sulla divergenza di prospettiva tra il medico e il paziente riuscendo a dimostrare che l'esito terapeutico dipende proprio dall'interazione tra chi eroga i servizi sanitari e chi li riceve.

## *1.2 L'analisi di processo*

Particolarmente illuminanti in termini di correlazione tra soddisfazione del paziente e *compliance* sono stati gli studi condotti da vari autori sui servizi di pronto soccorso pediatrici (ad es. Korsch et al. 1968; Korsch e Negrette 1972). Utilizzando un sistema di

---

<sup>2</sup> Citati in Peräkylä (2004: 214)

codifica messo a punto da Bales (1950)<sup>3</sup> questi studi hanno dimostrato che le madri che volevano ricevere maggiori informazioni dai medici erano restie a far domande, erano insoddisfatte dalla quantità di informazioni ricevute e spesso non esponevano al medico le loro principali preoccupazioni. Collegando poi queste osservazioni all'aderenza alle prescrizioni, tali studi hanno messo in luce che i pazienti meno soddisfatti riguardo alle informazioni ricevute dai medici erano anche quelli meno collaborativi riguardo alle prescrizioni terapeutiche ed i meno soddisfatti dell'esito della visita medica. Questi risultati dell'analisi di processo si sono dimostrati un potente strumento per promuovere ulteriori indagini sull'interazione medico-paziente per almeno due ragioni: a. hanno dimostrato che è possibile condurre studi sistematici nel campo dei servizi medico-sanitari e b. hanno illustrato che i risultati di tali studi possono contribuire a migliorare l'esito terapeutico dell'interazione medico-paziente. Lo schema di analisi di Bales è stato sottoposto a successive rielaborazioni e aggiustamenti che tenessero conto della natura diadica e del contenuto specifico dell'interazione medico-paziente. Il metodo di analisi di processo attualmente più utilizzato è quello sviluppato da Roter a partire dal 1988 e che contiene 29 categorie suddivise in 15 socio-emotive e 24 centrate sul compito (Roter 2004). Il metodo RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) è concepito in modo da effettuare una classificazione completa dei singoli eventi che compongono una visita medica e si presta ad essere utilizzato anche in contesti e per contenuti diversi dalla visita medica di base. Questo consente di estendere il campo di indagine anche a settori specialistici della medicina quali l'oncologia, la ginecologia e l'ostetricia e varie categorie diagnostiche quali l'asma, l'ipertensione e il diabete (Roter e Larson 2002). Alcuni studi condotti in base a questa metodologia hanno dimostrato che se al paziente viene data la possibilità di esprimere la propria prospettiva riguardo alla malattia, la sua memoria, comprensione e osservanza delle indicazioni terapeutiche vengono migliorate. Benché questo sistema sia stato ampiamente utilizzato negli ultimi due decenni esso non è esente da critiche. In particolare i critici di questo sistema sostengono che le categorie non riescono a cogliere tutte le questioni relative al contenuto, al contesto e al significato presenti nell'interazione medica e che questi aspetti sono stati sacrificati a favore di una visione generale

---

<sup>3</sup> L'analisi del processo interazionale sviluppata da Bales era stata elaborata per classificare il comportamento di ruolo in piccoli gruppi *task-oriented* in termini contrastivi tra comportamenti orientati al compito e categorie socio-emotive.

dell'incontro medico in cui l'interattività, - vale a dire la capacità di una parte di influenzare il comportamento dell'altra o di modificare il proprio comportamento in risposta all'altro - non vengono colti (Charon et al. 1994; Mishler 1994; Stiles 1989)<sup>4</sup>. È invece proprio sugli aspetti microanalitici, puntando in particolare l'attenzione sull'uso della lingua nell'interazione medica, che si sono basati altri due filoni di ricerca che verranno trattati di seguito: l'analisi del discorso e l'analisi della conversazione.

### *1.3 L'analisi del discorso: l'asimmetria nell'interazione medico-paziente*

Gli studi che qui verranno posti nell'ambito dell'analisi del discorso in realtà attingono, oltre che alla linguistica, alla sociologia e all'antropologia e sono volti a far emergere gli orientamenti personali, l'esperienza e la sensibilità individuali nonché gli obiettivi (sottostanti e/o manifesti) dei partecipanti all'interazione medica. Un certo numero di lavori condotti sull'interazione medico-paziente nella prospettiva dell'analisi del discorso si basano sul concetto che parlare costituisce un'azione sociale e cercano di capire quali azioni compiano i parlanti con le parole.

#### *1.3.1 L'intervista asimmetrica*

Il lavoro di Labov e Fanshel (1977) rappresenta uno dei primi studi microanalitici di un incontro terapeutico. Basandosi sul lavoro di Hymes (1962), gli autori considerano la sessione di terapia oggetto del loro studio un *evento linguistico* che rientra nella categoria delle interviste in cui una persona ottiene informazioni da un'altra persona. L'intervista terapeutica si compone a sua volta di *atti linguistici* quali richieste, sfide, ritiri. L'*atto linguistico* costituisce l'unità di analisi per poter studiare la natura interazionale del discorso. In linea con la visione di Goffman (1967; 1974) della conversazione come forma di interazione umana che avviene in una cornice sociale determinata, gli autori riconoscono l'importanza di definire la situazione in cui avviene un'interazione verbale prima di poter condurre qualsiasi indagine linguistica o di poter comprendere le regole che governano quell'attività discorsiva. Una sessione di terapia è un evento linguistico iniziato dal

---

<sup>4</sup> Citati in Heritage J. e D. W. Maynard (2006b).

paziente/cliente che cerca aiuto rivolgendosi ad un terapeuta il quale si presume sia in grado di fornire tale aiuto stimolando il paziente a parlare in modo da ottenere da lui/lei informazioni sul suo vissuto. Questa configurazione della situazione rende questa relazione intrinsecamente asimmetrica in quanto il paziente non è in grado di occuparsi di se stesso mentre il terapeuta non solo è autosufficiente, ma detiene anche una formazione che gli consente di aiutare gli altri. Una volta definita la situazione, gli autori procedono alla microanalisi dell'interazione. Benché si avvalgano anche del lavoro condotto da Sacks, Schlegoff e Jefferson (1974) sull'alternanza dei turni, Labov e Fanshel non concordano con la tendenza a limitare l'uso delle informazioni contestuali nell'analisi del parlato – uno dei principi fondamentali della ricerca condotta secondo l'analisi della conversazione – e sostengono che l'applicazione delle regole discorsive, inclusa quella relativa alla sequenzialità dei turni, dipende dalla conoscenza condivisa dei partecipanti riguardo alle loro abilità, diritti, obblighi e relazioni nell'ambito dell'organizzazione sociale. Le regole discorsive operano pertanto ad un livello più alto e astratto che non un turno o una sequenza di turni. Inoltre, poiché con le parole i parlanti compiono delle azioni e un enunciato può contenere più di una singola azione contemporaneamente, la conversazione non può essere vista come una sequenza di enunciati bensì come una matrice di enunciati ed azioni legati da una rete di comprensione di tali azioni e reazioni.

### *1.3.2 Diversità di frame nella relazione terapeutica*

Un altro importante studio che si concentra sugli aspetti linguistici e paralinguistici dell'incontro medico è quello di Tannen e Wallat (1983) relativo alle incomprensioni nell'interazione pediatrica. Il presupposto di base è che l'interazione è improntata a diversi, a volte contrastanti, *frames* (Goffman 1974) associati a *footing* distinti (Goffman 1981a) e distinguibili tramite l'uso di diversi registri linguistici. Un *frame* è una rappresentazione mentale dell'esperienza umana sulla base della quale gli individui detengono delle aspettative precise riguardo a cosa accadrà o non accadrà nel corso di un'interazione, nello specifico di un'incontro medico. Sulla base di queste aspettative ogni individuo adatta il proprio comportamento alle regole e agli obblighi relativi ad una data interazione: ad esempio il paziente risponderà alle domande poste dal medico. A livello macro i *frames* sono un prodotto della società e della cultura e il repertorio di *frames* di ciascun individuo

è influenzato dalla sua posizione sociale e dal suo vissuto individuale. Mentre la conversazione tra due persone è caratterizzata da una combinazione “libera” di *frames*, l’interazione verbale all’interno di un’istituzione sembra essere caratterizzata da un *macro-frame* determinato dal fine ultimo di quella determinata istituzione. In un contesto medico il fine riconosciuto è quello di determinare una diagnosi ed elaborare un piano di trattamento sulla base delle informazioni raccolte. All’interno di questo *frame* principale i partecipanti ad un’interazione possono attingere al loro repertorio di *frames*, ad esempio il pediatra può rivolgere delle battute al bambino/a per stabilire un rapporto. Tramite questi cambiamenti di *frame* (visibili attraverso i cambiamenti del tono di voce, di registro, eccetera) il pediatra può decidere di escludere, includere, o limitare la partecipazione e la comprensione del paziente generando anche delle incomprensioni.

### *1.3.3 I problemi di comunicazione nell’interazione medica*

Anche Shuy (1976; 1993) si è concentrato sui problemi di comunicazione in ambito medico. Nel suo studio ha individuato in particolare tre aree problematiche che possono generare difficoltà: l’uso del gergo medico, le differenze culturali e la struttura del discorso. La terminologia tecnica è stata individuata come una delle principali fonti di rottura nella comunicazione tra medico e paziente anche da altri autori (ad esempio, come vedremo in seguito da Mishler 1984) ma questa non costituisce il solo ostacolo ad una comunicazione efficace. Shuy ha riscontrato che l’appartenenza ad una comunità linguistica di minoranza (nello specifico i neri anglofoni che si esprimono con forme vernacolari) è correlato ad una minore attenzione al paziente in termini di tempi di attesa e di erogazione del servizio sanitario. Inoltre, nei confronti di tali pazienti i medici si esprimono impartendo istruzioni piuttosto che intavolando una consultazione e chiedendo la loro opinione. Ma è la struttura stessa del discorso che può costituire un ostacolo alla comunicazione. A differenza che nella conversazione “ordinaria”, in quella medica si riscontra uno squilibrio tra *topic introduction* e *topic response* in quanto la prima attività compete precipuamente ad uno dei parlanti, il medico che pone le domande, e l’altra al paziente che produce le risposte. Questo formato discorsivo non è quello a cui le persone sono abituate e quindi, proprio come i bambini quando cominciano ad andare a scuola, devono apprendere le regole per comunicare in questo *setting*. Ad esempio i pazienti

imparano che è il medico a regolare il flusso dei *topic* e che non devono interromperlo. Shuy sostiene che questi aspetti dell'interazione generano quantomeno ansia nei pazienti e possono interferire nella comunicazione sotto forma ad esempio di imprecisione nello scambio di informazioni. È pertanto nell'interesse dei medici rendere meno inquisitorio e più "ordinario" il formato del colloquio medico.

#### 1.3.4 Il dominio interazionale

Un altro autore che ha invocato un rapporto migliore tra medico e paziente è Mishler (1984). Concentrandosi sull'analisi dell'anamnesi, Mishler ha osservato che il medico e il paziente spesso perseguono agende diverse, se non addirittura confliggenti: il medico si concentra sulla valutazione biomedica del paziente e sulla formulazione del piano terapeutico, mentre l'agenda del paziente si concentra sui timori e le ansie personali e su altre circostanze della sua vita. Portando avanti la sua agenda, il medico sopprime le preoccupazioni del paziente anche se possono costituire una importante risorsa per una migliore comprensione del problema medico in discussione. Il meccanismo di soppressione della "voice of the lifeworld" del paziente risiede nella sequenza delle tre attività attraverso cui si svolge generalmente l'anamnesi del paziente:

Medico: Domanda sui sintomi

Paziente: Risposta

Medico: valutazione o *acknowledgment* e/o domanda successiva

Mishler ha osservato che questa sequenza interazionale, comune e data per scontata, è in realtà un meccanismo attraverso cui il medico controlla questioni importanti quali l'introduzione di argomenti particolari, l'entità della loro trattazione e l'estensione delle risposte del paziente. Questo dominio interazionale, alla base del discorso medico, è stato criticato in quanto promuove gli interessi e l'agenda del medico all'interno di un modello che si concentra esclusivamente sulla malattia intesa come patologia, invece di farsi carico delle preoccupazioni del paziente all'interno di un modello della malattia di tipo psico-sociale. A tal riguardo, Mishler (1984) ha formulato questo conflitto nell'opposizione tra *the voice of medicine* e *the voice of the lifeworld*, evidenziando la prevaricazione della



prima sulla seconda<sup>5</sup>. L'autore propone una tipologia di colloqui 'alternativi', nei quali il paziente viene esaminato nella sua complessità di individuo e il medico è maggiormente predisposto ad ascoltare *the voice of the lifeworld*<sup>6</sup>. In particolare Mishler raccomanda di introdurre nei colloqui medici le domande aperte per dare maggiormente voce ai pazienti, una spiegazione dell'agenda medica ai pazienti, l'uso degli stessi termini dei pazienti per favorire la comprensione e la partecipazione di questi ultimi e un maggiore ascolto delle descrizioni e delle spiegazioni dei pazienti riguardo alle loro condizioni di salute.

Altri studi si sono concentrati sulla sequenza di domande e risposte nell'incontro medico di routine in grande dettaglio. Secondo Ainsworth-Vaughn (2001), le domande sono un mezzo potente per stabilire e mantenere il dominio interazionale, in quanto consentono di mantenere il formato dell'incontro come un'intervista asimmetrica nella quale il ruolo del paziente è semplicemente quello di rispondere alle domande e la forma di queste ultime può ulteriormente limitare i contributi del paziente, soprattutto nel caso di una serie di domande ad alternative finite - quali "Le fa male sempre o solo quando dorme?" - che richiedono risposte sì/no o risposte brevi<sup>7</sup>.

In uno studio su 21 famiglie, West (1983) ha rilevato che solo il 9% delle domande vengono poste dai pazienti. Inoltre, mentre quasi tutte le domande dei medici ottengono una risposta, quelle dei pazienti vengono spesso ignorate. Sulla base di questi dati, West giunge alla conclusione che *l'ordine normativo* di un incontro medico è quello di un'intervista asimmetrica resa possibile proprio dall'organizzazione di sequenze di domande e risposte<sup>8</sup>. E Frankel ha osservato inoltre (1990) che gli incontri medici mostrano una netta dispreferenza per le domande iniziate dal paziente (solo l'1% di tutte le domande). Inoltre, analizzando le interruzioni nel corso di incontri medici sulla base delle trascrizioni di 21 interazioni (532 pagine) West (1984) ha mostrato che nel 67 per cento dei

---

<sup>5</sup> "There are occasions in medical interviews where the normal routine practice of clinical work appears to be disrupted. In order to understand both the routine, fluent course of the interview as well as its occasional disruption, a distinction will be introduced between the "voices" representing two different normative orders: "the voice of medicine" and the "voice of the lifeworld". Disruptions of the discourse during the interview appear to mark instances where the "voice of the lifeworld" interrupts the dominant "voice of medicine" (Mishler 1984:63).

<sup>6</sup> Questi concetti sono stati ripresi da Norman Fairclough (1992, 1995), uno dei maggiori esponenti della *critical discourse analysis*.

<sup>7</sup> Nell'incontro medico di routine, le domande chiuse sono due/tre volte più frequenti di quelle aperte (Roter e Hall 1992).

<sup>8</sup> La natura asimmetrica si manifesta anche nella distanza sociale tra gli interlocutori, nella dipendenza cognitiva del paziente dal medico (Cacciari 1983: 348) e spesso nell'assenza di un terzo turno, nel quale il medico valuta la risposta del paziente.

casi sono i medici ad interrompere i pazienti (che interrompono solo nel 33 per cento dei casi il medico) e che questa percentuale è rovesciata quando il medico è di sesso femminile: 32 per cento delle interruzioni sono prodotte dal medico e 68 per cento dai pazienti. West conclude che l'uso delle interruzioni da parte di medici di sesso maschile è una dimostrazione del dominio e del controllo che questi esercitano sui pazienti evidenziando un "primato" di genere.

Un altro strumento di controllo interazionale riguarda la *selezione delle risposte* fornite dal paziente. Costruendo un "domain of relevance" (Mishler 1984: 70) ed esercitando un'attività di "agenda policing"<sup>9</sup> (Fairclough 1992: 156-157), il medico stabilisce non solo quali sono gli argomenti rilevanti per l'interazione in corso, ma anche la loro pertinenza al *topic*, focalizzando l'attenzione sugli aspetti inerenti la situazione clinica del paziente<sup>10</sup>.

Tutti questi studi partono dall'idea di base che parlare sia un'attività sociale e che quindi sia il prodotto di fattori esterni all'interazione in corso che la condizionano e la vincolano quali il genere, l'appartenenza etnica, la classe sociale. Nel paragrafo seguente viene presentata una breve rassegna degli studi che invece, basandosi sull'analisi della conversazione, respingono l'idea che il parlato sia un prodotto delle strutture sociali e lo considerano invece un processo collaborativo.

#### *1.4. L'analisi della conversazione: la co-costruzione dell'interazione medica*

Moltissimi sono gli studi condotti sull'interazione medica da parte degli analisti della conversazione. L'idea fondamentale alla base di questo filone di ricerca è che all'interno di un'interazione verbale un enunciato viene compreso in funzione della posizione e del ruolo che esso svolge in una sequenza di azioni. È quindi l'analisi delle sequenze e della configurazione dei singoli turni all'interno di una sequenza di parlato che può aiutare a comprendere quali compiti e quali azioni vengano svolte dai parlanti nell'ambito di

---

<sup>9</sup> "Both explicit and implicit agendas are also 'policed' [...] [the powerful participant] keeps other participants to their agendas in various ways during interaction [...] a systematic evaluation of the utterances of others is a powerful way of policing agendas" (Fairclough 1992: 156-157).

<sup>10</sup> "[...] institutional incumbents (doctors, teachers, interviewers, family social workers, etc.) may strategically direct talk through such means as their capacity to change topics and their selective formulations, in their "next questions", of the salient points in the prior answers [...] In both ways, professionals may prevent particular issues becoming topics in their own right" (Drew e Heritage 1992: 49).

un'interazione. I tre livelli di analisi sono in realtà correlati: "Turn design is a feature of sequence organization, sequences are compiled into particular activities which, finally, compose the visit as a whole" (Heritage e Maynard 2006a: 13-14).

#### *1.4.1 Le fasi di un incontro medico*

Sulla base degli studi condotti da Byrne e Long (1976) e ten Have (1989), Heath (1992: 237) ha messo in evidenza le diverse fasi in cui è strutturato un incontro medico, l'organizzazione delle sequenze e il modo in cui il discorso crea e riflette una varietà dinamica di dimensioni contestuali. L'autore ha distinto le fasi di un incontro medico di routine nel modo seguente:

1. Apertura
2. Esposizione del motivo della visita
3. Svolgimento dell'esame fisico e/o verbale
4. Diagnosi
5. Prescrizione di farmaci o di ulteriori accertamenti
6. Chiusura

Ognuna di queste fasi è associata a sequenze interazionali particolari: convenevoli nelle fasi 1 e 6, domande e risposte nelle fasi 2 e 3, valutazioni e spiegazioni mediche nella fase 4 e istruzioni relative alla cura nella fase 5. Questa struttura è stata oggetto di analisi approfondite da parte di numerosi linguisti. Beckman e Frankel (1994) hanno riscontrato che i medici tendono ad interrompere il racconto del paziente nella fase 2 (*complaint phase*) dopo solo 18 secondi. In questo modo, i medici stabiliscono il dominio interazionale dell'incontro, arrivando a volte ad emarginare del tutto gli argomenti, le domande e le preoccupazioni del paziente (Rost e Frankel 1993).

#### *1.4.2 Dall'asimmetria ai contributi del paziente nell'incontro medico*

Una delle fasi dell'interazione medica che ha ricevuto particolare attenzione in letteratura è quella della diagnosi. È stato rilevato (ten Have 1993; Heath 1992) che mentre il medico formula la diagnosi con pause e altre caratteristiche che invitano una risposta del paziente, quest'ultimo, dal canto suo, risponde tipicamente con un silenzio oppure con un *acknowledgment token* (Schegloff 1982; Jefferson 1984) tipo *mhm mhm, sì*. In questo modo, le sequenze che si producono si configurano come una co-costruzione non solo

dell'autorità medica – con i pazienti che accettano la diagnosi senza metterla in discussione – ma anche della struttura stessa dell'incontro medico. Secondo Heath (1992), questa brevità co-costruita della fase della diagnosi fa sì che il paziente non riceva tutte le informazioni relative al suo stato di salute (cfr. anche ten Have 1993), il che rappresenta un altro problema dibattuto in letteratura (Roter e Hall 1992). Tuttavia, ciò non significa che il paziente non possa contestare la diagnosi, ma l'eventuale disaccordo viene espresso nelle due fasi successive, quando il medico prescrive la cura o nella fase di chiusura dell'incontro<sup>11</sup>. Heritage e Sefi (1992) hanno infatti notato che la fase di proposta terapeutica (5), diversamente dal momento dell'annuncio della diagnosi, generalmente riceve una qualche forma di *acknowledgement* da parte del paziente, spesso con espressioni di accettazione aperta. In realtà questa differenza nelle sequenze di queste due fasi è spiegabile anche in base al fatto che esse compiono azioni diverse e riconosciute tali dai partecipanti. La diagnosi viene prodotta e recepita come un'attività condotta da un esperto che è legittimato ad esercitare la professione medica e a rendere giudizi autorevoli sulla natura di una data condizione medica, mentre la fase delle indicazioni terapeutiche, essendo presentata sotto forma di proposte, viene considerata completa dal medico e dal paziente solo quando viene prodotto un segnale di accettazione. Questa differenza nella natura della fase diagnostica rispetto a quella dell'indicazione terapeutica offre possibilità diverse ai pazienti che vogliono resistere alla diagnosi o alle raccomandazioni terapeutiche (Stivers 2006). Le diagnosi considerate avverse dal paziente necessitano una resistenza *attiva* (ad esempio “Lei non crede che sia polmonite?”) mentre alle indicazioni di trattamento è possibile opporre una resistenza *passiva*, ad esempio non manifestando accettazione. Questa *acceptance withholding* può spingere il medico a fornire indicazioni o spiegazioni più dettagliate e anche ad alterare in tutto o in parte le indicazioni precedentemente esposte.

Sempre relativamente all'organizzazione delle sequenze di parlato nell'ambito dell'interazione medica, Maynard ha individuato in una serie di studi (1991a, 1991b, 1992, 1996) l'uso di *perspective display sequences (PDS)* tramite cui i clinici preparano i destinatari all'annuncio di diagnosi mediche negative. I pazienti vengono invitati, con una

---

<sup>11</sup> Il paziente può contestare la diagnosi anche riciclando il *topic*, ripetendo i sintomi, enfatizzando la gravità. Per un'analisi approfondita dei mezzi interazionali a disposizione del paziente cfr. Heath (1992).

pre-sequenza, a dare la propria visione del loro problema di salute prima che il medico presenti le sue conclusioni diagnostiche. Ad un primo sguardo queste pre-sequenze possono sembrare uno strumento di manipolazione del paziente: quale può essere il valore attribuito all'opinione di un profano in un contesto in cui sta per essere reso il giudizio professionale di un esperto? Ma Maynard ha dimostrato che, tra l'altro, le *PDS* facilitano la "previsione" dell'informazione, non solo preparando il paziente a ricevere una notizia difficile ma anche concorrendo a stabilire un ambiente interazionale favorevole in cui la prospettiva del paziente contribuisce a costruire uno scambio che si basi sull'accordo invece che sullo scontro. In pratica la prospettiva del paziente viene *co-implicata* nella presentazione della diagnosi. Se è vero che le *PDS* costituiscono un elemento di manipolazione a fini strategici della relazione tra il medico e il paziente, è anche vero però che questa manipolazione viene effettuata in modo benevolo nei confronti del paziente e produce spesso un effetto positivo sulla comprensione e l'accettazione della diagnosi da parte del paziente stesso.

#### 1.4.3 La costruzione collaborativa

Alcuni studi hanno analizzato la costruzione collaborativa nelle domande e nelle risposte, dimostrando che il medico e il paziente co-costruiscono il discorso della medicina all'interno dell'incontro<sup>12</sup>. Rispetto ad altri contesti istituzionali, la relazione medico-paziente si presta con più facilità a forme di negoziazione locale tra gli interlocutori in termini di "shape, form, trajectory, content or character" (Schegloff 1992: 111)<sup>13</sup>. I pazienti, infatti, ricorrono ad una varietà di dispositivi interazionali non solo per rispondere ad una domanda, ma anche per "answer more than the question" (Stivers e Heritage 2001), esprimendo preoccupazioni e introducendo argomenti a loro favorevoli. L'occorrenza di risposte spesso lunghe ed elaborate, oltre ad essere un modo per evitare la costrizione delle risposte sì/no, sembra suffragare le osservazioni di Linell e Luckmann (1991), secondo i quali in una conversazione istituzionale, anche l'*answerer* – al pari del *questioner* – può esercitare una *dominanza quantitativa* in termini di numero di parole e turni a disposizione. Questo non sta certamente ad indicare che non esiste o non venga riconosciuta dagli

---

<sup>12</sup> La co-costruzione del contesto è un tratto distintivo di tutti gli incontri istituzionali (cfr. Drew e Heritage 1992).

<sup>13</sup> Ciò vale anche per le interviste mediche 'alternative' esaminate da Fairclough (1992: 144–149).

studiosi di analisi della conversazione la presenza di un'asimmetria nell'interazione medica, ma che tale asimmetria viene prodotta o evitata a livello locale attraverso una serie di attività "concertate" (ten Have 1931: 139).

Nella fase di esposizione del motivo della visita (*chief complaint*) sono in realtà i pazienti a fornire ai medici il materiale su cui basare le domande successive. In sostanza sono il medico e il paziente insieme che contribuiscono ad avviare il formato interazionale che seguirà - composto di domande da parte del medico e risposte da parte del paziente - volto ad appurare la condizione clinica del paziente. Benché generalmente in questa fase il medico ha l'iniziativa delle domande ed il paziente si limita alle risposte, ten Have ha notato che in taluni casi il paziente non si attiene semplicemente ai fatti clinici ma assume un ruolo attivo di "teller of his or her own story" (1993:143) trasformando il suo ruolo da *respondent a informant*. Anche per quanto riguarda la dispreferenza nei confronti delle domande poste dai pazienti (Frankel 1990) ten Have ha riscontrato che i pazienti esprimono la loro ignoranza o i loro dubbi su aspetti medici anche se non lo fanno in forma di domanda. Anche se questi enunciati non creano una "rilevanza condizionale" per una risposta, in realtà contengono una richiesta di informazioni o di un parere esperto e rappresentano quindi una forma non esplicita di domanda. Uno studio recente condotto sui colloqui naturopatici (Cirillo 2005) ha dimostrato che in questa tipologia di interazione medica esiste una "interpenetrazione" tra la "voce della medicina" e la "voce della vita ordinaria". I medici lasciano spazio ai pazienti di esprimersi e essi stessi si esprimono con termini da profani, mentre i pazienti non solo padroneggiano il gergo medico ma conoscono la struttura dell'interazione medica e organizzano di conseguenza i loro contributi discorsivi.

### *1.5. Un approccio olistico all'interazione medica*

Nell'ambito degli studi sull'interazione medico-paziente, e degli incontri istituzionali in generale, è tuttora in atto un dibattito su come considerare il contesto (Drew e Heritage 1992; Sarangi e Roberts 1999). L'antropologo Malinovski (1923) è stato il primo a richiamare l'attenzione sul contesto di una data situazione, definendolo etnograficamente come l'ambito socioculturale più ampio che circonda gli eventi linguistici (Duranti e

Goodwin 1992). Attraverso il lavoro di Hymes (1972), Gumperz (1982) e altri sociolinguisti, questo approccio mira a scoprire e descrivere le complesse interconnessioni tra l'organizzazione del discorso e i contesti sociali e culturali più ampi, analizzando le sequenze discorsuali che riflettono il genere, l'etnicità, la classe, il potere e il prestigio di professioni e istituzioni (cfr. Johnstone 2000; Cameron 2001).

Un altro approccio, che come abbiamo visto si è rivelato estremamente produttivo negli studi sul discorso della medicina, definisce il contesto in una prospettiva etnometodologica, ovvero come azioni sociali che i partecipanti co-costruiscono localmente attraverso l'organizzazione dei turni in sequenze interazionali. Attraverso il lavoro di Garfinkel (1967), Goffman (1983), Schegloff (1992) e altri conversazionalisti, questo approccio mira a scoprire la gestione locale dell'ordine sociale e istituzionale, descrivendo l'orientamento dei partecipanti verso questo contesto locale, attraverso un'analisi minuziosa dell'alternanza dei turni, del disegno dei turni, delle scelte lessicali, dell'organizzazione sequenziale e strutturale, nonché dell'asimmetria e della responsabilità negli incontri professionali e istituzionali (cfr. Heritage 1997; ten Have 1991, 1999; Maynard 1991; Drew e Heritage 1992).

Entrambi gli approcci si basano su un'analisi attenta di parlato spontaneo e autentico (*naturally-occurring data*), ritenendo che il contesto (soprattutto negli incontri istituzionali) non solo si riflette *nel* discorso, ma viene anche creato *dal* discorso, in un continuo processo di aggiornamento<sup>14</sup>. Tuttavia, mentre l'approccio etnometodologico-conversazionalista pone l'accento sul *come*, l'approccio etnografico-*discourse analysis* si concentra maggiormente sul *perché*. In altre parole, il primo si focalizza sul contesto *nell'incontro* medico, prestando attenzione all'orientamento 'osservabile' dei partecipanti, mentre il secondo si focalizza sul contesto *dell'incontro* medico, prestando attenzione al contesto socioculturale della situazione<sup>15</sup>.

Al confine tra queste due impostazioni relativamente al contesto si trova la proposta di Sarangi e Roberts (1999) di una descrizione olistica dell'interazione medica che prenda in

---

<sup>14</sup> Da questo punto di vista, le azioni conversazionali vengono definite come "context-generator", "context-shaped" e "context-renewing". Su questi concetti cfr. Garfinkel (1967); Heritage & Greatbatch (1991: 94-95); Atkinson & Heritage (1984: 11).

<sup>15</sup> Entrambi gli approcci sono stati al centro di critiche e discussioni (cfr. ad es. Tracy 1998).

considerazione gli elementi più minuti ma cerchi di capirli tenendo conto dell'ordine sociale soprastante in seno al quale tali elementi interagiscono e che li lega e regola mentre re-inventa se stesso. Le autrici propongono una “thick description [that] reaches down to the level of fine-grained linguistic analysis and up and out to broader ethnographic description and wider political and ideological accounts” (Sarangi e Roberts 1999: 1). Questo appello per una prospettiva maggiormente orientata all'interdisciplinarietà è dettato anche dall'evoluzione continua dell'ambito medico-sanitario. Sia come scienza che come pratica, la medicina si trova in una fase nuova: dalla diagnosi e il trattamento l'attenzione si è via via spostata verso la prevenzione e più di recente verso la promozione della salute. L'onere del “buono stato di salute” è diventato una responsabilità dell'individuo. Questo passaggio dalla medicina paternalistica ad una medicina incentrata sul paziente, sulla sua autonomia, sul consenso informato e la condivisione delle decisioni, ha trasformato l'incontro medico-paziente in un “meeting between experts” (Tuckett et al. 1985). In questo contesto la comunicazione diventa una priorità nell'erogazione e nella gestione dei servizi sanitari nei singoli paesi. Ai medici viene richiesto di dar prova delle loro capacità comunicative oltre che della loro conoscenza clinica e scientifica. A fronte di questo passaggio ad un mentalità della comunicazione da parte della professione medica, Sarangi (2004: 5) auspica l'assunzione di una mentalità “olistica” da parte dei ricercatori:

Communication research needs to go beyond being a tool box of analysis to produce evidence-based findings, and to contribute to the institutional, socio-moral and psychological understanding of healthcare delivery and management.

### *1.6 Conclusioni*

Come abbiamo visto, l'interazione medica ha ricevuto una grande attenzione da parte delle scienze sociali. Il modo in cui è stata analizzata e descritta ha cambiato profondamente la visione di questa tipologia di attività umana. Tra i primi ad occuparsene è stato il sociologo Parsons che l'ha presentata come un sotto-sistema altamente predefinito dal sistema sociale di cui fa parte in termini di ruolo, autorità e status attribuiti al medico e al paziente. In seguito, l'analisi del discorso, spostando l'attenzione sulla comunicazione, ha dimostrato come l'interazione medica sia prevalentemente un'attività



linguistica che riflette il più ampio contesto sociale che la contiene in termini di dominio e asimmetria interazionale. Infine, l'analisi della conversazione ha posto l'accento sulla costruzione collaborativa dell'interazione medica ad opera dei partecipanti abbandonando l'idea di un contesto "contenitore" statico e immutabile e dimostrando che l'asimmetria emerge dalla costruzione e dalla gestione sia dei turni di parola sia delle sequenze da parte del medico e del paziente insieme. È in quest'ottica di negoziazione e costruzione dell'interazione a livello locale che verrà analizzato il ruolo dell'interprete negli incontri medici oggetto di questa ricerca, alla luce anche degli studi sull'interpretazione dialogica che sono stati prodotti a partire dagli anni '90 e che verranno brevemente presentati nel capitolo seguente.

## Capitolo 2

### I RUOLI DELL'INTERPRETE DIALOGICO: PRINCIPALI STUDI

A differenza che per l'interazione medica, che è stata studiata sulla base di dati reali già a partire dagli anni '70, la ricerca sull'interpretazione, sia di conferenza sia dialogica, ha iniziato a basarsi su *naturally occurring data* solo a partire dagli anni '90. Solo di recente si è pertanto cominciato a descrivere il ruolo dell'interprete così come viene assunto e definito nel corso dell'interazione in cui egli/ella è chiamato/a ad operare.

Questo capitolo presenta una rassegna sintetica dei principali studi che hanno contribuito a dimostrare la partecipazione attiva dell'interprete nelle interazioni dialogiche in cui è chiamato a mediare tra interlocutori che non condividono la stessa lingua. In seguito viene brevemente illustrato in quali forme questa partecipazione attiva si manifesti, come è emerso da molteplici ricerche condotte su dati reali tratti dai diversi contesti in cui si svolge l'interpretazione dialogica. Infine vengono descritte le principali differenze tra l'interpretazione di conferenza e l'interpretazione di comunità e vengono messi in rilievo alcuni aspetti problematici relativi ad alcune forme di partecipazione attiva dell'interprete.

#### 2.1 *La figura dell'interprete: macchina fonica o autore dei propri enunciati?*

La riflessione teorica sull'interpretazione intralinguistica, intesa come attività comunicativa di un individuo plurilingue al servizio di persone non (sufficientemente) capaci di usare una lingua naturale comune, è stata avviata alla fine degli anni '50. Gli autori delle prime ricerche in questo campo erano da un lato professionisti-docenti<sup>1</sup>, dall'altro linguisti, psicolinguisti e psicologi<sup>2</sup>. I primi studi di questi ultimi, per lo più di

---

<sup>1</sup> Si vedano ad es. Paneth (1957) e Seleskovitch (1965).

<sup>2</sup> Ad. es. Treisman (1965), Oléron e Nanpon (1965), Goldman-Eisler (1972), Gerver (1971). Sull'evoluzione della ricerca in interpretazione dagli esordi alla fine degli anni settanta si veda il lavoro di Falbo (2004).

tipo teorico, avevano come oggetto i processi linguistici e cognitivi in atto in particolare nell'interpretazione simultanea; solo in un secondo tempo si è invece passati a formulare ipotesi e modelli che potessero trovare anche applicazione nella didattica<sup>3</sup>. Le ricerche empiriche dei primi decenni erano tuttavia basate quasi sempre su esperimenti condotti in laboratorio con bilingui, interpreti professionisti e soprattutto con studenti, ed erano volte a individuare regolarità processuali o parametri per descrivere i fenomeni più svariati (dalle “strategie” agli errori)<sup>4</sup>.

I vari filoni di ricerca si sono comunque concentrati in massima parte sull'interpretazione di conferenza, trascurando altri settori in cui negli ultimi decenni si è andata intensificando notevolmente la richiesta di interpreti quali i media, il commercio e il mondo aziendale (trattativa) e le istituzioni (*community interpreting*, soprattutto in ambito legale e medico), o anche l'interpretazione da e verso una lingua dei segni. A questa carenza, lamentata già un decennio fa da Pöchhacker (1995), un'ampia attività di indagine sta ora iniziando a porre rimedio, tanto da consentire di parlare di un vero e proprio "cultural turn in interpreting studies" (Cronin 2002). A partire dagli anni Novanta, infatti, ha preso piede un approccio socio-linguistico e comunicativo basato sullo studio di dati tratti dalla pratica reale e non simulata dell'interpretazione adottato soprattutto da ricercatori non-interpreti<sup>5</sup>.

Un precedente contributo che ha attirato l'attenzione sulla figura dell'interprete è quello del socio-linguista Goffman (1981b/1987), che in uno studio sulla conferenza distingue tra i ruoli dei parlanti in particolare:

- *animator* (l'*animatore*) descritto anche come la macchina parlante che di fatto presta la sua voce, ma spesso funge solo da sostituto dell'autore;
- *author* (l'*autore*), cioè chi ha formulato e preparato gli enunciati che vengono prodotti;
- *principal* (il *mandante*), ovvero qualcuno che crede personalmente in ciò che si dice e assume la posizione implicata in ciò che viene detto.

---

<sup>3</sup> Ad es. Moser (1978), Stenzl (1983), Kohn e Kalina (1996) o Setton (1999); tra i manuali sulla didattica dell'interpretazione si vedano invece Min'jar-Beloručev (1959), Seleskovitch e Lederer (1989/2002), Matyssek (1989/2002), Gile (1995), Kautz (2000).

<sup>4</sup> Ad es. Barik (1969) e Wilss (1978). Lederer (1981) è invece tra le prime a studiare i dati di una conferenza reale, mentre Bühler (1986) dà l'avvio agli studi sulla percezione dell'utente mediante questionari.

<sup>5</sup> Per una rassegna dei principali filoni di ricerca in interpretazione si vedano Pöchhacker (2004) e, in forma più concisa, Mack (2004).

Questa prospettiva, che pone al centro la produzione e l'assunzione di responsabilità per un enunciato (nella sua lingua) "originale", di cui l'eventuale interpretazione non sarebbe che un'amplificazione e un'occorrenza fonica, è stata discussa e riformulata adottando una prospettiva diametralmente opposta da Wadensjö (1998). Nel suo studio sulle interazioni mediate dall'interprete in ambito medico e legale, condotto su dati raccolti sul campo, l'autrice ha evidenziato che, secondo le proprie finalità e in base alla funzione che svolge o che le è richiesto di svolgere in seno ad un evento comunicativo, qualsiasi persona attiva modalità di ascolto diverse e assume di conseguenza ruoli differenti rispetto ad un enunciato, proprio o altrui.

Nel corso di una lezione di lingua straniera, il docente può ad esempio chiedere allo studente di ripetere una frase o un'espressione. Per poterlo fare, lo studente si preoccuperà di ascoltare in modo da memorizzare esattamente tutte le singole parole che sente, ponendo meno attenzione sull'aspetto semantico dell'enunciato. Lo stesso tipo di ripetizione più o meno "meccanica" si può ritrovare anche in altri contesti formali quali l'aula del tribunale, ad esempio nella formula del giuramento che il testimone deve ripetere esattamente. Nella terminologia adottata da Wadensjö, in questo caso il ruolo di chi ascolta per ripetere (nella propria o in un'altra lingua) è quello di *reporter*.

Una seconda tipologia di ascolto è quella che può verificarsi nel corso di un seminario a cui un soggetto voglia partecipare attivamente mediante un suo intervento. In tal caso ci si dispone ad un ascolto che consenta in seguito di formulare domande, commenti o risposte pertinenti - la modalità più comune anche nella conversazione. Questo tipo di ascolto corrisponde al ruolo di *responder* e consente a chi lo pratica di prendere la parola, introducendo e producendo un proprio contenuto o estendendo, ampliando o precisando quanto ascoltato in precedenza.

Una terza tipologia di ascolto è quella di chi funge ad esempio da segretario in una riunione di lavoro e ne debba redigere un verbale o riferire il contenuto ad altri e che probabilmente non si limiterà a un ascolto attento, ma avvertirà la necessità di prendere degli appunti. In questo caso Wadensjö parla di *recapitulator*, ovvero di qualcuno che riepiloga quanto è stato detto, dando così voce a un oratore/parlante o a

un gruppo di oratori precedenti tramite un proprio riepilogo, riassunto o simili. Va precisato che ovviamente nessuna modalità di ascolto esclude completamente le altre; nell'ultimo caso tuttavia l'ascolto sarà con ogni probabilità proiettato, per così dire, in avanti, volto a fissare soprattutto quegli elementi che serviranno in seguito per produrre il riassunto o il verbale.

Riferendo questi ruoli alla prospettiva della produzione di un enunciato e riprendendo le categorie di Goffman, Wadensjö conclude che il ruolo di *reporter* implica la ripetizione di uno o più enunciati in qualità di *animatore*, ma non di autore o mandante; il ruolo di *responder* implica la ripresa di contenuti già espressi o anche l'introduzione di nuovi contenuti, e può pertanto essere di *animatore*, *autore* e *mandante* insieme; il ruolo di *recapitulator* infine implica la riproduzione di un enunciato o di contenuti già espressi e quindi di *animatore* e *autore*, ma non di mandante. Quello di *mandante* è e resta invece il ruolo esclusivo della persona che ha prodotto l'enunciato di cui si effettua la ricapitolazione (la quale non può che essere il risultato di un'interpretazione autonoma e almeno per certi versi soggettiva). Quest'ultimo ruolo è sicuramente il più vicino a quello dell'interprete nella sua pratica professionale, per lo meno quello di consecutiva o di comunità.

## 2.2 Il contributo degli studi sui dati reali

Al di là dall'aver promosso il ruolo dell'interprete da *macchina parlante* ad autore dei propri enunciati, il grande merito delle ricerche sull'interpretazione basate sull'osservazione di dati reali, in particolare nel campo dell'interpretazione dialogica, è quello di aver dimostrato che l'interprete non svolge unicamente il ruolo di mediatore linguistico, ma partecipa attivamente alla comunicazione in svariate forme. Studi specifici hanno infatti evidenziato tra l'altro che l'interprete:

- si introduce o pone come parte attiva dell'incontro in cui funge da mediatore, divenendone co-partecipante (Wadensjö 1998; Straniero Sergio 1999a; Roy 2000) e co-costruttore/trice di significato (Davidson 2002);

- fissa o contribuisce a fissare le regole per la comunicazione e controlla il flusso delle informazioni, assumendo un ruolo di coordinamento in seno all'interazione verbale (Wadensjö 1998; Roy 2000; Davidson 2001);
- negozia le ambiguità del discorso (Apfelbaum 1995);
- attenua divergenze e/o conflitti tra i partecipanti (Fogazzaro e Gavioli 2004) evitando di riprodurre la “rudeness” del discorso dei parlanti primari (Knapp-Pothoff 1992);
- si allinea con uno dei partecipanti (Wadensjö 1998; Metzger 1999);
- interviene sul registro del messaggio, spostandolo verso l'alto o verso il basso (Hale 1997; Krouglov 1999; Angelelli 2004);
- formula domande al paziente di sua iniziativa (Carta 2004; Merlini e Favaron 2005).

Studiando l'interprete nel *talk show* televisivo, Straniero Sergio ha messo in evidenza che la funzione dell'interprete non è unicamente quella della mediazione linguistica, e, al contempo, che di questa funzione l'interprete non detiene il monopolio:

“translation is not the exclusive right of the interpreter, but it is a (meta)discoursal activity, an interactional space open to all participants, who can at any time shift roles and temporarily act as competing mediators, they may bypass, question or even ridicule the interpreter in order to entertain the audience or themselves”

(Straniero Sergio 1999a: 316).

Fino a quando gli studi sui dati reali, peraltro quasi tutti molto recenti, non hanno messo in luce quanto avviene realmente nella pratica dell'interpretazione dialogica, i principi di deontologia professionale tradizionalmente enunciati per il comportamento degli interpreti negli incontri faccia a faccia – dal tribunale, alla trattativa commerciale, alle consultazioni mediche – sono stati sostanzialmente due, mutuati dall'ambito delle conferenze internazionali: fedeltà incondizionata al testo di partenza e definizione chiara del ruolo dell'interprete<sup>6</sup>. Generazioni di interpreti formati negli istituti universitari si sono così sentiti ripetere le norme di comportamento sancite dai vari codici delle associazioni professionali: l'interprete è

---

<sup>6</sup> Cfr. AIIC (2001). Per una discussione sulla non corrispondenza tra prescrizione e comportamento “in azione” degli interpreti nell'ambito del *talk show* si veda anche Katan e Straniero Sergio (2001).

un non-partecipante che deve essere il più possibile invisibile, non deve togliere o aggiungere nulla al voler-dire dei parlanti e deve mantenere una posizione di assoluta neutralità nei confronti dei partecipanti all'evento in seno al quale opera<sup>7</sup>.

In particolare la pratica dell'interpretazione forense negli Stati Uniti è sempre stata improntata al principio dell'invisibilità dell'interprete che non gode dello status di partecipante a pieno titolo come ha fatto notare Berk-Seligson (1990:54): "The American legal system would choose to have the court interpreter physically invisible and vocally silent, if that were at all possible". Nel processo giudiziario americano, l'interprete è tenuto a prendere la parola solo dopo e per conto degli altri partecipanti presenti in tribunale (i quali hanno invece legittimo diritto di prendere la parola) e da lui/lei ci si aspetta una traduzione *verbatim* di quanto detto dai parlanti. Berk-Seligson (1990) ha dimostrato quanto questo principio sia irrealizzato (e irrealizzabile) già per il semplice fatto che le parti in causa possono presentare opposizione alla traduzione dell'interprete e che i parlanti primari spesso si rivolgono direttamente all'interprete e non all'imputato o al giudice, per non menzionare l'ovvio fatto che la traduzione letterale di un enunciato può spesso ostacolare anziché favorire la comunicazione tra i parlanti (basti pensare alle espressioni idiomatiche o *culture-bound*).

Così come per lungo tempo i principi di comportamento etico in interpretazione sono stati quello dell'invisibilità dell'interprete e della fedeltà incondizionata al "testo" di partenza (e di conseguenza solo indirettamente al suo mandante o autore!), l'oggetto principale della ricerca sull'interpretazione è stata la conferenza, con l'attenzione puntata principalmente sul parlato dell'interprete e sugli elementi contestuali interni al suo discorso in lingua di arrivo. Ora le cose stanno cambiando. Anche nell'ambito degli studi sulla qualità si sta dando progressivamente più e più rilievo agli elementi esterni<sup>8</sup>. Lentamente anche qui il *focus* si sta spostando dall'interprete e dalla sua produzione al contesto della comunicazione mediata<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Per una riflessione sull'argomento, si veda Kopczynski (1998).

<sup>8</sup> Kalina (2005).

<sup>9</sup> Si veda ad esempio Viezzi (a cura di 1999) e Pöchhacker (2005); per una discussione del concetto di qualità in ambito pedagogico cfr. Straniero Sergio (1999b).

### 2.3 Interpretazione di conferenza e interpretazione di comunità a confronto

Le ricerche condotte su dati reali e l'osservazione degli interpreti "in azione" hanno avuto il merito di spostare l'attenzione sulle variabili legate all'interazione e alla situazione che entrano in gioco e determinano l'atto interpretativo. Questo tipo di studi ha messo in luce l'esigenza di far riferimento a un modello etnografico quale strumento per una comprensione più approfondita della comunicazione mediata dall'interprete<sup>10</sup>.

Poiché l'atto interpretativo non è costituito semplicemente da un trasferimento di parole da un codice ad un altro attraverso un "condotto" neutro e inerte<sup>11</sup> - la comunicazione non è fatta solo di parole o segni, e l'interprete non è un *relais* meccanico o una lastra di vetro trasparente - per comprendere a fondo il suo operato e per valutare se e come contribuisca a realizzare gli obiettivi dei partecipanti primari della comunicazione mediata nelle varie situazioni e nei vari contesti, dall'osservazione non si possono escludere tutte le altre componenti rilevanti:

Communication involves intention, context, form, gist, gesture, tone, relations of power, etc. The various and wide ranging components of different situations where interpretation takes place make very different demands of the interpreter .

(Angelelli 2000: 580).

Mettendo a confronto l'interpretazione di comunità e quella di conferenza, una prima differenza riguarda l'ambiente, inteso come quadro culturale entro cui si colloca una situazione comunicativa e linguistica. Nel *community interpreting* l'ambiente in genere non è comune a tutti i partecipanti, nel senso che non appartengono tutti allo stesso gruppo/ambito sociale (ad esempio medico e paziente, o immigrato e funzionario dell'ufficio immigrazione). Questo è invece il caso prevalente nell'interpretazione di conferenza, utilizzata per lo più in eventi che riuniscono persone con status in qualche modo paritetico e con interessi e conoscenze almeno tendenzialmente omogenei, a prescindere dalle lingue parlate dai singoli individui.

---

<sup>10</sup> Ad esempio Angelelli (2000) e Mack (2000) hanno applicato il modello di Hymes per mettere a confronto rispettivamente interpretazione di conferenza e di comunità e interpretazione di conferenza e in televisione.

<sup>11</sup> Per una rassegna sulle diverse metafore usate per descrivere l'interprete si veda Roy (1993) .



Una seconda differenza riguarda l'appartenenza a una stessa comunità linguistica. Nell'interpretazione di comunità, l'interprete potrebbe non conoscere le specificità del linguaggio usato da uno dei partecipanti - ad esempio del medico all'interno di un'istituzione sanitaria o di un funzionario all'interno di un organismo amministrativo - ma il contatto diretto con tutti i partecipanti gli/le consente di negoziare i significati o anche di sollecitare esplicitamente dei chiarimenti in prima persona. Nell'ambito della conferenza accade invece di frequente che parlanti e riceventi, a prescindere dalle lingue parlate dai singoli, appartengono alla stessa comunità professionale (sono tutti ortopedici o tutti membri di una stessa azienda multinazionale, anche se provenienti da diversi paesi, con il loro gergo specialistico o aziendale), a differenza dall'interprete (soprattutto se *free-lance*), che inoltre ha scarsissime possibilità di negoziare il significato o di chiedere chiarimenti poiché il suo accesso all'interazione avviene in modalità per così dire "remota", vale a dire tramite il suono che arriva in cabina e la visione, non sempre totale, di quello che avviene nella sala della conferenza.

Una terza importante differenza tra interpretazione di comunità e di conferenza riguarda il registro del messaggio. L'interprete di comunità può non conoscere il modo di esprimersi dei membri di entrambe le comunità tra cui è chiamato a mediare. Ma anche se non sapesse come un medico si rivolge di solito ai suoi pazienti, nel corso dell'atto interpretativo ha comunque la possibilità di scoprire le competenze linguistiche del partecipante di cui non conosce linguaggio e registro e, come già si diceva prima, può negoziare il significato degli enunciati o chiedere chiarimenti. L'interprete di conferenza, che in genere non appartiene alla stessa comunità linguistica né dei parlanti né degli ascoltatori (o non appartiene soltanto a una di queste), può invece essere considerato quasi sempre un "ospite temporaneo" della comunità di parlanti riunita in una conferenza, e presumibilmente avrà un accesso più facile al contenuto, su cui può documentarsi, che non al registro.

Un'altra fondamentale differenza tra l'interpretazione di comunità e quella di conferenza riguarda i ruoli assunti dai partecipanti rispetto ad un messaggio. Data l'interazione costante, nell'interpretazione faccia a faccia i ruoli di parlante ed ascoltatore spesso si scambiano e l'interprete quasi automaticamente si trova a

(co)gestire il flusso del parlante di turno; in caso di necessità può interrompere un parlante per prendere la parola o anche negoziare il significato. Nell'ambito di una conferenza, invece, il formato del discorso è quasi sempre monologico e uno scambio dei ruoli tra parlante e ricevente avviene in genere soltanto durante un eventuale dibattito (che si svolge tra i partecipanti presenti in sala e non coinvolge l'interprete se non in termini traduttivi) il quale costituisce in pratica l'unico momento in cui l'interprete può ricevere un *feedback* diretto da parte dei suoi ascoltatori. Al di fuori di questi rari momenti, l'interprete traduce un parlante alla volta di cui controlla solo limitatamente ritmo, velocità e tempo di parola, mentre il pubblico ascolta in silenzio. Questo formato prevalentemente monologico dei discorsi nell'ambito della conferenza dà luogo anche ad un'altra differenza relativa alla posizione di dipendenza/indipendenza dall'interprete da parte dei partecipanti primari. Nel corso di un incontro faccia-a-faccia i partecipanti dipendono dalla traduzione dell'interprete affinché l'interazione proceda, nel caso di un discorso monologico, in teoria, un oratore può proseguire a parlare a prescindere dalla resa traduttiva dell'interprete dato che la traduzione è effettuata solo a beneficio del pubblico che, come si è detto, resta in silenzio.

Se è vero che a differenza dell'interprete di conferenza l'interprete di comunità può intervenire per regolare il flusso dell'eloquio dei parlanti, va anche detto che può trovarsi spesso in situazione di sovrapposizione dei turni di parola o di competizione per la presa di turno, come riscontrato da Davidson (2002) studiando incontri medico-paziente e medico-paziente-familiari in un ospedale statunitense. L'autore, come si vedrà più dettagliatamente in seguito (capitolo 5), ha adattato alla conversazione mediata da interpreti il modello della conversazione naturale spontanea che prevede una sequenza di turni tra i parlanti, contemplando anche la possibilità di uno scambio tra l'interprete in prima persona e uno dei parlanti *prima* che l'interprete proceda alla traduzione del turno precedente.

Questa applicazione del modello conversazionale agli incontri mediati dall'interprete è rivelatrice non solo perché sancisce ancora più chiaramente lo status di partecipante primario ratificato e attivo dell'interprete, ma anche perché illustra chiaramente che l'interprete concorre alla costruzione del *common ground* tra tutti gli

interlocutori in un processo interazionale dinamico, diversamente da quanto avviene nella conferenza. È infatti nel corso di questi scambi per così dire "privati" tra parlanti e interprete che il contenuto del messaggio successivamente tradotto viene negoziato e inserito nel contesto discorsivo. D'altra parte, se così non fosse - se cioè non agisse da partecipante attivo - l'interprete si troverebbe nella posizione di semplice *overhearer* (seppure ratificato), ruolo che, come ha evidenziato Clark (1989), può condurre ad una comprensione decrescente di quanto viene detto man mano che il discorso procede.

#### 2.4 *L'interprete nell'incontro medico-paziente*

Benché, come si è detto, gli studi sull'interpretazione dialogica mediata dall'interprete basati su *naturally-occurring data* abbiano preso piede solo di recente, l'ambito medico-sanitario è sicuramente tra quelli maggiormente esplorati. Le numerose ricerche condotte finora in questo campo hanno messo a fuoco alcune aree tematiche tra cui: *ruoli, responsabilità, coinvolgimento e formazione professionale* dell'interprete.

##### 2.4.1 *I ruoli*

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, la partecipazione attiva dell'interprete si manifesta in varie forme. Alcuni studi hanno preso in considerazione il contesto e i valori socio-culturali in cui l'interprete agisce per mettere in rilievo che esiste una molteplicità di ruoli che l'interprete assume alternativamente nel corso di un'interazione. Jalbert (1998) ha proposto una classificazione di questi ruoli sulla base del lavoro svolto da vari autori sulle interazioni mediche mediate da un interprete (Kaufert 1990; Kaufert & Koolage 1984; Kaufert & Putsch 1997; Kaufert et al. 1998):

1. Traduttore. Assumendo questo ruolo l'interprete minimizza quanto più è possibile la propria presenza limitandosi a facilitare il processo comunicativo senza interferire con quanto espresso dai parlanti primari.
2. Informatore culturale. È il caso in cui l'interprete assiste/aiuta l'operatore sanitario a comprendere meglio il paziente. Assumendo questo ruolo l'interprete si avvale della propria conoscenza riguardo ai valori e alle norme culturali.
3. Mediatore culturale o *cultural broker*. L'interprete agisce non solo da informatore culturale ma anche da negoziatore tra due sistemi confliggenti di valori fornendo spiegazioni, ampliando o riassumendo quello che i parlanti dicono per aiutarli a giungere alla condivisione di un modello significativo di assistenza sanitaria, di comportamento o altro.
4. Difensore (*Advocate*). In situazione di conflitto di valori, l'interprete può scegliere di difendere il paziente nei confronti dell'istituzione.
5. Professionista bilingue. L'interprete assume il ruolo di professionista sanitario conducendo l'incontro nella lingua del paziente e riferendo in un secondo tempo al medico. L'assunzione di questo ruolo è possibile quando l'interprete è formato in materia sanitaria oppure conosce bene le pratiche e la routine dell'istituzione sanitaria per cui lavora.

In un recente studio condotto su un ambulatorio di prevenzione pediatrica in Svizzera, Leanza (2005) ha riscontrato altri due ruoli svolti dagli interpreti nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie: quello di *welcomer* e quello di *family support*. Nel corso delle interviste con gli interpreti che hanno partecipato allo studio è emerso che essi vedono il proprio ruolo anche come una funzione di accoglienza sostenendo che la loro presenza infonde sicurezza nei pazienti e nelle loro famiglie che devono affrontare un ambiente a loro estraneo. I pazienti e le famiglie, dal canto loro, hanno affermato di sentirsi meglio accetti in un'istituzione in cui sono presenti persone (nella fattispecie gli interpreti) appartenenti alla loro stessa comunità (albanese e tamil). Per quanto attiene al secondo ruolo, il supporto alla famiglia al di fuori dell'ospedale, questo è stato riconosciuto non solo da interpreti e famiglie dei pazienti ma anche dai medici. Entrambi i ruoli, secondo l'autore, contribuiscono

all'integrazione sociale prima e dopo la visita medica. L'analisi di questi consulti pediatrici ha messo in luce che in realtà gli interpreti non hanno mai svolto il ruolo di mediatori né di difensori ed hanno agito in base ad un principio di "neutralità" che, per Leanza (2005: 184) "is based on the tacit agreement between the interpreter, on the one hand, and the professional and the institution, on the other – and it serves the dominant discourse". Sulla base di come l'interprete affronta e gestisce le differenze culturali, l'autore propone una diversa classificazione dei ruoli in: *agente del sistema*, *agente della comunità*, *agente dell'integrazione* e *agente linguistico*. Nell'assumere il primo ruolo, l'interprete trasmette il discorso, le norme e i valori dominanti al paziente cancellando le differenze culturali e tendendo all'assimilazione anziché all'integrazione. Il secondo ruolo è diametralmente opposto: sono i valori e le norme della minoranza ad esser presentati come ugualmente validi a quelli dominanti con un conseguente riconoscimento delle differenze culturali. Il ruolo di *agente dell'integrazione* indica invece l'aiuto dato dagli interpreti ai soggetti appartenenti ad una minoranza culturale nel comprendere e negoziare i significati e nel trovare dei comportamenti che tengano conto della compresenza di due culture. Infine, in qualità di *agente linguistico*, l'interprete cerca di mantenere una posizione di imparzialità (per quanto possibile) agendo solo sul linguaggio ma non sull'oggetto dell'interazione.

#### 2.4.2 Le responsabilità

La definizione di una molteplicità di ruoli attivi svolti dall'interprete nell'incontro medico va di pari passo con l'individuazione di tutta una serie di responsabilità conseguenti a quei ruoli o che l'interprete può, consapevolmente o inconsapevolmente scegliere di assumersi. Nel capitolo precedente si è accennato alla possibilità che ha il medico di esprimersi tramite *the voice of medicine* e *the voice of the lifeworld*, vale a dire di operare una semplificazione dei termini medici<sup>14</sup> e/o di trasporre il linguaggio comune usato dal paziente – "the world of common experience" (Mishler 1984) – in linguaggio scientifico. In un incontro bilingue,

---

<sup>14</sup> Secondo Adelswärd e Sachs (1998), uno degli strumenti di analisi principali del discorso istituzionale è la strategia della *formulazione* che serve a parafrasare le informazioni tecniche per renderle comprensibili.

queste decisioni non spettano più solo al medico, o meglio, l'esito di queste scelte interazionali dipende anche dal comportamento dell'interprete<sup>15</sup>.

La responsabilità dell'interprete si manifesta altresì nell'alternanza dei turni, ovvero nella gestione delle domande e delle risposte dei parlanti primari. Al riguardo, di particolare interesse sono le occorrenze di turni interrotti, sovrapposti, turni esclusi dalla resa traduttiva e, soprattutto, la produzione di turni autonomi dell'interprete (cfr. cap. 4 e 5). E infine la responsabilità emerge anche dall'analisi del suo comportamento specificatamente traduttivo, misurato secondo le classiche categorie dell'errore semantico (alterazione del significato), dell'omissione (perdita d'informazione) e dell'aggiunta. Quest'ultima non consiste solo nella semplice introduzione di materiale sintattico o lessicale (spesso reso necessario dalla coppia di lingue in questione), ma anche in una serie di scelte (ampiamente documentate in letteratura), attraverso le quali l'interprete interviene per spiegare, chiarire, esplicitare il discorso originale, soprattutto quando ritiene che gli enunciati del medico siano potenzialmente ambigui o poco accessibili al paziente.

#### 2.4.3 *Il coinvolgimento*

Strettamente legato alla responsabilità è l'aspetto del coinvolgimento che si manifesta anche attraverso il posizionamento dell'interprete nei confronti dei suoi interlocutori (e/o il posizionamento che gli viene attribuito da questi ultimi) e i modi attraverso i quali viene mantenuta o alterata la relazione asimmetrica sottostante l'incontro medico-paziente. Ad esempio, nella fase relativa all'esame fisico e/o verbale nel corso della visita (cfr. capitolo 1) l'interprete può assumere il ruolo di *advocate* e agire "as a guide and counsellor as well as a power broker working in favour of his 'underprivileged' client" (Roberts 1997: 13), oppure, condividendo *the voice of the medicine* del medico, l'interprete può allinearsi all'orientamento di quest'ultimo nel sollecitare una descrizione 'obiettiva' e 'decontestualizzata' dei sintomi del paziente (Bolden 2000).

---

<sup>15</sup> Merlini & Favaron (2005) usano il termine "the voice of interpreting" per indicare il ruolo di questa terza voce che entra nello scambio dialogico tra il medico e il paziente.

Altro elemento che può denotare il coinvolgimento dell'interprete è il ricorso a strategie di *face saving* attraverso le quali l'interprete prende le distanze dai propri enunciati e/o da quelli proferiti dai parlanti primari. Il concetto di "faccia" riguarda il senso di identità di ciascuno, l'immagine di se stessi che si vuole proiettare nel corso di un'interazione. Secondo la definizione di Goffman (1963:5) la faccia è: "the personal social value a person effectively claims for himself by the line others assume he has taken during a particular contact". Temendo l'attribuzione di un enunciato di uno dei partecipanti a se stesso, l'interprete può decidere ad esempio di utilizzare la terza persona e il discorso indiretto per evitare che un'espressione che egli/ella percepisce come minaccia alla sua faccia non gli/le venga attribuita (ad esempio "la dottoressa dice di distendersi") come si vedrà nel capitolo 6. Questa decisione di affrancarsi dalla paternità di un enunciato può generare una maggiore distanza tra il medico e il paziente. Per contro, l'uso della prima persona, creando l'illusione di un rapporto diretto, può avere l'effetto di rafforzare la relazione tra i due parlanti primari e di ridurre la possibilità che il medico o il paziente inizino una conversazione diretta con l'interprete.

#### *1.4.4 Necessità di formazione*

La scelta di ricorrere alla terza persona menzionata sopra è stata osservata anche negli studi condotti su incontri medici mediati da un "interprete naturale" (Harris 1977) o da "untrained language switchers" (Knapp & Knapp-Potthoff 1987) che operano in contesti medico-sanitari (Knapp & Knapp-Potthoff 1986,1987; Cambridge 1999; Pöchhacker & Kadric 1999; Elderkin-Thompson et al. 2001). Queste analisi hanno inoltre messo in luce che gli interpreti non professionisti tendono a fornire le informazioni cliniche *che il medico si aspetta* con la conseguenza che ad essere tradotti sono soprattutto gli enunciati del medico e non quelli del paziente. L'osservazione dell'agire, traduttivo e non, di soggetti non specificamente formati per la funzione di mediazione ha messo in risalto l'esigenza di sviluppare un'adeguata formazione professionale per gli interpreti di comunità che

tenga conto degli elementi evidenziati dalle ricerche sui dati reali<sup>16</sup>. In particolare Tebble ha messo in evidenza che

The ways in which the physician and patient negotiate their meanings, express their attitudes, judgements and appreciation, and build up a level of solidarity are all linguistic strategies that medical interpreters need to identify and relay if they are to meet the ethic of relaying what is said by each participant in the consultation.

(1999: 187)

L'interprete non deve limitarsi a riprodurre il contenuto proposizionale (*cosa* dicono i partecipanti primari) ma anche il *tenor* del discorso, ovvero il registro e lo stile attraverso i quali medico e paziente possono costruire una relazione interpersonale anche in termini di vicinanza, solidarietà, affettività.

La conclusione che si può trarre è che sembra ormai esserci un consenso diffuso tra gli studiosi riguardo all'idea che "just interpreting" (Niska 1995) non sia sufficiente per far progredire l'interazione tra il medico e il paziente e la consapevolezza che "translation is not enough" (Haffner 1992) ha portato utenti ed erogatori di *community interpreting services* a formulare direttive e *standard* per gli interpreti che operano nel settore sanitario. come quelle riportate da Roberts (1997), in base alle quali agli interpreti viene chiesto, ad esempio, di fornire *background information*, spiegare differenze culturali o astenersi dal compiere azioni culturalmente inappropriate: tutte attività che, come si vede, travalicano il ruolo tradizionalmente attribuito all'interprete<sup>17</sup> (cfr. paragrafo 2.2).

## 2.5 Luci e ombre sul ruolo dell'interprete dialogico

Il ruolo di partecipante attivo dell'interprete negli incontri faccia a faccia è confermato anche dalla constatazione che taluni turni dei parlanti *non* vengono

---

<sup>16</sup> In Italia è attualmente in atto un dibattito non solo sui requisiti formativi dell'interprete dialogico (cfr. tra gli altri Zorzi di prossima pubblicazione; Tomassini e Nicolini 2005; Rudvin 2006; Ballardini 2006) ma anche sulla definizione di questa figura professionale (si veda ad esempio Mack 2005 e Merlini 2005) e non è un caso che l'ultima edizione della conferenza Critical Link (Stoccolma 20-23 maggio 2004) recava il titolo "Professionalisation of interpreting in the community".

<sup>17</sup> Nei California Standards for Healthcare Interpreters (2002) ad esempio, tra i ruoli assegnati all'interprete oltre ai ruoli di *message clarifier*, *message converter* e *cultural clarifier* è previsto anche quello di *patient advocate*.



tradotti (Wadensjö 1998, Cencini 2000, Davidson 2001). Queste scelte traduttive non sono necessariamente negative se non tolgono spazio ai parlanti primari e non compromettono la comunicazione. In taluni casi, però si è visto che queste decisioni favoriscono l'agenda dell'istituzione in seno a cui l'interprete opera a danno dell'utente di tale istituzione. Ad esempio, dallo studio di Davidson (2001) di incontri medici mediati dall'interprete tra medici americani di madre lingua inglese e pazienti di origine ispanica e di lingua spagnola, emerge chiaramente che la non traduzione di domande nel corso degli incontri segue un *pattern* ben preciso: le domande non tradotte sono sempre domande rivolte dai pazienti al medico riguardo allo loro salute. Il motivo che induce gli interpreti (pagati e formati dall'ospedale) a "censurare" proprio questo tipo di enunciati sembra essere l'esigenza di economizzare il tempo, evitando di tradurre "divagazioni" da parte dei pazienti. Una ricaduta sociale di tale prassi è la diffusa opinione nei medici dell'ospedale che i pazienti ispanici (che incontrano i medici sempre in presenza dell'interprete) siano meno interessati allo loro salute dei cittadini americani di altre origini.

Allo stesso modo la partecipazione attiva, intesa come produzione di iniziative discorsive autonome dell'interprete, può andare a vantaggio del paziente qualora l'interprete assuma il ruolo di *patient advocate* ma può avere una ricaduta negativa qualora l'interprete prenda iniziative autonome che possono fuorviare il processo diagnostico. Uno studio condotto presso il Medical Center di Boston (Flores et al. 2003) ha monitorato (nell'arco di 7 mesi), 13 incontri tra medici, pazienti non anglofoni e interpreti. In 6 casi gli interpreti erano professionisti, il resto erano infermieri, parenti e assistenti sociali. In 13 incontri audioregistrati (474 pagine di trascrizioni) sono stati riscontrati 396 errori con una media di 31 errori per incontro. Gli autori affermano che oltre il 60% degli errori poteva avere conseguenze cliniche e che sono gli interpreti non professionisti ad avere maggiori probabilità di commettere errori che possono causare gravi problemi al paziente (ma anche gli interpreti professionisti non ne sono esenti). Gli errori più frequenti sono:

OMISSION (52%)	→	l'interprete omette un'informazione importante
FALSE FLUENCY (16%)	→	l'interprete usa parole o frasi che non esistono in una data lingua <sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Il 73% degli errori che rientrano in questa categoria riguarda l'uso corretto della terminologia medica.

SUBSTITUTION (13%):	→	l'interprete sostituisce una parola o una frase con un'altra parola o frase con un significato diverso
EDITORIALIZATION (10%)	→	l'interprete aggiunge la propria opinione
ADDITION (8%):	→	l'interprete aggiunge una parola o una frase

Le ultime due categorie di errore riguardano la produzione discorsiva autonoma dell'interprete e sollevano l'interrogativo riguardo ai limiti entro i quali l'interprete dovrebbe esercitare un ruolo assimilabile a quello di "powerful participant" (Fairclough 1992: 153), specie nei confronti dei pazienti.

## 2.6 Conclusioni

Benché, come si è visto, la ricerca sull'interpretazione dialogica abbia preso slancio solo di recente, questo campo di indagine è ormai emerso come chiaramente differenziato da quello dell'interpretazione di conferenza. Basandosi sui *naturally-occurring data*, gli studi sull'interpretazione di comunità hanno dimostrato la molteplicità dei ruoli assunti dall'interprete in seno alle interazioni a cui partecipa. I primi studiosi che hanno esplorato l'interazione mediata dall'interprete hanno avuto anche il merito di individuare e mettere a punto gli strumenti e le metodologie più adatte alle finalità dei loro studi. Tra questi, i principali approcci adottati sono stati: l'analisi del discorso, l'etno-metodologia e l'analisi della conversazione.

Questo studio di caso si inserisce nell'ambito delle ricerche sull'interpretazione di incontri medici basati su dati reali e che utilizzano alcuni strumenti tratti dall'analisi della conversazione. La procedura di raccolta, selezione e trascrizione dei dati e gli strumenti di analisi utilizzati sono presentati in dettaglio nel capitolo seguente.



## Capitolo 3

### I DATI DELLO STUDIO E GLI STRUMENTI DI ANALISI

#### 3.1 Lavorare sui dati reali

Questa ricerca si basa su conversazioni videoregistrate e trascritte e, in particolare, su tre incontri medici della durata di 14'29'' (incontro 1), 29'44'' (incontro 2) e 26'39'' (incontro 3). La durata totale dei dati esaminati in questo lavoro è di circa 1 ora e 10 minuti.

Come è stato evidenziato nel capitolo 2, gli studi sull'interpretazione dialogica (e più in generale quelli sulla traduzione orale) hanno iniziato solo molto recentemente a occuparsi di analisi empiriche, basate su dati. Questo è dovuto a una serie di motivazioni, alcune di carattere più generale legate all'analisi della lingua orale, alcune più direttamente collegate agli studi sull'interpretazione. Fra le motivazioni generali, vale la pena ricordare che la raccolta dei dati orali, diversamente da quelli scritti, comporta una difficoltà di reperibilità molto maggiore. Mentre lo scritto viene, di norma, prodotto in forma permanente e analizzabile, il parlato deve essere innanzitutto "catturato" e reso ripetibile, quindi studiabile, attraverso una registrazione e una trascrizione. Inoltre sia la procedura di registrazione che quella di trascrizione comportano alcuni problemi metodologico-teorici. In primo luogo, la registrazione comporta la presenza di un audio o videoregistratore e, spesso, di un analista che lo opera. Tale presenza è una "presenza in più" nell'interazione e può pertanto influire sull'interazione stessa, alterandola. Labov (1972) e Svartvik e Quirk (1980) si riferiscono a questo fenomeno come "paradosso dell'osservatore", dove l'accesso all'osservazione del dato empirico può di per sé alterare e quindi rendere inosservabile il dato empirico stesso. In secondo luogo, è molto difficile registrare incontri *ad hoc*: la registrazione di un certo numero di ore o minuti di parlato può non corrispondere allo stesso numero di ore e minuti di dati analizzabili e la differenza può essere notevole. Per esempio, è difficile prevedere dove avrà inizio una interazione medico-interprete-

paziente e una conversazione iniziata fra interprete e paziente, a due, può “scivolare” senza pause significative o un netto stacco in una conversazione a tre. È quindi necessario raccogliere molte ore di registrazione per avere una certa garanzia rispetto alla relativa completezza delle interazioni registrate. Raccogliendo conversazioni di servizio in librerie in Inghilterra e in Italia, inoltre, Gavioli e Mansfield (1990) notano che una grande quantità di tempo di registrazione non ha, in effetti, a che fare con incontri di servizio con i clienti e si tratta invece di parlato fra commessi, che va quindi escluso, o fra commessi e amici-clienti, che pone un problema di ridefinizione del tipo di interazione ricercata e da studiare. Per questi motivi, oltre a quelli più ovvi legati alla qualità delle registrazioni e alla loro effettiva trascrivibilità, la raccolta di testo parlato non può che essere molto più ampia di quelle che saranno le interazioni studiabili (vedi anche Edwards 1992).

Anche la trascrizione dei dati rappresenta ancora un ostacolo nello studio della lingua parlata. Nonostante, infatti, negli studi linguistici sia ormai ampiamente diffusa e condivisa l’opportunità di mettere insieme raccolte di “produzione linguistica” che siano studiabili nei loro aspetti idiomatici oltre che strutturali-grammaticali (con riferimento alla ricerca sui *corpora* elettronici, cfr. Sinclair 1991), tali *corpora* normalmente raccolgono una percentuale di parlato molto inferiore allo scritto. Nel British National Corpus, un corpus di inglese britannico considerato rappresentativo della lingua inglese, i testi orali trascritti rappresentano solo il 10% dell’intero corpus (Aston e Burnard 1998).

A queste difficoltà di ordine più generale e che riguardano la studiabilità del parlato, si aggiungono quelle relative all’evento mediato dall’interprete. Le difficoltà a reperire materiale relativo ad incontri mediati dagli interpreti sono forse anche maggiori che per il parlato spontaneo, dato che spesso gli interpreti operano in contesti istituzionali ai quali è difficile accedere se non come operatore o utente e che non sempre sono disponibili ad accettare la presenza di un osservatore e di dispositivi di registrazione o videoregistrazione. Anche quando una videoregistrazione venga concessa, essa può essere sottoposta a vincoli molto restrittivi, ad esempio nessuno può visionarla al di fuori del ricercatore, oppure i dati devono essere resi anonimi e in

nessun modo riconducibili all'istituzione presso cui è stato raccolto il materiale audio o video.

Come nota Ochs (1979), la raccolta, selezione e trascrizione dei dati registrati rappresentano fasi fondamentali della ricerca empirica e sono inevitabilmente e inscindibilmente legate agli scopi della ricerca stessa. Questo capitolo descrive la metodologia di raccolta, selezione e trascrizione dei dati utilizzati per questa ricerca e il contesto in cui hanno avuto luogo le interazioni analizzate. In seguito vengono definiti i principali strumenti utilizzati per l'analisi dei dati raccolti.

### *3.1.1 Raccolta*

Il progetto di ricerca di cui fa parte questo studio si basa su videoregistrazioni di interazioni mediche mediate dall'interprete della durata totale di circa quattro ore presso un istituto di riabilitazione per bambini con lesioni cerebrali. Le videoregistrazioni sono state effettuate nel corso di due giornate diverse in cui l'istituto di riabilitazione ospitava oltre al personale italiano, un gruppo di operatori (medici e non) americani venuti appositamente in Italia per incontrare i pazienti e i loro genitori ed effettuare le visite di controllo. La possibilità di ottenere le videoregistrazioni è stata concessa dall'istituto a condizione di non mostrarle in pubblico (se non avendo resi irriconoscibili i partecipanti) e di rendere anonime le trascrizioni. Tutti i partecipanti agli incontri videoregistrati hanno firmato una liberatoria che consente l'utilizzo dei dati a fini di ricerca e/o didattici.

Le videoregistrazioni sono state effettuate da un operatore professionale in modo da risultare meno invasive possibili. La telecamera è stata sistemata in posizione fissa, in un angolo dello studio medico dove si sono svolti gli incontri e puntata frontalmente al medico e posteriormente rispetto al paziente e ai genitori, sia per motivi di riservatezza sia di rispetto della situazione delicata dei piccoli pazienti. Questo è stato possibile perché i posti intorno alla scrivania erano pre-assegnati, vale a dire il medico si sedeva sempre dallo stesso lato della scrivania e il paziente e i genitori sempre dall'altro. Questa posizione della telecamera ha consentito di riprendere anche l'interprete che solitamente prendeva posto al lato corto della scrivania (quindi tra il medico da un lato

della scrivania e il paziente e i suoi genitori dall'altro) e in realtà in due casi su tre ha deciso di sedersi a fianco del medico.

Benché questo studio si concentri sulla comunicazione verbale e non approfondisca gli aspetti prossemici o relativi alla gestualità, conoscere alcuni di questi tratti si è rivelato estremamente utile anche ai fini della trascrizione e dell'analisi.

### 3.1.2 Selezione

Le quattro ore di videoregistrazione contengono in totale cinque incontri. Due sono di durata più estesa (circa un'ora e mezza ciascuno) e si svolgono tra il paziente, uno dei genitori e il responsabile delle attività intellettive del programma di riabilitazione. Data la lunghezza della durata di questi due incontri, le interpreti si sono alternate, lavorando in turni di circa 45 minuti. Ai primi due incontri non è stata concessa la presenza del ricercatore. Gli altri tre incontri sono più brevi, della durata totale di 1 ora e 10 minuti, e riguardano il regime alimentare e farmacologico che i piccoli pazienti devono seguire. A questi tre incontri partecipano un medico, i genitori del paziente e una sola interprete dall'inizio alla fine. Poiché questo studio si concentra sull'interprete e sulla sua partecipazione attiva all'interazione, in particolare cercando di individuare se vi siano o meno delle regolarità, sono stati scelti i tre incontri più brevi perché presentano un certo numero di elementi comuni che li rendono più facilmente raffrontabili come viene descritto in seguito (3.2.1). Il fatto che alcune variabili nei tre incontri siano le stesse e rimangano costanti (ad esempio il medico è lo stesso, gli incontri si svolgono tutti nello stesso studio medico e nell'arco della stessa mattinata, l'obiettivo delle visite è lo stesso) riduce il numero di differenze situazionali tra i tre incontri che possono aver influito sul comportamento traduttivo e discorsivo dell'interprete.

Un secondo elemento alla base della scelta di questi tre incontri rispetto agli altri due è il maggior numero di partecipanti. Quasi tutti gli studi condotti su dati reali tratti da incontri medici mediati dall'interprete riguardano interazioni triadiche (medico-paziente-interprete) e si è ritenuto interessante osservare cosa avvenga in un'interazione *multi-party* mediata dall'interprete.

### *3.1.3 Trascrizioni*

Le videoregistrazioni sono state riversate su cassette audio ai fini di una prima trascrizione che è stata poi verificata visionando e rivisionando i nastri video. La disponibilità delle riprese video si è dimostrata estremamente utile ai fini della trascrizione. Trattandosi di incontri con più partecipanti il parlato simultaneo ha coinvolto talvolta più di due parlanti contemporaneamente e senza il video sarebbe stato difficile in taluni casi stabilire chi stesse effettivamente parlando in sovrapposizione. Inoltre le riprese video hanno consentito di aggiungere alle trascrizioni alcuni elementi descrittivi (a chi si rivolgono di volta in volta i parlanti, quali sono le attività extra-linguistiche che vengono svolte dai partecipanti quali ad esempio riempire una cartella medica o prendere in mano una confezione di un farmaco per mostrarla, e così via).

Le trascrizioni sono state rese anonime eliminando nomi di persone, luoghi, farmaci citati o altri riferimenti indiretti all'istituto in cui si svolgono gli incontri e sostituendoli con nomi o riferimenti inventati. Le convenzioni utilizzate per le trascrizioni sono le stesse adottate per l'analisi della conversazione (Hutchby & Wooffitt 1998). Questo metodo di trascrizione consente di cogliere alcuni fenomeni presenti nel parlato quali pause, interruzioni, sovrapposizioni, enfasi. L'attività di trascrizione non ha costituito un mero esercizio tecnico preparatorio all'analisi. Al contrario, l'ascolto ripetuto delle registrazioni ha contribuito a far emergere alcuni fenomeni ricorrenti. Nel caso di questi incontri, la presenza di un gran numero di sovrapposizioni emersa dall'ascolto ripetuto delle registrazioni e la trascrizione esatta dei punti in cui tali sovrapposizioni si sono verificate sono state fondamentali per lo studio delle modalità di partecipazione all'ordine conversazionale dell'interprete trattata nel capitolo 5.

### *3.2 Gli incontri oggetto di studio*

Come si è detto in precedenza, gli incontri medici oggetto di questo studio si svolgono tutti presso un istituto di riabilitazione per bambini con lesioni cerebrali. I bambini seguono un programma personalizzato composto di attività fisiche ed



intellettuali e di un regime alimentare e farmacologico in cui sono coinvolti anche i familiari. Due volte all'anno i piccoli pazienti accompagnati dai genitori incontrano tutti i responsabili delle varie attività di cui è composto il programma (intellettuale, fisica, dietetica e farmacologica). Non tutti i componenti del personale del centro di riabilitazione sono medici, vi sono anche psicologi e insegnanti che hanno seguito un corso di formazione per entrare a far parte di questo gruppo di riabilitazione. I responsabili delle singole attività del programma sono quasi tutti americani (o di altra origine ma di lingua americana) e quindi la comunicazione avviene quasi sempre avvalendosi di un interprete. Presso l'istituto non vi sono infermieri o altro personale para-medico e quindi agli incontri oggetto di questo studio sono presenti solo i partecipanti primari e il ricercatore che assiste ma non partecipa all'interazione.

Le interpreti che forniscono la traduzione lavorano tutte da anni per questo istituto e talvolta accompagnano le famiglie e i bambini ai controlli quando avvengono presso la sede americana dell'istituto. Le famiglie dei pazienti sono appartenenti a gruppi sociali diversi e provengono da tutta Italia (Nord, Sud e Centro). Si tratta di famiglie che seguono da tempo questo programma di riabilitazione e che quindi ne conoscono il metodo e l'approccio e talvolta hanno già incontrato quello stesso medico (o psicologo/a, o responsabile di attività) nel corso di una visita precedente.

La filosofia alla base del programma di riabilitazione è quella di sviluppare il potenziale che ogni bambino ha, e di cui la lesione cerebrale ha interrotto il pieno sviluppo, riprendendo la rieducazione a partire dallo stadio in cui l'evoluzione del bambino si è interrotta. L'impostazione adottata va quindi oltre il concetto di *patient-centered* e anche di medicina olistica. In realtà l'obiettivo è quello dello sviluppo del potenziale di ciascun bambino. Questo significa che non ci si concentra sulle abilità mancanti, insufficienti o presenti nel bambino cerebro-leso rispetto ad un bambino normo-dotato, ma anche su quelle non direttamente visibili o raffrontabili con le abilità considerate normali<sup>1</sup>. I protagonisti della riabilitazione sono i pazienti stessi e i familiari che portano avanti il programma per tutto l'anno e incontrano il personale del centro solo due volte l'anno per le visite di controllo.

---

<sup>1</sup> Ad esempio, a bambini che non sono in grado di muoversi o parlare viene insegnato a leggere e vengono poi interrogati sulle loro letture e viene data loro la possibilità di rispondere solo con un cenno degli occhi con cui indicare la risposta giusta tra risposte alternative stampate su cartelli.

### *3.3 La struttura degli incontri*

I tre incontri scelti come oggetto di questo studio contengono alcuni elementi contestuali e conversazionali comuni illustrati qui di seguito che le rendono più facilmente raffrontabili.

- i. I tre incontri perseguono lo stesso obiettivo/scopo: si tratta di controlli – e non di prime visite – volti a verificare l’adeguatezza del regime dietetico e farmacologico seguito da ciascun piccolo paziente.
- ii. Altra costante è rappresentata dal numero e dalla tipologia di partecipanti. A ciascun incontro partecipano i genitori del paziente, il/la piccolo/a paziente, un interprete e lo stesso medico americano.
- iii. Tutti e tre gli incontri avvengono nello stesso setting, vale a dire lo stesso studio presso lo stesso istituto di riabilitazione.
- iv. Le lingue dei parlanti sono due, il medico si esprime sempre in inglese e i genitori generalmente in italiano anche quando possiedono una parziale comprensione dell’inglese.
- v. Tutti i partecipanti ai tre incontri conoscono bene il programma di riabilitazione di cui fanno parte i controlli oggetto di questo studio. Nel caso degli interpreti e del medico perché lavorano presso questo istituto di riabilitazione già da tempo e nel caso dei genitori e del paziente perché seguono e svolgono il programma già da anni. Tutti i partecipanti inoltre hanno già comunicato attraverso un interprete in precedenza.
- vi. La sequenza dei contenuti affrontati nei tre incontri è simile: in apertura vengono valutati i progressi conseguiti dal paziente nei sei mesi precedenti e vengono definiti gli obiettivi da raggiungere nei sei mesi successivi, l’incontro prosegue con la revisione e la prescrizione prima del regime alimentare e poi di quello farmacologico. Nei tre incontri l’attività dialogica è integrata dallo stesso tipo di attività non linguistica vale a dire la compilazione di una scheda personale del paziente di cui si occupa in tutti e tre i casi la madre.

- vii. In tutti gli incontri sono presenti molte sovrapposizioni nel parlato e sequenze di turni nella stessa lingua costituite da scambi tra l'interprete e il medico, tra l'interprete e uno dei genitori, tra i due genitori e tra genitori e figlio/a<sup>2</sup>.
- viii. Le interpreti presenti nei tre incontri sono tutte donne, nessuna di loro ha conseguito una laurea universitaria in interpretazione ma una ha una laurea (americana) in traduzione e le altre due un diploma di scuola interpreti privata. Tutte le interpreti presenti negli incontri hanno già lavorato per questo istituto in precedenza e una di loro lavora a tempo pieno per l'istituto ed è di lingua madre inglese (americano). Le altre due sono di madrelingua italiana.

### 3.4 *Strumenti di indagine*

Per analizzare l'interazione verbale contenuta negli incontri medici sopra descritti sono stati adottati alcuni strumenti messi a punto dall'analisi della conversazione. L'idea di base è che la conversazione non procede in modo caotico e casuale ma che in realtà vi siano dei meccanismi a cui i parlanti aderiscono. Conducendo un'analisi sistematica turno per turno è possibile descrivere una sequenza di azioni. Infatti il contenuto di ogni turno, l'azione che attraverso di esso il parlante compie, dipende proprio dalla posizione che tale turno ha all'interno di una sequenza. Data la natura microanalitica di questa impostazione ne consegue che anche un singolo episodio di parlato può costituire il luogo in cui si verifica un fenomeno e assume quindi rilevanza ai fini dello studio dell'interazione verbale:

However humble the occasion and however apparently trivial the pursuit, the bits of talk under study are lent dignity by being instances of social action in the real worlds of people's lives, instances through which much greater themes can often be more clearly seen.

(Schegloff 1987: 102)

---

<sup>2</sup> Questa tipologia di sequenze all'interno degli incontri mediati da un interprete era già stata osservata da Davidson (2000).

Dato il livello di dettaglio su cui viene condotta l'analisi, è ovvio che non può concentrarsi su grandi quantità di dati e, d'altro canto, l'idea condivisa dagli analisti della conversazione è che per occuparsi di questioni sociali anche di livello macro occorre comunque la capacità di analizzare i dettagli di singoli frammenti di interazioni verbali poiché, come sostiene Schegloff (1987), esiste un ordine costitutivo all'interno di singoli episodi in un'interazione ed è sulla base di quest'ordine che si organizzano le azioni contenute nell'interazione stessa.

Inoltre, uno degli strumenti comunemente adottati dall'analisi della conversazione è il confronto, come chiaramente espresso da ten Have (1990 /versione on-line: 11):

“Comparison with similar or dissimilar cases, either implicitly or explicitly, is an important resource of what is called ‘single cases analyses’ which focuses on the explication of one particular episode”.

In questo studio di caso, il raffronto tra tre interazioni, che come abbiamo visto presentano elementi comuni, è stato estremamente utile a confermare alcune regolarità nelle forme di partecipazione attiva delle interpreti.

Prima di fare brevemente accenno ad alcuni meccanismi di base della conversazione<sup>3</sup> che sono stati utilizzati per analizzare i tre incontri medici mediati, viene presentata molto brevemente la definizione di interazione istituzionale proposta dall'analisi della conversazione e adottata come punto di partenza per l'analisi.

### *3.3.1 L'interazione medica come incontro istituzionale*

Il contesto e la struttura di un evento comunicativo sono fondamentali per comprenderlo ed interpretarlo, ma al centro resta comunque la comunicazione. La maggior parte della comunicazione, a prescindere dal contesto in cui si svolge, avviene sotto forma di conversazione: “the social world is a pervasively conversational one in which an overwhelming proportion of the world's business is conducted through the medium of spoken interaction” (Heritage 1984: 239).

La conversazione è pertanto il mezzo prevalente di interazione nel mondo sociale e costituisce un “benchmark against which other more formal or “istituzionale” types of

---

<sup>3</sup> Per una trattazione degli studi sulla conversazione si veda Galatolo e Pallotti (1999).

interaction are recognised and experienced” (Drew e Heritage 1992b: 19). La definizione di un’interazione istituzionale non avviene quindi sulla base del contesto che la contiene ma deve risultare dall’analisi e dall’osservazione della condotta dei partecipanti all’interazione. È il loro comportamento che deve mostrare un orientamento specificamente istituzionale o quantomeno responsivo a vincoli istituzionali per natura e caratteristiche e che consente di definire un’interazione come istituzionale. Drew e Heritage (1992b: 22) propongono una definizione di interazione istituzionale che si basa sull’orientamento dei partecipanti verso il contesto:

1. Institutional interaction involves an orientation by at least one of the participants to some core goal, task or identity (or set of them) conventionally associated with the institution in question. In short, institutional talk is normally informed by *goal orientation* of a relatively restricted conventional form.
2. Institutional interaction may often involve *special and particular constraints* on what one or both of the participants will treat as allowable contributions to the business at hand.
3. Institutional talk may be associated with *inferential frameworks* and procedures that are particular to some institutional contexts.

L’analisi della conversazione pertanto parte dalla considerazione che qualsiasi attività sociale si compie in modo interazionale, non è determinata unicamente dal contesto che la contiene ma al contrario ogni interazione è sia *context-shaping* che *context-renewing*.

Nel caso delle interazioni mediche queste possono essere definite istituzionali in quanto attività basate su di un compito ben definito, su ruoli ben definiti (medico e paziente) e su un’asimmetria nella distribuzione delle attività (il medico che pone le domande e il paziente che risponde). Non va dimenticato però che esiste un margine di negoziazione e che questa asimmetria non deriva da procedure di assegnazione dei turni regolate in modo normativo (come ad esempio in tribunale), ma che viene localmente costruita dai partecipanti.

### 3.3.2 L’organizzazione di base nel parlato spontaneo

Basandosi sullo studio della conversazione spontanea, l’analisi della conversazione ha formulato alcuni principi di base. In maniera molto generica si può dire che il

parlato spontaneo sia: a) organizzato in turni, b) che i parlanti si alternino in base a delle regole, c) che i lunghi silenzi e le sovrapposizioni siano relativamente infrequenti. Ciò può essere sintetizzato nella seguente osservazione di Sacks et al.: "...one party talks at a time overwhelmingly" (1978: 9). L'analisi della conversazione fa riferimento ad alcuni elementi costitutivi della conversazione stessa che vengono di seguito brevemente trattati: il meccanismo di alternanza dei turni, la coppia adiacente e la riparazione.

### 3.3.2.1 Il meccanismo di alternanza dei turni

I turni sono costituiti da unità - "turn construction units" - che si possono genericamente considerare corrispondenti a categorie linguistiche quali frasi, proposizioni o singole parole (ad esempio "Perché?"). Le unità di costruzione di un turno hanno la caratteristica della "proiettabilità", vale a dire che i partecipanti ad un'interazione verbale possono prevedere, nel momento in cui viene prodotta un'unità di costruzione di un turno, di che tipo di unità si tratti e in quale punto tale unità sarà probabilmente completa. Tale punto di possibile completamento del turno (Sacks et al., 1978: 12) viene trattato dagli altri partecipanti come punto per il passaggio del turno (*transitional-relevance place*).

L'analisi della conversazione ha messo in evidenza come l'allocatione dei turni non avvenga in maniera casuale ma in base a tre regole fondamentali: a) selezione del parlante successivo da parte di chi sta parlando; b) auto-selezione del parlante successivo; c) il parlante può, ma non deve necessariamente, continuare a parlare (Sacks, Schegloff e Jefferson 1978). L'ordine di progressione a)-b)-c) è ricorrente e costituisce esso stesso una regolarità, quindi b) si può verificare solo se non si verifica a) e c) solo se non si verificano né a) né b).

Un turno costruito in modo da selezionare il parlante successivo è un turno che contenga ad esempio una domanda rivolta esplicitamente a qualcuno, oppure che contenga il nome della persona selezionata a prendere il turno seguente. Nel secondo caso, quello dell'auto-selezione del parlante successivo, l'osservazione della conversazione spontanea ha messo in evidenza che i parlanti mettono in atto la regola

per cui chi inizia a parlare per primo si aggiudica il turno (Sacks, Schegloff e Jefferson 1978). I partecipanti ad un'interazione verbale, sentendo pertanto l'urgenza di cominciare per primi, possono generare sovrapposizioni tra la fine di un turno e l'inizio del turno successivo oppure prendere il turno simultaneamente. Nel caso in cui invece nessuno si auto-selezioni e il turno rimanga a chi sta parlando, si avrà un turno esteso. Un esempio tipico di turno esteso si ha quando uno dei partecipanti alla conversazione racconta una storia, una barzelletta o un'esperienza. Anche in questo caso, tuttavia, il "turno esteso" che serve affinché il racconto possa essere prodotto e concluso, viene negoziato fra i partecipanti alla conversazione precedentemente al racconto stesso e durante, attraverso segnali di feedback come "mh, mh" con cui gli "ascoltatori" segnalano di essere tali e mostrano al parlante principale che può continuare a parlare (cfr. ad esempio, Sacks 1974, Jefferson 1978). Questi meccanismi verranno ripresi e analizzati più dettagliatamente in seguito quando si esaminerà la partecipazione dell'interprete alla costruzione dell'ordine conversazionale.

### 3.3.2.2 *La coppia adiacente*

Altro elemento costitutivo del parlato spontaneo evidenziato dall'analisi della conversazione è quello delle coppie adiacenti, vale a dire che talune tipologie di enunciati solitamente si ritrovano in coppia. Ne sono esempi le domande e le risposte, i saluti e le risposte ai saluti, gli inviti e l'accettazione o il rifiuto. Nell'ultimo caso le due seconde parti sono alternative ma ovviamente non equivalenti: l'accettazione (di un invito ma anche di un'offerta o di una richiesta) è stata definita "preferita" mentre il rifiuto "dispreferito". Benché si potrebbe pensare che le espressioni di accettazione o di accordo siano sempre preferite, in realtà è il contenuto del turno precedente che determina l'appartenenza all'una o all'altra categoria della seconda parte di una coppia. Se si prendono ad esempio le valutazioni e le risposte alle valutazioni (*second assessments*) nel caso di un'autocritica la seconda parte preferita è il disaccordo e non l'accordo/accettazione. Lo studio delle valutazioni ha messo in luce che di norma una seconda parte preferita di una coppia si verifica subito dopo la prima, mentre una seconda parte dispreferita solitamente è preceduta da dispositivi di "ritardo" (pause, esitazioni, richieste di chiarimenti) oppure contiene espressioni che indeboliscono la

forza del disaccordo, ad esempio espressioni di accordo parziale o di disaccordo ma parziale (Pomerantz 1984). Il formato del turno ricopre quindi una grande importanza nella negoziazione del significato fra i parlanti e un “sì” prodotto come accettazione di un invito, immediatamente in seguito all’invito stesso (formato preferito) o anticipato da pausa o esitazione (formato dispreferito), può avere diverse conseguenze internazionali, in particolare nel secondo caso può essere trattato come una accettazione solo parziale. Come si vedrà dall’analisi dei dati, le valutazioni espresse dai genitori del paziente nei confronti delle prescrizioni o delle indicazioni del medico vengono trattate diversamente dall’interprete quando esprimono un disaccordo totale o parziale rispetto a quando non lo esprimono.

### 3.3.2.3 La riparazione

Infine un meccanismo individuato dall’analisi della conversazione a cui si farà riferimento nel corso dell’analisi dei tre incontri medici studiati in questo contributo, è quello della riparazione. Per riparazione si intende:

Tutte quelle mosse, quell’insieme di comportamenti verbali e non verbali, che permettono di restaurare un senso accettabile alla conversazione per i membri partecipanti, una volta che sia avvenuto un qualche fatto problematico che minacci l’andamento ordinario dell’interazione.

(Fele 1991: 17)

Le riparazioni sono state categorizzate da Schegloff, Sacks e Jefferson (1977) in *self-repair*, vale a dire portate avanti dalla persona che è all’origine del problema e *other-repair*, cioè messe in atto dall’interlocutore. Gli autori parlano di una “preferenza” per il *self-repair* che dall’analisi della conversazione spontanea emerge come la modalità predominante. In genere, anche quando l’interlocutore può conoscere come intervenire per riparare a ciò che nel turno precedente appare come problematico, non lo fa e lascia al primo parlante l’opportunità di rimediare. Nel parlato spontaneo solitamente i problemi di ricezione o di comprensione sono percepiti come ostacoli alla produzione di un turno successivo che sia legato al precedente. Se l’interlocutore non ha capito cosa ha detto il parlante precedente il comportamento che produrrà sarà diverso da quello che avrebbe prodotto se non vi fosse stato un problema di ricezione o di



comprensione e in generale nelle interazioni verbali nella stessa lingua l'interlocutore produce una sorta di interruzione dell'interazione per accertarsi su come proseguire. Come si vedrà dai dati analizzati, questo principio di base della conversazione non sempre viene seguito nell'interazione mediata dall'interprete laddove l'interprete decide di non tradurre un turno di un partecipante primario e nessuno avvia una riparazione. Il risultato è che il turno non tradotto anche se esiste da un punto di vista fisico, dal punto di vista comunicativo è come se non esistesse o non fosse stato mai prodotto per l'interlocutore che avrebbe dovuto riceverlo e reagire in base ad esso. Nei dati presentati in questo studio ad esempio, la mancanza di una seconda parte di una copia adiacente si verifica quando una domanda non viene tradotta e di conseguenza non riceve una risposta (cfr. 5.2).

### 3.3.4 *Zero rendition e non-rendition*

Le due categorie di *zero rendition* e *non-rendition* sono state proposte da Wadensjö (1998) per indicare nel primo caso gli enunciati prodotti dai parlanti primari che non vengono tradotti e nel secondo caso gli enunciati prodotti autonomamente dall'interprete, in sostanza le iniziative discorsive che in termini di traduzione non trovano corrispondenza in nessun enunciato precedente dei parlanti primari. Nella definizione dell'autrice:

When comparison starts out not from the 'renditions' but from the 'originals', looking for correspondences among interpreters' utterances may result in cases of 'zero rendition', that is cases when 'originals' are left untranslated [...] A non-rendition is a 'text' which is analysable as an interpreter's initiative or response which does not correspond (as translation) to a prior 'original' utterance.

(Wadensjö 1998: 108)

Ai fini di questo studio le due categorie sono state utilizzate per osservare quale fosse il comportamento discorsivo, sia traduttivo che produttivo, dell'interprete. La scelta di adottare la categoria di *zero rendition* anziché quella di omissione si basa sull'osservazione del fatto che la decisione di non tradurre un enunciato non necessariamente genera una omissione o una perdita conversazionale. Come si vedrà nel corso dell'analisi, le risposte brevi espresse sia in italiano sia in inglese (*si/no, yes/no*)

spesso non sono state tradotte perché direttamente accessibili ai partecipanti e pertanto non necessitavano della traduzione. Inoltre l'intento della analisi non è quello di mettere due testi a confronto: quello prodotto dai partecipanti primari e quello prodotto dall'interprete, tanto meno controllare la completezza o le carenze presenti nella resa traduttiva o verificare l'accuratezza e la precisione della traduzione fornita dall'interprete, bensì di vedere attraverso le decisioni traduttive dell'interprete se emerge o meno un partecipante o un asse conversazionale "preferito" dall'interprete nella sua funzione traduttiva.

Vi è poi un'altra considerazione: avendo scelto di applicare l'analisi turno per turno questa categoria che si riferisce ad un enunciato e non a singole parole si è dimostrata particolarmente consona ai fini dello studio. È stato possibile infatti contare le *zero renditions* come turni presenti nell'originale e non presenti nella traduzione e vedere se questo fenomeno fosse almeno numericamente rilevante o meno nell'ambito dei tre incontri studiati. Una volta verificata la consistenza quantitativa delle *zero renditions* ne è stato poi analizzato il contenuto per verificare se emergessero o meno delle regolarità nelle tipologie di turni non tradotti. Allo stesso modo le *non-renditions* sono state prima conteggiate e poi analizzate nel contenuto. Occorre notare che in questo caso un singolo turno può contenere altro materiale linguistico oltre ad una iniziativa discorsiva, ad esempio la traduzione del turno precedente seguita subito da una domanda o da un commento dell'interprete rivolti ad uno dei partecipanti.

### 3.4 *Conclusion*

L'analisi che segue nei prossimi capitoli prende come spunto la metodologia qui descritta e si riferisce all'interprete come uno dei partecipanti alla negoziazione conversazionale, osserva cioè i meccanismi complessivi dell'interazione in cui il contributo dell'interprete stessa si colloca. A questo proposito, Wadensjö (1998) propone una distinzione concettuale fra osservare il contributo dell'interprete come "text", quindi in riferimento all'originale "da tradurre" e come "interaction", quindi in relazione alla comunicazione attivata dai partecipanti. Da questo punto di vista

l'approccio qui adottato tratta il contributo dell'interprete nell'interazione e come interazione.

## Capitolo 4

### IL CONTRIBUTO DELL'INTERPRETE AL DISCORSO

Il primo obiettivo del presente studio è quello di concentrarsi sul contributo discorsivo dell'interprete, traduttivo e non, nel suo ruolo di partecipante attivo nel corso dell'interazione medica in cui è chiamato ad operare. Anzitutto si cercherà di vedere se nella sua funzione traduttiva l'interprete stabilisca delle priorità/preferenze tra i partecipanti e se scelga un asse conversazionale da privilegiare rispetto ad un altro e in secondo luogo che tipo di orientamento assuma nei confronti dei genitori del paziente e del piccolo paziente con le proprie iniziative discorsive autonome.

Per osservare questi due fenomeni sono state utilizzate due categorie definite da Wadensjö (1998):

- *zero-renditions*, vale a dire espressioni o enunciati dei partecipanti primari che non vengono tradotte e
- *non-renditions*, vale a dire espressioni o enunciati dell'interprete che non trovano corrispondenza in nessun enunciato precedente da parte dei partecipanti primari.

L'analisi si è pertanto concentrata su *cosa* viene reso dall'interprete e *cosa* viene prodotto dall'interprete di propria iniziativa in termini di enunciati, piuttosto che su *come* l'interprete rende gli enunciati dei partecipanti primari che costituirà un passo futuro nell'analisi di questi incontri.

#### 4.1 Uno sguardo quantitativo ai dati

Un primo esame dei dati è stato svolto attraverso una quantificazione dei contributi dei partecipanti in termini di presenza attiva nelle interazioni. In particolare, è stato calcolato il numero dei turni di ciascun partecipante, considerando anche i momenti in cui due o più partecipanti parlavano in parallelo o in sovrapposizione. Ai fini di questa

analisi un turno è stato considerato una porzione di parlato prodotta da un partecipante dal momento in cui prende la parola al momento in cui lascia il turno ad un altro parlante. I tre incontri sono rappresentati molto sinteticamente nella tabella 1. In seguito verranno discussi i dati quantitativi relativi a ciascuno degli incontri, uno alla volta.

**Tabella 1** Distribuzione dei turni dei partecipanti

Incontro	Durata	Partecipanti primari				Interprete	Totale	Turni/minuto	
		Medico	Madre	Padre	Figlio/a				Totale
1	14'29"	82	37	36	1	156	138	294	20.3
2	29'44"	154	184	51	0	389	203	592	20.0
3	26'39"	120	87	137	142	486	136	622	23.3
Totale	70'12"	356	308	224	143	1031	477	1508	21.3

#### 4.1.1 Incontro 1

Il primo incontro è il più breve dei tre con una durata di 14 minuti e 29 secondi. Il conteggio dei turni fornisce alcune indicazioni sui tratti partecipativi: il medico è il partecipante che produce il maggior numero di turni, in secondo luogo il numero di turni prodotti dal padre e dalla madre è quasi uguale e suggerisce che nessuno dei due domina la scena rispetto all'altro. Vale la pena notare che la differenza tra il numero totale di turni dei partecipanti primari e il totale dei turni dell'interprete non è molto elevata. Questo però non significa necessariamente che l'interprete abbia tradotto quasi tutto quello che è stato detto dai partecipanti primari, potrebbe darsi che l'interprete abbia chiesto molti chiarimenti o abbia prodotto molti turni su iniziativa propria (*non-renditions*). Quando si passerà all'analisi del numero di *non-renditions* prodotte dall'interprete che ha partecipato a questo incontro si vedrà infatti che in realtà il numero è elevato. Un elemento che non emerge dal conteggio dei turni, bensì dall'ascolto e dalla visione dei dati, è che nel corso di tutto l'incontro non vi sono espressioni linguistiche o segnali non verbali di disaccordo tra i due genitori, elemento che risulterà rilevante in seguito quando si vedrà che l'interprete riserva un trattamento traduttivo diverso alle espressioni di accordo rispetto a quelle di disaccordo.

#### 4.1.2 Incontro 2

Il secondo incontro è più lungo, dura 29 minuti e 44 secondi e rispetto all'incontro 1 contiene un maggiore quantità di parlato in sovrapposizione. Le cifre relative ai turni prodotti da ciascun partecipante nella tabella 1 mostrano che la madre è la partecipante più "produttiva", seguita dal medico, mentre il padre sembra avere un ruolo meno attivo. A differenza del primo incontro in cui, come si è detto, il padre e la madre non esprimono mai disaccordo tra loro nelle risposte alle domande del medico né nei confronti delle prescrizioni mediche, in questo incontro la madre esprime delle valutazioni talvolta di accettazione, talvolta di disaccordo sia nei confronti di opinioni espresse dal marito, sia nei confronti delle prescrizioni del medico e sulla modalità di attuazione di tali prescrizioni.

In questo caso il numero totale dei turni dell'interprete mostra che quasi la metà dei turni dei parlanti primari non è stata tradotta e questo indurrebbe a pensare che la presenza dell'interprete abbia pesato considerevolmente sulla comunicazione. In realtà, come si vedrà in seguito, sono presenti molti scambi diretti tra il medico e la madre che possiede una parziale comprensione dell'inglese e che produce moltissimi *continuers* e *backchannels* che l'interprete decide di non tradurre.

#### 4.1.3 Incontro 3

Considerando che questo incontro dura un paio di minuti in meno rispetto al precedente – 26 minuti e 39 secondi – è chiaro dai dati presentati nella tabella 1 che la densità linguistica è molto elevata. Rispetto ai due precedenti incontri, la paziente (in questo caso una bambina) è molto attiva e cerca continuamente di attirare l'attenzione dei genitori chiamandoli a voce alta o addirittura gridando. Il padre si occupa di intrattenere la figlia facendola disegnare, leggere e addirittura gonfiare un palloncino durante la seduta. L'interazione tra padre e figlia genera moltissime sovrapposizioni e lunghe sequenze di conversazioni parallele mentre il medico continua a parlare alla madre tramite l'interprete e il padre cerca per quanto può di seguire quello che viene detto.

#### 4.2 Analisi delle zero renditions

Come si può dedurre da alcune osservazioni fatte in precedenza, i turni dei partecipanti non vengono sistematicamente tradotti dall'interprete, ma la traduzione viene negoziata nell'interazione così come ogni altro contributo. È interessante a questo proposito mostrare qualche dato quantitativo sulle *zero renditions*. Nella tabella 2 sono indicati i turni di ciascun partecipante ai tre incontri che non vengono tradotti dall'interprete durante la conversazione.

**Tabella 2** Zero renditions dei turni dei partecipanti primari

Incontro	Medico	Madre	Padre	Figlio/a	Totale
1	12 (14.6%)	20 (54.1%)	18 (50.0%)	0 (0 %)	50 (17.0%)
2	50 (32.5%)	118 (64.1%)	33 (64.7%)	-	201 (40.0%)
3	16 (13.3%)	73 (83.9%)	120 (87.6%)	142 (100%)	351 (56.4%)
Totale	78 (21.9%)	211 (68.5%)	171 (76.3%)	142 (99.3%)	602 (39.9%)

Uno sguardo alla tabella 2 mostra che il medico è il partecipante più tradotto nei tre incontri con soltanto il 21,9 % di turni non tradotti, rispetto al 68,5% della madre e il 76,3% del padre. Si vede inoltre che nel secondo e terzo incontro la percentuale di turni non tradotti (*zero renditions*), è veramente molto elevata, tale da indurre a pensare che la presenza dell'interprete abbia determinato delle “perdite” conversazionali, in particolare ai danni di due parlanti primari: il padre e la madre. In realtà come si è già accennato sopra, in gran parte dei casi i turni non tradotti di questi due parlanti nel secondo incontro sono *backchannels*, *continuers* oppure scambi tra questi due partecipanti che l'interprete decide di non riprodurre o di riprodurre solo parzialmente.

Nel terzo incontro, come si è visto, l'interprete lavora in condizioni acustiche difficili, in presenza di una elevata densità linguistica, se si considera il numero di turni per minuto rispetto agli altri due incontri e la presenza di conversazioni parallele. La distribuzione delle *zero renditions* in questo caso sembra però indicare che l'interprete ha in mente un obiettivo ben chiaro: assicurare la comunicazione tra il medico e almeno uno dei due genitori escludendo tutti gli scambi tra genitore e figlia dalla funzione

traduttiva. Tra l'altro l'interprete non si interrompe mai per chiedere alla bambina di fare silenzio – al contrario della madre che lo fa in diverse occasioni – e mantiene aperto il flusso della comunicazione tra il medico, i genitori e se stessa considerando le sovrapposizioni e le conversazioni parallele create dalla bambina come un rumore di fondo.

Al di là di queste osservazioni generali i dati quantitativi non riescono a fornire altre indicazioni sul comportamento traduttivo dell'interprete. Per poter individuare eventuali regolarità nelle decisioni di non tradurre adottate dalle tre interpreti è stato analizzato il contenuto delle *zero renditions* raggruppandole per partecipante. Per quanto riguarda i piccoli pazienti si è ritenuto poco rilevante procedere all'analisi delle *zero renditions* perché i dati quantitativi danno già un'indicazione chiara di cosa è avvenuto: nel primo incontro il bambino produce solo un turno e l'interprete lo traduce; nel secondo incontro il bambino non parla; nel terzo incontro la bambina parla in continuazione soprattutto col padre ma, come si vede dai dati in tabella 2, l'interprete esclude tutti questi turni dalla resa traduttiva.

Per ciascun incontro saranno quindi di seguito presentate le *zero renditions* prima dei turni del medico, poi della madre e infine del padre.

#### 4.2.1 *Zero renditions - Incontro 1*

La tabella 2 evidenzia che il medico è il partecipante più “tradotto” e l'analisi del contenuto delle *zero renditions* conferma questa prima osservazione quantitativa. Sei delle 12 *zero renditions* sono *backchannels* o *continuers* (*yeah, OK*), una è un'espressione di accettazione (*absolutely*), tre sono turni rivolti all'interprete nell'ambito di scambi diretti medico/interprete nella stessa lingua, uno è un turno inudibile e l'ultima è un tentativo di presa di turno subito abbandonato. Di fatto nessun turno del medico avente un contenuto sostanziale è stato omesso dall'interprete e, come si vedrà in seguito, questo è in linea con gli altri due incontri.

Analizzando le *zero renditions* dei turni della madre si vede che quasi la metà – 9 su 20 – riguardano scambi diretti con l'interprete (come illustrato nell'esempio 1 qui di seguito). Quattro turni della madre non tradotti dall'interprete sono rivolti al figlio, due sono *backchannels*, tre sono inudibili, uno è rivolto al marito ed uno è un turno di



apprezzamento nei confronti del medico per aver accettato un cambiamento nella dieta e quindi sostanzialmente esprime accettazione e allineamento con la prescrizione dietetica.

(1)

(2)  
D: what flavour ice cream ( . ) do you [ want Daniele ] ?  
→ I: [ che tipo ] ti piace come  
si dice e:: gelato come si dice che sapore che ? =  
M: = che tipo di gelato ti piace  
(.)  
F: ° alla panna °  
(.)  
M: ° alla panna °  
(.)  
→ I: cosa ?  
(.)  
M: alla panna =  
→ I: = alla panna ? oh is this with cream vanilla ? (.) cos'è la  
panna ?  
(.)  
M: sarebbe [ al latte ] ==  
F: [ xxx ]  
M: == sarebbe [ al latte ]  
I: [ vanilla ] ?  
F: [ quello quello ] bianco =  
M: = alla vaniglia sì  
I: = vanilla ice cream (.) vanilla he likes the best (.)  
perfetto =  
M: = perfetto quello sei contento ? ((si rivolge al bambino))  
(3)

Nello scambio riportato nell'estratto 1 il medico ha accettato di inserire il gelato nella dieta del piccolo paziente e la sequenza riportata qui sopra si apre con la traduzione della domanda del medico rivolta al bambino riguardo a quale sia il suo gusto preferito. L'interprete (che è di madre lingua americana) incontra una prima difficoltà nella resa del termine inglese *flavour* e poi una seconda difficoltà nella comprensione del termine italiano *panna* riferito al gusto del gelato.

Nella prima parte di questo estratto l'interprete chiede ai genitori di aiutarla a trovare la traduzione corretta della parola *flavour* in italiano e non riproduce in inglese questo breve scambio a beneficio del medico, probabilmente perché lo considera un

chiarimento che riguarda se stessa e i genitori e che non aggiunge alcuna informazione utile ai fini dell'incontro in corso. Una volta ottenuta la risposta alla domanda del medico, l'interprete esprime la propria incomprendimento con la richiesta di chiarimento (*cosa?*) e nel turno successivo alla risposta della madre (*alla panna*) avvia nuovamente uno scambio producendo un turno mistilingue rivolto sia al medico che ai genitori per chiedere conferma della correttezza della sua resa traduttiva. Lo scambio procede fino a che l'interprete non ritiene di aver trovato il termine equivalente inglese (*vanilla*). Anche in questo caso l'interprete decide di non tradurre a beneficio del medico né di riferirgli cosa sta accadendo fino a che, nel suo ultimo turno, riproduce in inglese la risposta alla domanda iniziale del medico aggiungendo un'espressione italiana (*perfetto*) con cui indica ai genitori che lo scambio si è concluso con esito positivo.

È interessante notare che l'ultimo turno della madre è rivolto al figlio e non viene tradotto a beneficio del medico. Una possibile spiegazione è che l'interprete consideri questo turno come uno scambio privato tra familiari che non ha rilevanza ai fini dell'incontro medico in corso. Per contro, quando all'inizio della sequenza il medico rivolge la sua domanda al bambino questa viene tradotta. Come si vedrà anche in seguito, questa stessa scelta verrà operata anche dalle altre interpreti negli altri incontri. Una possibile spiegazione della decisione delle interpreti di riservare un trattamento diverso ai turni rivolti al bambino quando sono prodotti dal medico rispetto a quando sono invece prodotti dai genitori potrebbe risiedere nella considerazione che questi turni formalmente rivolti dal medico al bambino (contenenti addirittura una forma di selezione del parlante successivo, vale a dire il nome) in realtà sono rivolti ai genitori per almeno due ragioni:

- a. perché il bambino non è in grado di parlare o presenta gravi difficoltà di linguaggio e il medico, essendo a conoscenza della condizione medica dei piccoli pazienti, non si aspetta che siano i pazienti a rispondere bensì i genitori;
- b. perché il contenuto del turno è una istruzione/prescrizione di cui spetterà ai genitori sia l'annotazione che l'attuazione.

Si nota, tuttavia, che in questa selezione traduttiva, l'interprete in un certo senso esclude il bambino/la bambina dall'interazione conversazionale. Evidentemente non considera rilevante l'accesso del medico ad una valutazione sulle reazioni del piccolo

paziente e sui suoi scambi con i genitori trattandosi di una visita che verte sul regime alimentare e farmacologico e non sulla verifica delle capacità linguistiche.

Passando adesso all'analisi delle *zero renditions* dei turni del padre, queste includono: cinque turni inudibili, due risposte brevi direttamente accessibili al medico (*si*), tre turni rivolti al bambino, cinque turni che fanno parte di uno scambio tra madre, padre e interprete (come in 1), due turni che contengono una battuta e sono prodotti in sovrapposizione con i turni della madre.

È interessante notare che il solo turno del padre contenente un'espressione di *compliance*/intenzione di conformarsi alla prescrizione non è stato reso, come si vede nell'estratto 2 dove l'argomento in discussione è il peso del bambino che deve rimanere stabile nei sei mesi seguenti.

## (2)

(7)  
D: we it it's OK if you if you gain ten grams  
((rivolto al bambino))  
(.)  
I: oh va bene se aumenta di dieci grammi (1) va bene ma non di più =  
D: = I'll permit that  
(.)  
I: OK quello lo permette  
(2)  
→ F: ° non deve mangiare molto ° (5) ° lo controlliamo il peso °  
(2)

Uno studio condotto da Robinson (2001) sui turni dei pazienti contenenti valutazioni<sup>1</sup> relative alle prescrizioni ha messo in luce che questi turni sono utilizzati dai pazienti come strumento per negoziare prescrizioni o indicazioni fornite dal medico. Pertanto da un punto di vista teorico la non traduzione di uno di questi turni risulta in una riduzione del potere del paziente. Nell'estratto 2 il padre esprime una valutazione sull'osservanza della prescrizione medica da parte della sua famiglia indicando in tal modo sia la sua comprensione della prescrizione sia la sua attuazione pratica: i genitori terranno il peso del figlio sotto controllo. In sostanza non sta esprimendo disaccordo e

---

<sup>1</sup> Solitamente si trovano dopo una sequenza domanda/risposta e Robinson (2001) li chiama "insertion sequences".

probabilmente l'interprete percepisce questo commento come un'accettazione e dato che è tutto chiaro, che il messaggio del medico è arrivato a destinazione, non ritiene sia necessario riferire al medico un enunciato che non contiene nuove informazioni utili per lui.

#### 4.3.2 *Zero renditions - Incontro 2*

Come per l'incontro precedente, anche in questo caso sono state conteggiate le *zero renditions* per cercare di tracciare una rappresentazione quantitativa del comportamento traduttivo dell'interprete. In questo caso un numero considerevole di turni non sono stati tradotti (quasi la metà) e si potrebbe ipotizzare che la partecipazione dell'interprete abbia influito pesantemente sulla comunicazione tra i partecipanti primari attraverso l'eliminazione di un numero elevato di turni, come illustrato nella tabella 2. Sappiamo però dagli studi condotti sulla conversazione che i dati quantitativi non sempre offrono un'immagine veritiera e completa di ciò che accade in realtà. Analizzando nel dettaglio il contenuto delle *zero renditions* nell'incontro 2 emergono alcune tendenze che sembrano confermare le osservazioni espresse relativamente all'incontro 1.

Come nell'incontro precedente, ad esempio, un gran numero di turni prodotti dal medico e non resi dall'interprete – 25 su 50 – sono *backchannels* o *continuers* (*yeah, sure, Ok, that's right*) come esemplificato nell'estratto 3. Un paio di *zero renditions* riguardano tentativi di presa di turno che non sono andati a buon fine e tutti gli altri turni prodotti dal medico e non tradotti fanno parte o di scambi diretti con la madre che non necessitano la traduzione perché la madre ha una conoscenza ed una comprensione parziale dell'inglese oppure di scambi con l'interprete essenzialmente contenenti richieste di ripetere rivolte direttamente all'interprete. L'esempio di seguito illustra una tipica *zero rendition* di un *backchannel* e di un *continuer*. La sequenza si apre con la traduzione di un turno della madre da parte dell'interprete.

(3)

I: [ he lo ] / he gained again the (.) weight lost he gained  
again the weight lost but not any more =  
→ D: = yeah  
(.)

→ M: OK =

Come è stato evidenziato da Englund Dimitrova (1997) e Wadensjö (1998) i *backchannels* spesso non vengono tradotti perché ritenuti dall'interprete direttamente accessibili ai partecipanti primari e non contenenti alcun contributo informativo. Nell'estratto riportato sopra, l'espressione di ricezione del medico (*yeah*) viene compresa dalla madre che segnala con un *continuer* (*OK*) che la conversazione può andare avanti. Questo turno della madre è prodotto a beneficio sia del medico che dell'interprete e poiché è anch'esso direttamente accessibile per entrambi, non viene reso dall'interprete.

L'analisi del contenuto delle *zero renditions* dei turni della madre evidenzia che 69 turni non tradotti su 118 sono *backchannels* o *continuers* (*OK, va bene*) oppure espressioni di ricezione/accettazione del contenuto dei turni precedenti talvolta prodotti anticipando o sovrapponendosi alla traduzione dell'interprete poiché la madre possiede una parziale comprensione dell'inglese.

L'estratto 4 riproduce un tipo ricorrente di scambio conversazionale presente in questo incontro. Il medico dice qualcosa, l'interprete traduce e la madre produce un turno in cui segnala la ricezione del messaggio ripetendo *in toto* o in parte le unità costitutive del turno precedente. Questo turno viene presumibilmente considerato un *uptake* dall'interprete (che forse lo ritiene rivolto anche a lei) e non viene tradotto a beneficio del medico. Nel corso di questo incontro tutti i turni prodotti dalla madre che esprimono accettazione o ricezione del messaggio non vengono tradotti dall'interprete anche se non sono direttamente accessibili al medico. Sembrerebbe che l'interprete li percepisca come chiusure positive di uno scambio in cui tutti i partecipanti si sono compresi e alla fine del quale la madre segnala il proprio allineamento con le prescrizioni o le istruzioni fornite dal medico.

(4)

D: our goals then Mrs Rosoni [ e / ]

I: [ a ] allora obiettivi

(.)

→ M: obiettivi sì =

D: = excellent health  
(.)

Proseguendo nell'analisi delle *zero renditions* di turni della madre, cinque turni non tradotti contengono una ripetizione a voce alta delle dosi o delle prescrizioni da inserire nella scheda personale del figlio e vengono quindi trattati dall'interprete come segnali di accettazione di cui si diceva prima. Un elemento che forse vale la pena notare è che otto turni di commento/valutazione riguardo all'osservanza delle prescrizioni non vengono tradotti a beneficio del medico similmente a quanto si è visto nell'estratto 2 relativo all'incontro 1 che riguardava un turno del padre. Solo uno dei commenti/valutazioni espresse dalla madre a proposito delle indicazioni fornite dal medico è stato tradotto (come si vede nell'estratto 6). Occorre però specificare che nessuna di queste *zero renditions* di espressioni di valutazione interessa turni che contengono un disaccordo o una protesta esplicita. L'estratto seguente illustra un caso di decisione dell'interprete di non tradurre un commento della madre relativo ad una prescrizione del medico.

(5)

D: = and our liquid balance should be just about the same (.)  
[ about five ] ==  
M: [ cinquanta ml ]  
D: == five to six hundred millilitres =  
I: = quindi cinquecento seicento sempre il bilancio dei liquidi  
(.)  
M: OK (2) °cinquecento ml ° una dose aggiuntiva cento ° =  
I = cento  
(.)  
→ M: e: e: infatti noi lo facciamo bere poco alla volta (3)  
quello che beve  
(4)

La discussione da cui è tratto l'estratto verte sul bilancio dei liquidi per decidere se lasciarlo invariato o meno. Dopo aver preso nota e aver scritto sulla scheda personale del figlio il dosaggio dei liquidi, la madre esprime lo sforzo compiuto da entrambi i genitori per attenersi alla prescrizione (*e infatti lo facciamo bere poco alla volta*). Aspetta tre secondi, presumibilmente la traduzione o una qualche reazione, e quindi insiste sullo stesso concetto di disagio causato dal basso dosaggio dei liquidi ma questa

volta riferendolo al bambino (*quello che beve*). Di nuovo l'interprete non traduce, probabilmente perché, come si è detto in precedenza, considera queste espressioni un segnale di accettazione della prescrizione che non aggiunge nulla di nuovo e di utile per il medico e la cui traduzione quindi non è rilevante.

D'altra parte quando, nello stesso incontro, la madre esprime un giudizio negativo sulla dieta a rotazione precedentemente prescritta al figlio, questo giudizio negativo esplicito viene reso dall'interprete come si vede nell'estratto 6 riportato qui di seguito. Ovviamente qui il giudizio è sollecitato dal medico che pone la domanda e quindi se l'interprete non traducesse, lo scambio non potrebbe andare avanti. Quello che interessa però è l'esito differente dei due scambi 5 e 6. Nel caso precedente il commento non tradotto porta ad abbandonare il *topic* e quindi non si apre nessuno spazio "negoziale" riguardo alla prescrizione; nell'estratto 6, invece, la traduzione della risposta porta ad un proseguimento dello scambio ed ad un cambiamento della prescrizione. Non sappiamo se lo stesso sarebbe potuto succedere per il bilancio dei liquidi (esempio 5) qualora il medico avesse percepito il disagio dei genitori e del paziente.

## (6)

- (17)  
D: do you think Mrs Rosoni that is necessary to maintain the rotation diet ?  
(.)  
I: pensa che sia necessario mantenere la:: dieta: a rotazione ?  
(1)  
→ M: no: è troppo è troppo:: castigata per Samuele (.) cioè quattro volte il riso quattro volte la pasta è troppo monotono per il bambino  
(.)  
I: he doesn't like it too much because ( 1 ) [ four times pasta ]  
D: good [ well let's stop ]  
the rotation diet =  
I: = allora fer / interrompamola =  
D: = let's go back and have a good solid / good Italian solid diet  
(.)  
I: torniamo alla buona dieta italiana  
(1)

Le altre *zero renditions* dei turni della madre riguardano: scambi diretti con il medico o l'interprete che spesso si chiudono con risposte brevi (*sì, no*) espresse dalla

madre e direttamente accessibili agli altri interlocutori, turni rivolti al figlio, turni inudibili e tentativi di prendere il turno abbandonati subito dopo l'inizio.

Per quanto riguarda il padre, i turni non tradotti dall'interprete sono così distribuiti: quattro *backchannels*, quattro risposte brevi "trasparenti" (*sì, no*) che tutti i partecipanti sono in grado di comprendere senza traduzione, otto turni rivolti al figlio, sette turni inudibili perchè sovrapposti a turni di altri partecipanti, una domanda rivolta al medico, un commento rivolto al medico e quattro turni prodotti nel corso di una sequenza conversazionale di "divagazione" su Mussolini che tra l'altro contiene in proporzione al resto dell'incontro il più elevato numero di turni del padre e di sovrapposizioni tra i parlanti.

Un dato interessante è rappresentato dalla *zero rendition* di quattro turni del padre contenuti in sequenze conversazionali con la madre in cui i due esprimono opinioni diverse come esemplificato nell'estratto 7 riportato di seguito. In questa sequenza il medico chiede ai genitori se ritengono possibile un aumento di peso del figlio di uno o due chili nei mesi seguenti. La domanda viene tradotta dall'interprete e i genitori rispondono esprimendo un'opinione diversa tra loro: per il padre si tratta solo di mangiare di più mentre per la madre è molto improbabile che il figlio possa prendere peso perché si muove molto. Lo scambio tra i genitori viene riassunto e non riprodotto *in toto* dall'interprete che decide di presentare al medico solo il punto di vista della madre.

(7)

- D: do you think Samuele that we can gain (.) one or two kilos  
(.) in the next few months ?  
(.)  
M: [ eh forse ]  
I: [ Samuele ] pensi che nei prossimi mesi potrai ingrassare uno  
o due chili ?  
(2)
- F: sì eh  
(1)
- M: è un po' difficile  
(.)  
F: mangiare deve [ mangiare tanto ]  
M: [ si muo / ] si muove tanto  
(.)
- I: mum is saying is going to be difficult because he moves a



lot  
 D: because ?  
 (.)  
 I: he moves a lot =  
 D: = yes  
 I: = he has a lot of physical ahm ° programme ° =  
 → M: = dovremmo stare / (.) per quanto si muove dovremmo dargli  
 da mangiare ogni ora  
 (.)  
 D: well we'll say (.) gain one kilo  
 (1)  
 M: [ aumentare ]  
 I: [ aumentare ] di un chilo (( lo dicono proprio all'unisono))  
 (17)

Il primo punto da notare in questo estratto è che, come si è già visto nell'esempio 1, la domanda del medico rivolta al bambino viene tradotta, a differenza invece dei turni rivolti dai genitori al figlio/a.

Il secondo punto interessante è che la madre risponde direttamente alla domanda del medico (*eh forse*) precedendo la traduzione dell'interprete che decide di non riferire la risposta della madre al medico neanche dopo aver completato il proprio turno traduttivo (in pratica non notifica al medico la presa di turno della madre e così facendo funge da *gatekeeper*<sup>2</sup>). Subito dopo il padre risponde affermativamente mentre la madre ribadisce la sua posizione di dubbio e l'interprete riferisce al medico lo scambio escludendo il padre. Oltre a non tradurre il primo turno della madre, l'interprete evita di presentare al medico una divergenza interna alla famiglia che forse percepisce come intima e privata e nel far ciò esclude il turno che sostanzialmente esprime accordo/accettazione, composto da una risposta breve accessibile a tutti i partecipanti (*sì eh*), e presenta invece al medico quello che contiene delle perplessità o che comunque non contiene l'accettazione della richiesta. Questa decisione è in linea con la scelta fatta dalla stessa interprete nell'estratto 6.

#### 4.2.3 *Zero renditions – Incontro 3*

Le *zero renditions* dei turni del medico nell'incontro 3 comprendono: tre *backchannels*; due turni relativi ad un foglio che il medico non riesce a trovare (sostanzialmente due pensieri ad alta voce rivolti a se stesso), quattro tentativi di presa

---

<sup>2</sup> Davidson (2000) ha riscontrato questo ruolo nel suo studio sugli incontri medici negli Stati Uniti.

di turno non andati a buon fine, quattro turni di ripetizione (di cui due con valore rafforzativo) di propri turni precedenti, un turno inudibile e tre scambi diretti con la madre come nell'estratto 8 riportato qui di seguito.

(8)

D: [ yes ] does she like cheese ?  
(.)  
I ama il formaggio ? =  
→ M: = cheese sì  
(.)  
D: OK =  
→ M: = mozzarella  
→ D: mozzarella(1) [ bene ]  
M: [ ah ah ] ((risata di soddisfazione))  
(1)  
→ M parmigiano ?  
( . )  
→ D sure (.) sì  
(1)

In questo estratto, dopo la traduzione da parte dell'interprete della domanda del medico a beneficio della madre, il medico e la madre proseguono con uno scambio composto da brevi turni nelle due lingue senza mediazione dell'interprete di cui non hanno momentaneamente bisogno. L'estratto seguente illustra invece la *zero rendition* di due turni del medico contenenti delle ripetizioni.

(9)

(.)  
I: are they going to see e::hm the positive effects of the  
depakine very soon ? =  
C: = [ papà:: ]  
D: [ I would hope ] so =  
I: = speriamo di [ sì ]  
→ D: [ I ] would hope very [ quickly ] ==  
M: [ uh uh uh]  
→ D: == I would hope  
so  
(3)  
M: va be [ ne]

Nell'esempio 9 l'interprete ha appena tradotto una domanda del padre in cui egli esprime preoccupazione riguardo alla possibilità di vedere a breve termine gli effetti benefici di un farmaco anticonvulsivo. Il medico risponde formulando la sua personale speranza che il farmaco appena prescritto produca un effetto positivo (si noti che il carattere personale dell'opinione espressa dal medico viene eliminata dall'interprete nella traduzione che lo sostituisce con il pronome plurale). I due turni seguenti del medico sono ripetizioni del parere espresso nel suo primo turno e, nonostante vi sia l'aggiunta di un elemento temporale nuovo rispetto al turno precedente (*very quickly*), entrambi i turni non vengono tradotti. Tutti si fermano per tre secondi (forse aspettando la traduzione?) e poi la madre produce un *continuer* segnalando che l'incontro può procedere. Lo scambio si chiude così e si passa ad un altro argomento.

Se presa isolatamente, questa decisione di non tradurre risulta difficile da valutare. Se inserita in un'analisi relativa alla mitigazione, alle trasformazioni, alle cancellazioni e ad altre soluzioni traduttive potrebbe forse fornire indicazioni più precise riguardo a certe scelte operate dall'interprete. Ad un primo esame si potrebbe dire che si tratta di una ripetizione che non aggiunge informazioni nuove e che, di conseguenza, viene percepita come un turno non rilevante ai fini della traduzione. Questo tipo di osservazione apre però tutta una serie di interrogativi quali ad esempio: l'interprete teme forse un innalzamento delle aspettative dei genitori nei confronti del farmaco ripetendo per tre volte la speranza positiva del medico? Oppure teme di esporre troppo il medico con un rafforzamento che potrebbe essere contraddetto in seguito dall'effetto del farmaco? Il fatto che il medico sia il partecipante "preferito" dall'interprete in termini di quantità e di contenuto dei turni tradotti non significa peraltro necessariamente che l'interprete si allinei o protegga la "faccia"<sup>3</sup> del medico. Solo un'ulteriore analisi delle trasformazioni apportate dall'interprete al discorso originale potrà dare indicazioni più precise.

L'analisi delle *zero renditions* dei turni della madre evidenzia che per una gran parte si tratta di *backchannels*: 37 su 73. Inoltre quattordici turni non presenti nella resa traduttiva sono scambi diretti col medico (come nell'estratto 8) oppure risposte brevi (*sì, no, grazie*) direttamente accessibili al medico. Le altre *zero renditions* comprendono:

---

<sup>3</sup> Per la definizione di faccia si veda il paragrafo 2.4.3 del capitolo 2.

sette turni rivolti alla figlia, due *continuers*, un turno inudibile, tre segnali di conferma di ricezione del messaggio (come nell'esempio 4), un tentativo fallito di prendere il turno, cinque scambi diretti con l'interprete e quattro scambi diretti col marito come nell'estratto 10 qui di seguito dove la discussione verte sugli olii vegetali ammessi alla dieta della paziente.

**(10)**

M: [ anche olio di arachidi no ] ?  
C: [ OHO OHO OHO ] =  
I: = so you don't want e:: even:: peanut oil  
(.)  
C papà:::  
( . )  
D: it is not as good as the others =  
I: = non è così: buono [ come quelli ]  
C: [ papino:: ] =  
F: = infatti meglio:: =  
M: = olio oliva  
(.)  
I: [ olive oil ]  
F: [ olio di oli ] va =  
D: = sunflower sunflower  
(.)  
I: oppure: ehm di girasole =  
C: = papino  
(.)  
D: sesami  
(.)  
I: olio di sesamo =  
→ F: = di lino  
(.)  
→ M: [ olio di mais ]  
C: [ papino ] (.) papino uhm  
(.)

Nello scambio precedente alla sequenza riportata nell'estratto 10 la madre ha chiesto al medico se le nocciole sono ammesse nella dieta della figlia e il medico ha risposto che tutta la frutta secca è ammessa eccetto le arachidi. La madre chiede adesso se anche l'olio di arachidi debba esser escluso dalla dieta. Il medico risponde che non è buono come gli altri e a questo punto il padre e la madre cominciano a passare in rassegna a voce alta tutte le altre alternative ammesse alla dieta. Questo scambio non viene tradotto a beneficio del medico, probabilmente perché percepito dall'interprete come una consultazione tra genitori, uno scambio privato e familiare.

#### 4.3 Risultati dell'analisi delle zero renditions

Le principali linee tendenziali emerse dall'analisi possono essere riepilogate come segue:

- il medico sembra essere il partecipante più tradotto non solo per numero di turni ma anche per contenuto dei turni poiché i turni non tradotti prodotti dal medico sono *backchannels*, *continuers*, scambi diretti con l'interprete (ad esempio richiesta di ripetere seguita dall'interprete che ripete quanto detto nel suo turno precedente) o scambi diretti con la madre in inglese o tentativi di presa di turno non andati a buon fine ad eccezione di quattro turni di rafforzamento (come negli esempi 3, 5 e 9);
- i turni rivolti al bambino/bambina dal medico vengono sempre tradotti (esempi 1 e 7);
- i turni rivolti dai genitori al figlio/a non vengono mai tradotti (esempio 2);
- i commenti o le valutazioni relative all'osservanza e all'attuazione delle prescrizioni espresse dai due genitori non vengono tradotte quando non contengono una critica o un disaccordo aperto (esempi 2, 5 e 6);
- gli scambi tra genitori o genitori/interprete spesso non vengono tradotti o vengono parzialmente riferiti al medico dall'interprete (esempi 7 e 10);
- i *backchannels* e i *continuers* generalmente non vengono tradotti perché direttamente accessibili a tutti i partecipanti (esempi 3 e 7);
- le risposte brevi sì/no pronunciate in inglese o in italiano spesso non vengono tradotte perché sono ritenute direttamente comprensibili per i partecipanti (esempio 8).

#### 4.4 Analisi delle non-renditions

Fino a questo punto è stato analizzato il comportamento traduttivo dell'interprete in termini di *zero rendition* di turni prodotti dagli altri partecipanti. Gli studi sull'interpretazione dialogica (cfr capitolo 2) hanno dimostrato che l'interprete produce

anche turni che non contengono rese traduttive oppure che oltre alla resa traduttiva contengono delle iniziative discorsive autonome prodotte dall'interprete in quanto partecipante ad un'interazione. Ai fini di questo studio le iniziative dell'interprete sono state analizzate per vedere se potessero fornire indicazioni sul grado di partecipazione discorsiva attiva dell'interprete all'incontro medico in cui era chiamata a mediare.

Nella tabella 3 sono stati conteggiati i turni dell'interprete che contengono contributi autonomi dell'interprete all'interazione. Il dato che emerge è quello relativo al primo incontro dove il 30,4% dei turni dell'interprete sembrano essere contributi autonomi (rispetto al 5,4% e al 4,4% rispettivamente nel secondo e terzo incontro). Anche in questo caso la tabella viene discussa incontro per incontro.

**Tabella 3** Turni dell'interprete contenenti non-renditions

Incontro	Turni dell'interprete	Turni dell'interprete contenenti non-renditions
1	138	42 (30.4%)
2	203	11 (5.4%)
3	136	6 (4.4%)
Total	477	59 (12.4%)

#### 4.4.1 Non-renditions – Incontro 1

Nel primo incontro ben 42 turni dell'interprete (30,4% del totale) contengono delle iniziative autonome. In questa categoria rientrano ovviamente tutte le richieste di chiarimento (come nell'estratto 1) o di ripetizione nonché gli enunciati prodotti dall'interprete per aiutare i genitori a riempire le cartelle mediche (ad esempio indicazioni relative a dove annotare un dosaggio o a come trascrivere esattamente la prescrizione). Oltre a queste tipologie di *non-renditions* è stato interessante notare che vi sono un certo numero di enunciati che contengono delle vere e proprie iniziative di *topic initiation*, di negoziazione delle prescrizioni e di restrizione delle prescrizioni che l'interprete produce in maniera assolutamente autonoma.

L'estratto 11 seguente illustra, attraverso l'analisi di questa categoria, un ruolo attivo dell'interprete ma in direzioni diametralmente opposte: in un caso l'interprete

negozia un vantaggio per il paziente, nell'altro invece impone un limite ad una prescrizione.

(11)

- I: = OK of course he would like cheese you know this / they have eliminated all milk and milk products [ xxx ]  
D: [ I I will] give him cheese (.) I will put in cheese =
- I: = ha detto si può dare un po' di formaggio (.) I mean special time could it be [ cheese on ] /  
D: [ any time ] may be a couple of times a week =
- I: = parmigiano on the pasta =  
D: = sure =  
I = ha detto sì un paio di volte alla settimana si può dare il formaggio (.) magari il parmigiano sulla [ pasta ]  
F: [ sentito ] ? = ((rivolto al figlio))  
M: = sentito ? ((rivolto al figlio))  
(.)  
F: un poco di formaggio ogni tanto ((rivolto al figlio))  
(.)
- I: and (.) gelato magari si può dare ice cream eh:::m una volta? once at what time ? =  
D: = once a week  
(.)  
I: una volta a settimana anche gelato  
(.)

Questa sequenza inizia con la resa dell'interprete di un turno della madre che ha espresso il desiderio del figlio di inserire il formaggio nella dieta. Il medico concorda di aggiungere il formaggio alla dieta e l'interprete traduce il turno del medico ai genitori introducendo una restrizione (*un po'*). Nello stesso turno inizia uno scambio col medico in cui negozia i tempi e suggerisce le modalità di introduzione del formaggio nella dieta (*parmigiano sulla pasta*). Quando conclude lo scambio col medico riferisce ai genitori tutta la sequenza come se fosse una decisione del medico (*ha detto di sì*).

La seconda freccia indica una nuova richiesta ed un nuovo *topic* (il gelato) avviati dall'interprete di propria iniziativa. Questo stesso turno contiene anche la traduzione della richiesta che l'interprete ha avanzato al medico a beneficio della famiglia. L'interprete non solo negozia "senza mandato", per così dire, per conto dei genitori, ma, in termini di analisi conversazionale, pone un vincolo al medico che deve fornire una

risposta sì/no alla richiesta. L'interprete inoltre suggerisce al medico con una domanda la dose di gelato per la dieta (*una volta alla settimana*) e il medico accetta il suggerimento. In questa breve sequenza l'intervento dell'interprete fa pensare non solo ad un ruolo attivo ma quasi determinante ai fini della progressione dello scambio.

Similmente, l'estratto seguente sembra indicare che il contributo dell'interprete sia fondamentale non in termini traduttivi ma di avanzamento nell'affrontare l'argomento in discussione. Sembrerebbe che l'agenda di questa interprete preveda oltre alla funzione meramente traduttiva anche quella di far progredire l'incontro nel modo più efficiente e aproblematico possibile, contribuendo alla definizione delle prescrizioni e delle indicazioni del medico fin nei dettagli come nell'esempio 12.

**(12)**

(.)  
D: d/ d / do you have a a scale at home ? =  
I: = avete la bilancia a casa ? =  
M: = sì =  
I: = yes they do =  
D = Ok so then he can get weighed with with just in his  
underwear (.)  
[ without the clothes on and the same scale (.)  
every every all the time ]  
→ I: [ sì yeah tutto spogliato (.) spogliato con la stessa  
bilancia ] sempre più o meno anche /same time  
[ of day also ] ? ==  
D: [ yeah yeah ]  
I: == stesso orario più o meno una volta al  
mese  
(.)

La sequenza riportata nell'estratto 12 si apre con la domanda del medico ai genitori relativa al possesso di una bilancia per pesare il figlio. Nel turno seguente alla risposta affermativa della madre, il medico comincia a fornire le istruzioni per pesare il bambino. L'interprete inizia a tradurre prima che il medico concluda il proprio turno (di questo tipo di sovrapposizione si parlerà nel capitolo seguente) e aggiunge alla traduzione una richiesta di ulteriori informazioni, non a proprio beneficio, ma per fornire indicazioni più precise ai genitori. Guardando con attenzione il turno evidenziato con la freccia, si nota che l'interprete sta per dare l'indicazione relativa all'orario in cui



pesare il bambino senza consultare il medico (*sempre più o meno anche*) ma poi si interrompe e decide di consultare il medico prima di fornire un'indicazione completamente autonoma (*same time of day also?*). Nell'ultimo turno riferisce l'indicazione sull'orario aggiungendo la frequenza (*una volta al mese*) presumibilmente attingendo alle conoscenze che possiede del programma di riabilitazione.

Gli interventi dell'interprete volti a precisare e specificare le indicazioni del medico possono essere letti come espressione della volontà di fornire al paziente e ai genitori informazioni quanto più precise e dettagliate possibili e quindi come iniziative volte a favorire il flusso di informazioni tra medico e paziente. In almeno altre due occasioni in questo incontro l'interprete incoraggia la partecipazione dei genitori con una richiesta di esprimere il loro parere che il medico non ha prodotto come è osservabile negli estratti 13 e 14.

### (13)

D: = and you can purchase those locally  
[ and you don't have to buy with the post the mail and the  
express and the ] /  
→ I: [ e si possono comprare quindi vicino non si devono spedire  
eccetera ] è molto più facile no ? (.) uh d'accordo ? =  
M: = sì sì [ sì ]  
I: [ yes ] they agree =

Nell'esempio 13 il medico ha appena fornito ai genitori il nome di una marca di farmaci che ritiene ottimi. Nel primo turno della sequenza il medico aggiunge che si possono acquistare nella farmacia locale, un vantaggio rispetto ai farmaci utilizzati in precedenza che erano difficili da reperire e che i genitori dovevano ordinare. L'interprete comincia a tradurre prima che il medico concluda il suo turno (una sovrapposizione simile a quella dell'estratto 12) e dopo aver completato la resa traduttiva aggiunge di propria iniziativa due domande con cui ricerca il consenso dei genitori che invece il medico non aveva richiesto. In pratica, sottoponendo l'indicazione del medico al giudizio dei genitori offre loro la possibilità di un *feedback*, apre uno spazio partecipativo/di confronto tramite una decisione autonoma. La traduzione della risposta breve inoltre viene "espansa" con l'aggiunta di un'espressione di accordo (*yes*

*they agree*). Una richiesta dello stesso tenore si trova in chiusura dell'incontro, come riportato nell'estratto 14.

**(14)**

(5)  
D: I think that's splendid (.) ehm Daniele  
    [ so you follow these guidelines ]  
I: [ OK tutto xxx xxx xxx ]                   seguite tutte queste linee  
    di guida  
(.)  
M: ah ah ((assenso))  
(.)  
→ I: a posto ?  
(.)  
M: uh  
(.)  
F: a posto  
(5)  
D: I don't know when I will see you again (.)

Nel primo turno della sequenza 14 il medico produce un turno riacapitolativo con cui raccomanda ai genitori e al paziente di seguire le istruzioni fornite durante l'incontro. L'interprete traduce il medico e subito dopo la madre produce un'espressione di assenso (*ah ah*). A questo punto l'interprete interviene e prende la parola per chiedere ai genitori se per loro va bene chiudere l'incontro o meno (*a posto?*). Offre in pratica ai genitori il turno seguente e la possibilità di sollevare altri punti o argomenti o di porre domande o richieste, possibilità che non era stata offerta dal medico. È interessante notare che questo breve scambio avviato dall'interprete non viene tradotto al medico e viene pertanto trattato come uno scambio diretto e privato interprete/genitori che non è ritenuto rilevante ai fini traduttivi.

#### 4.4.2 *Non-renditions – Incontro 2*

Il secondo incontro contiene solo 11 *non-renditions* su 203 turni dell'interprete. È evidente dai dati che questa interprete è meno attiva dal punto di vista della produzione di iniziative autonome rispetto all'interprete dell'incontro 1, o che questa interazione viene strutturata in modo da prevedere un minor numero di contributi dell'interprete che non siano traduttivi. L'analisi del contenuto delle *non-renditions* mostra che si tratta di

offerte di aiuto a compilare la scheda personale del paziente o di ripetizioni di turni precedenti per confermare la comprensione o per segnalare la chiusura di uno scambio. L'estratto 15 esemplifica un'offerta di aiuto dell'interprete alla madre. È tratta dall'apertura dell'incontro. Alla madre è stata data una nuova scheda personale per il paziente che deve riempire e l'interprete l'aiuta a trascrivere alcuni dati dalla vecchia scheda alla nuova.

### (15)

```
(6)
M: ° questi sono del dottore ° (2 ° this for me ° (1) ° xxx °
(1)
→ I: se vuole ricopiare::: [ i numeri]
M: [ dodici ]
(.)
I: sì
(.)
```

Nell'estratto 16 invece si trova un esempio di turno ricapitolativo dell'interprete alla fine di uno scambio col medico e la madre.

### (16)

```
(3)
D: Well infections he had the (( indica l'orecchio ))
I: [ quindi infezioni ha avuto quella alle orecchie ]
M: [ infezio / alle o / alle orecchie ] ((finiscono insieme))
(.)
D: that's the wrong ear it was this ear
[ wasn't it the right side ]
I: [ il destro vero ] ? =
M: = l'orecchio dest [ ro sì ]
→ I: [ il destro ]
(12)
```

Come si è visto, i contributi autonomi dell'interprete in questa interazione sono abbastanza limitati non solo come numero e come tipologia ma anche dal punto di vista del contenuto.

#### 4.4.3 *Non-renditions – Incontro 3*

Nel terzo incontro l'interprete produce solo 6 *non-renditions*: due sono contenute in turni in cui aiuta la madre a scrivere i dosaggi di un farmaco sulla scheda personale del paziente, analogamente all'esempio 16, due sono domande di conferma rivolte al medico riguardo ad un dosaggio e due invece contengono una limitazione ad una prescrizione del medico che l'interprete esprime di propria iniziativa.

(17)

D:[ yes ] does she like cheese ?  
(.)  
I: ama il formaggio ? =  
M: = cheese sì  
(.)  
D: OK =  
M: = mozzarella  
D: mozzarella (1) [ bene ]  
M: [ ah ah ] ((risata di soddisfazione))  
(1)  
M: parmigiano ?  
(.)  
D: sure (.) sì  
(1)  
→ I: poco =  
M: = un poco poco [ poco ]  
F: [ poco ] ( . ) poco però ah ? poco =  
((rivolto alla bambina))  
→ I: = e anche [ poco per voi ]  
M: [ eh ehe ehe ] ((risata))

Nell'esempio 17 riportato sopra si discute la possibilità di introdurre latte e latticini nella dieta della paziente. Il medico ha già comunicato ai genitori che possono inserire il formaggio nella dieta.

La prima parte dell'esempio, che già figurava nell'estratto 8, contiene uno scambio diretto medico/madre mentre nella seconda parte l'interprete prende l'iniziativa ponendo un limite alla prescrizione del medico sia per la piccola paziente che per i genitori. Vale la pena notare che il contributo "limitativo" è il primo mentre il secondo, al contrario, essendo in forma di battuta induce a pensare che l'interprete voglia minimizzare, rendere più accettabile la limitazione precedente (mangiarne poco fa bene a tutti).

Anche in questo incontro, come nel precedente, i contributi autonomi dell'interprete sono molto ridotti, sia come numero che come tipologia.

### *3.5 Risultati dell'analisi delle non-renditions*

Tra le tre interpreti presenti negli incontri oggetto di questo studio, sicuramente quella che ha partecipato al primo incontro è la più attiva dal punto di vista della produzione discorsiva. Benché non tutte le iniziative contengano lo stesso orientamento come si vede dall'estratto 1, la gran parte delle *non-renditions* prodotte da questa interprete sono volte a favorire la comunicazione tra i partecipanti primari. Questo avviene tramite richieste di informazioni specifiche rivolte al medico ai fini di comunicarle ai genitori del paziente e in taluni casi tramite l'offerta del turno seguente ai genitori del paziente decisa in modo autonomo dall'interprete.

L'analisi delle *non-renditions* non ha portato ad individuare lo stesso grado di partecipazione discorsiva attiva da parte delle tre interpreti. Inoltre non è emerso un orientamento comune per tutte le interpreti verso il paziente e/o i genitori. Al contrario, è stato possibile osservare che il comportamento/atteggiamento dell'interprete varia da molto attivo e volto a favorire la partecipazione dei genitori del paziente, come nell'incontro 1, a meno attivo nei confronti dei genitori del paziente e del paziente, come nel caso dell'incontro 3. Ovviamente, resta da vedere quanto la struttura dell'interazione a cui ha partecipato ciascuna interprete ha influito sulla produzione di contributi autonomi e sulla loro tipologia. Nell'incontro 3, ad esempio la situazione di affollamento linguistico in termini di numero di turni e di presenza di conversazioni parallele, può indurre a pensare che, anche solo da un punto di vista meramente acustico, ci sia poco spazio per una produzione autonoma dell'interprete. Nel secondo incontro invece la partecipazione dominante della madre in termini di numero di turni e di continua produzione di segnali di accettazione, di ricezione e di conferma può aver limitato le possibilità di intervento linguistico autonomo dell'interprete.

#### 4.6 Conclusioni

L'analisi delle *zero renditions* nei tre incontri ha evidenziato che il medico è il partecipante *privilegiato* ai fini della funzione traduttiva dell'interprete sia dal punto di vista quantitativo che in termini di contenuto riprodotto nelle rese traduttive. È inoltre emerso che vi sono particolari tipologie di enunciati che più frequentemente di altre vengono escluse dalla traduzione.

L'applicazione della categoria delle *non-renditions* ha fatto emergere la presenza di iniziative autonome delle interpreti nei tre incontri ma in quantità e di tipologia diversa.

Volendo formulare delle considerazioni derivanti dai risultati dell'analisi delle due categorie considerate insieme è possibile dire che emerge chiaramente una funzione comune alle tre interpreti: il coordinamento in seno all'interazione a cui partecipano. Indipendentemente dal numero di contributi attivi (*non renditions*) prodotti da ciascuna interprete, è evidente che l'attenzione è rivolta a mettere i partecipanti in comunicazione, per esempio astenendosi dal tradurre quando la comunicazione può andare avanti senza la traduzione e lasciando quindi che il medico e i genitori entrino in contatto linguistico diretto quando è possibile, o controllando sistematicamente che la comunicazione sia avvenuta. Quest'ultimo aspetto è visibile nelle riformulazioni di conferma come nell'esempio 14 (*il destro*) o richieste di conferma come nell'esempio 16 (*a posto?*) o, come nell'ultimo esempio, nella battuta volta ad attenuare l'impatto dell'informazione precedente.



## Capitolo 5

### IL CONTRIBUTO DELL'INTERPRETE ALL'ORDINE CONVERSAZIONALE

Nel capitolo precedente è stata mostrata la partecipazione attiva dell'interprete all'interazione medica tramite la sua produzione sia traduttiva che discorsiva. Il secondo aspetto su cui si concentra questo studio riguarda se e come la partecipazione dell'interprete emerga anche dalla gestione dei turni di parola, in altri termini come l'interprete contribuisce alla costruzione dell'ordine conversazionale all'interno dell'interazione mediata. In particolare verrà discusso il modello dell'alternanza dei turni nel discorso mediato dall'interprete proposto da Davidson (2002), applicandolo ai tre incontri medici oggetto di questo lavoro. In seguito ci si concentrerà sulle sovrapposizioni che coinvolgono l'interprete allo scopo di vedere se e come l'interprete partecipi all'allocatione dei turni di parola. Infine, sulla base dei risultati dell'analisi, si trarranno alcune considerazioni sul ricorso alle sovrapposizioni in quanto risorsa conversazionale utilizzata dall'interprete ai fini sia della presa di turno sia della funzione traduttiva.

#### *5.1 L'interazione verbale mediata dall'interprete: il modello di Davidson*

Partendo dal parlato spontaneo tra due partecipanti che si esprimono nella stessa lingua e che si alternano nei turni di parola, una possibile rappresentazione grafica è quella illustrata nella figura 1 (Davidson, 2002: 1279).



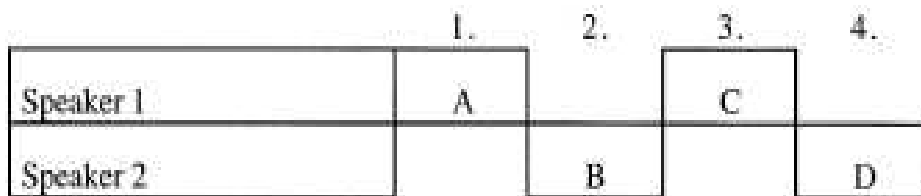


Fig. 1. Graphic representation of turns-at-talk in same-language discourse.

Un modello di alternanza dei turni che voglia tener conto della mediazione dell'interprete potrebbe essere rappresentato come nella figura 2 (Davidson, 2002: 1279). Dove  $\Delta$  e  $\Omega$  indicano le due lingue in cui si svolge l'interazione. L'inserimento dei turni dell'interprete in questo modo, tuttavia, riduce il suo ruolo a quello di puro e semplice *animatore* nei termini di Goffman (1981b/1987), vale a dire un ripetitore in lingue diverse di enunciati dei parlanti, che gli studi sui dati reali hanno ampiamente dimostrato non corrispondere alla realtà<sup>1</sup>. Inoltre questo modello non terrebbe conto di almeno un elemento fondamentale: il messaggio di un parlante non necessariamente viene ricevuto e riprodotto dall'interprete esattamente così com'è stato espresso e inteso dal parlante (non si tratta di originale e traduzione dell'originale bensì di originale → **senso compreso dall'interprete** → produzione del messaggio così come è stato compreso dall'interprete nella resa traduttiva).

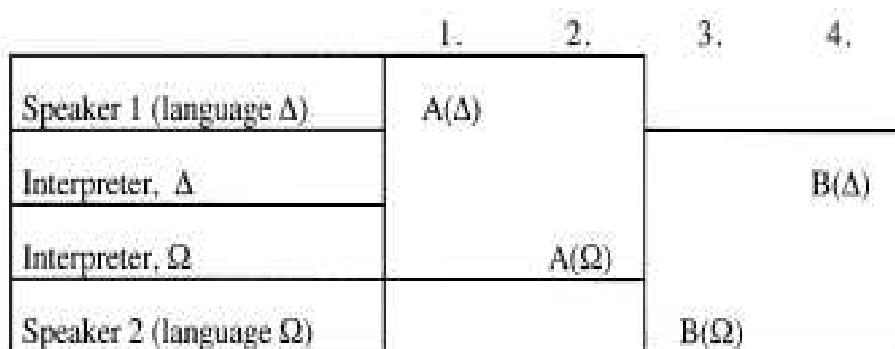


Fig. 2. Turns-at-talk in interpreted discourse—a basic model.

<sup>1</sup> Cfr. Capitolo 2

Inoltre Davidson ha giustamente osservato che anche questa seconda ipotesi di modello è carente almeno per un aspetto: non prevede l'eventualità di scambi monolingui tra il parlante o il ricevente e l'interprete che concorrono alla costruzione e alla negoziazione del significato. L'autore ha pertanto elaborato un modello che tiene conto anche di questi scambi. Una possibile rappresentazione grafica che tenga conto degli elementi finora menzionati dovrebbe corrispondere alla figura 3 (Davidson, 2002: 1284) dove gli scambi nella stessa lingua tra l'interprete e i partecipanti sono opzionali sia in termini di occorrenza, vale a dire possono esserci o non esserci, sia in termini di ricorsività - possono pertanto occupare due turni o venti turni.

Il modello contiene 10 turni suddivisi in tre insiemi di meta-turni. I turni da 1 a 4 e da 7 a 10 rappresentano lo scambio conversazionale tra il parlante primario e l'interprete che sfocia nella produzione della traduzione (conversione da una lingua all'altra) da parte dell'interprete che quindi contribuisce alla costruzione del significato. I turni nel doppio riquadro sono quelli in cui il contenuto del messaggio viene effettivamente incorporato nella conversazione: il messaggio del parlante 1 arriva effettivamente al parlante 2 che può reagire producendo un suo turno. Infine i turni nelle caselle ombreggiate sono quelli definiti da Davidson "liminali", vale a dire che non solo segnalano la fine di uno scambio nella stessa lingua e l'inizio dell'interpretazione, ma rappresentano anche il punto di passaggio da una lingua all'altra.

	1.	(2.)	(3.)	4.	(5.)	(6.)	7.	(8.)	(9.)	10.
Speaker 1 (language Δ)	A	(*)								
Interpreter. Δ		(*)								B
Interpreter. Ω				A'		(*)		(*)		
Speaker 2 (language Ω)					(*)		B		(*)	

Fig. 3. Turns-at-talk in interpreted discourse—the "collaborative" model.

## 5.2 L'applicazione del modello ai dati dello studio

In un mondo ideale questa pre-allocazione dei turni ipotizzata da Davidson potrebbe avvenire anche con più di due parlanti primari. Ad esempio A si rivolge a B e C, l'interprete traduce il messaggio di A a beneficio di B e C, poi B o C producono un contributo che l'interprete traduce ad A. A questo punto potrebbe seguire una nuova produzione da parte di chi fra B e C decide di prendere la parola e il turno prodotto verrebbe tradotto di nuovo a beneficio di A che potrebbe a sua volta far seguire alla ricezione del messaggio tradotto una sua nuova produzione e così via, sempre mantenendo la possibilità di scambi nella stessa lingua tra interprete e parlanti primari. Un'interazione verbale di questo genere può essere illustrata attraverso l'esempio 1 tratto dai dati raccolti e riportato qui di seguito.

L'estratto 1 contiene la fase iniziale dell'incontro in cui il medico raccoglie i dati relativi ai cambiamenti nel peso e nell'altezza del paziente. Il medico pone una domanda, l'interprete traduce, uno dei due destinatari della domanda risponde, il medico produce un'accettazione della risposta e un consenso e l'interprete traduce questo turno (la reciprocità è completamente ed esplicitamente raggiunta). A questo punto un altro parlante si auto-seleziona (cfr. 3.3.2.1) per prendere il turno seguente, l'interprete traduce il turno, il medico, che ne è destinatario, segnala di nuovo che ha capito e l'interprete avvia uno scambio di conferma e chiarimento di quanto detto fino a quel momento, proprio come previsto nel modello di Davidson.

### (1) - Incontro 1

D: [ you you ] gained three kilos ?  
(.)  
I: hai aumentato di tre chili ? (.) sì ? giusto ?  
(1)  
F: sì è cresciuto  
(.)  
I: yeah he got taller too  
(.)  
D: that's right =

I: = OK è giusto  
 (.)  
 M: in nove mesi  
 (.)  
 I: in nine months =  
 D: = yeah =  
 I: = his last visit was nine months ago so (.) not six ti sei  
 allungato anche (.) benissimo

Forse vale la pena notare che anche quando tutto può sembrare perfettamente sequenziale come in questo caso, si possono presentare elementi che sfuggono ad un ordine lineare: l'ultimo turno dell'interprete è mistilingue e si rivolge sia al medico che agli altri due partecipanti e quindi non è perfettamente collocabile nella posizione di scambio diretto dell'interprete col medico a cui nel modello segue il turno di traduzione che nell'esempio in questione non c'è. In questo caso la deviazione dal modello ha poca rilevanza, trattandosi di un turno ricapitolativo che chiude lo scambio, ma è una utile indicazione al contempo dei punti di forza e di debolezza del modello. Se da una parte infatti è vero che ci sono turni che "sfuggono" al modello, dall'altra è proprio l'applicazione del modello a far emergere quei turni che essendo atipici possono potenzialmente essere problematici o rivelatori di elementi nuovi o distintivi della comunicazione mediata da un interprete rispetto a quella non mediata da un interprete.

Altri elementi che eludono il modello si ritrovano nell'estratto 2 qui di seguito che riporta una sequenza della discussione sul regime farmacologico del paziente e in cui si nota l'assenza della seconda parte di una coppia adiacente (cfr. 3.3.2.2).

## (2) - Incontro 2

(17)  
 → M: ° OK ° (4) la bi dodici ?  
 (1)  
 D: these these we should stop altogether =  
 I: = que [ ste ( . ) no ] ==  
 M: [ questi as / ]  
 I: == le interrompiamo insi [ eme ]  
 M: [ xxx ] OK  
 [ va bene ]

Dopo una lunga pausa durante la quale il medico osserva le scatole di farmaci che ha davanti a sé, la madre inizia un nuovo scambio chiedendo il dosaggio per la vitamina B12. L'interprete non traduce e il medico prende la parola e mostrando la scatola di un altro farmaco indica che va interrotto. L'interprete e la madre prendono il turno quasi contemporaneamente e la madre lascia la parola all'interprete che completa il suo turno traduttivo, seguito subito dall'accettazione del messaggio da parte della madre. In sostanza, la domanda iniziale della madre, non essendo tradotta, non arriva al destinatario che quindi non produce una risposta.

Sulla base di questo breve scambio sono possibili almeno tre osservazioni: a) la sequenza indicata dal modello di Davidson in questo caso non viene rispettata poiché si salta dal turno 1 al turno 7 (della figura 3); b) da un punto di vista delle coppie adiacenti manca la seconda parte (risposta); c) il medico non chiede la traduzione e quindi non avvia un *repair* (cfr. 3.3.2.3).

Un altro aspetto che non sembra essere previsto dal modello di Davidson è presente nell'esempio 3. Nella sequenza riportata qui di seguito si discute della dieta da prescrivere al piccolo paziente. Se si considera un turno come una porzione di parlato prodotta da un parlante fino a che non lascia la parola ad un altro parlante, questo esempio presenta un elemento che potrebbe essere aggiunto al modello di Davidson: la ricorsività nel numero di turni del parlante primario e di turni traduttivi dell'interprete. Un contributo di un parlante può essere cioè scomposto in varie unità che non sono scambi diretti tra parlante e interprete ma solo componenti di quello che forse nel parlato spontaneo sarebbe un unico turno ma che nell'esempio in questione viene inframmezzato dalla traduzione. Nella sequenza riportata di seguito, l'interprete non aspetta che il medico le lasci il turno ma comincia a tradurre mentre il medico decide di sospendere il proprio turno. Per riprendere il turno lasciato in sospenso, il medico si sovrappone alla madre che ha iniziato uno scambio monolingue con l'interprete in cui segnala di aver ricevuto il messaggio. Questo turno della madre rientra invece nel modello in quanto scambio diretto tra interprete e parlante primario previsto come possibilità dopo ogni turno dell'interprete.

### (3) - Incontro 2

M: = questo lo farò comunque però non darò quattro volte riso o  
quattro volte:: mais o quattro volte perché [ xxx ]  
I: [ but ] she is not  
going to give him four times rice four times(.)[ corn ]  
→ D: [ ye ye ] yeah  
well this is / was an investigation procedu [ re ]  
I: [ eh ] questo è  
stato più che altro una prova [ una verifica ]  
M: [ una prova ] [ esatto ]  
→ D: [ and ] you dis  
/ you discovered several things [ that ]  
I: [ avete ] scoperto alcune cose =  
→ D: = that are worth continuing  
(.)  
I: che ora continueremo a fare  
(.)

Quello che salta immediatamente all'occhio (forse sarebbe il caso di dire all'orecchio) è la presenza di un numero non trascurabile di sovrapposizioni sia interrompenti che non interrompenti. Questo meccanismo per la presa del turno è uno degli elementi costitutivi dell'organizzazione dell'alternanza dei turni (Sacks et al. 1978) e può fornire indicazioni riguardo alla costruzione dell'ordine conversazionale da parte dei partecipanti ad un'interazione e di conseguenza anche da parte dell'interprete. Partendo dalle tipologie di sovrapposizioni riscontrate nel parlato spontaneo da Jefferson (1984) ci si concentrerà in seguito sull'analisi del parlato sovrapposto che coinvolge l'interprete negli incontri studiati per meglio delineare quale sia il ruolo dell'interprete al riguardo.

#### 5.3 *Le sovrapposizioni nel parlato spontaneo*

L'analisi della conversazione spontanea ha evidenziato che chi si auto-seleziona per primo si aggiudica il turno, e che quindi il parlante successivo cerca di iniziare il proprio

turno quanto prima possibile e va a sovrapporsi ad unità o parti finali del turno precedente (Sacks et al. 1978)<sup>2</sup>. Le sovrapposizioni possono verificarsi generalmente in due casi: quando un parlante si auto-seleziona in prossimità o prima di un possibile punto di rilevanza transizionale (cfr. 3.3,2.1) mentre l'altro parlante sta continuando il proprio turno, o quando due parlanti si selezionano contemporaneamente per prendere il turno successivo. In base alla collocazione in cui si trovano le sovrapposizioni, Jefferson (1984) le distingue in tre tipologie: *transitional*, *recognitional* e *progressional*. Queste tre tipologie, come si vedrà in seguito, possono essere individuate anche nella conversazione mediata dall'interprete e vale forse la pena richiamarle brevemente. La prima tipologia (*transitional*) comprende tutte le sovrapposizioni che si verificano quando c'è una proiezione errata di un possibile luogo di transizione da parte del parlante successivo che prende la parola mentre l'altro parlante prosegue. Questa stessa tipologia si verifica inoltre quando il parlante successivo per aggiudicarsi il turno seguente inizia a parlare quanto prima possibile e si sovrappone a unità o parti finali del turno precedente. Per quanto riguarda la seconda tipologia (*recognitional*), che è strettamente collegata alla prima, il parlante successivo si basa sul contenuto del turno precedente e inizia a parlare quando ritiene che tale contenuto gli sia chiaro ed accessibile senza aspettare il completamento del turno. La terza tipologia di sovrapposizioni – *progressional* - si verifica quando un parlante successivo percepisce una disfluenza prodotta dal parlante nel turno precedente che lo spinge ad intervenire. Come si vedrà in seguito, queste tipologie di sovrapposizioni, comunemente utilizzate da parlanti che comunicano nella stessa lingua per aggiudicarsi un turno si ritrovano anche negli incontri mediati dall'interprete oggetto di questo studio.

#### 5.4 Le sovrapposizioni tra parlanti primari negli incontri mediati da un interprete

Nella sua analisi di un incontro tra un partecipante che usa la lingua parlata e un

---

<sup>2</sup> “Rule 1(b) [self-selection for next speakership] in allocating a turn to that self-selector who starts first encourages earliest possible start, and encourages it for each self-selector.” (Sacks et al. 1978: 15).

partecipante che usa il linguaggio dei segni mediato da un interprete del linguaggio dei segni, Roy (2000) considera sovrapposizioni solo quelle tra i parlanti primari mettendo semplicemente da parte le sovrapposizioni create dall'interprete con la giustificazione che:

... simultaneous talk of speaker and interpreter, which in face-to-face interpreting can be seen or heard by all participants, is a marker of the unusual nature of the interpreting event. This interlingual overlap becomes an accepted norm of these face-to-face encounters...

(Roy 2000:84)

Secondo Roy nel caso di sovrapposizioni tra due parlanti primari, diversamente dalla conversazione naturale che potrebbe procedere senza intoppi, l'interprete è costretto a prendere delle decisioni:

1) può fermare uno (o entrambi) i parlanti e consentire all'altro di continuare. In entrambi i casi procede ad un'auto-selezione per prendere un turno in cui decide a chi assegnare la parola (ad es. dicendo "uno alla volta per favore");

2) può momentaneamente ignorare una delle sovrapposizioni, tenere il segmento di parlato in memoria continuando a tradurre uno dei due parlanti per poi produrre la resa dell'altro;

3) può ignorare completamente la sovrapposizione;

4) può momentaneamente ignorare la sovrapposizione e, dopo aver concluso l'interpretazione di un parlante, può offrire il turno seguente all'altro partecipante o indicare che c'è stato un tentativo di presa di turno (ad es. dicendo "X o Y voleva dire qualcosa").

L'esempio 4 riportato qui di seguito illustra un caso in cui l'interprete ignora una sovrapposizione e decide di non tradurla.

#### (4) - Incontro 1

M: = ah ah ah soltanto che il dottor Bean ci ha [ rag ] /

I: [ yes ]

M: ha aggiunto i forma [ ggi ]

I: [ but ] (.) but you gave them cheese



and ice cream they [ said ]  
 → D: [ o:::h absolutely ]  
 → M: [ quindi è una brava ] persona il dottor  
     [ Bean ]  
 D: [ oho::: ] you keep you keep this sheet eh eh = ((risata ))  
 I: = questo si tiene anche coi suoi appunti  
     (.)  
 M: importantissimo =  
 I: = that's very important  
 (5)

Il medico e la madre si sovrappongono e l'interprete ignora i due turni sovrapposti in cui il medico produce un *acknowledgement* del messaggio tradotto ( *o:::h absolutely* ) e la madre esprime una lode al medico ( *quindi è una brava persona il dottor Bean* ).

Nell'esempio 5 l'interprete decide invece di tenere il segmento di parlato sovrapposto in memoria e di tradurlo in seguito. La sequenza riportata nell'estratto comincia con una domanda del medico che chiede se il bambino rifarà un esame del sangue prima della prossima visita. La madre esprime la disponibilità a rifarlo se è necessario e il medico giustifica la richiesta sottolineando che l'ultima analisi del sangue è del mese di luglio precedente (la visita da cui è tratto l'esempio si tiene in gennaio). La madre inizia un turno di spiegazione del perché l'esame risalga ad alcuni mesi prima, ma il medico tenta di prendere la parola sovrappoendosi. L'interprete prova ad iniziare a tradurre ma poi lascia finire la madre e nel turno finale della sequenza traduce l'intero messaggio. Il tentativo di presa di turno del medico non viene tradotto, né l'interprete gli offre il turno successivo.

## (5) - Incontro 2

D: = is is Samuele scheduled to get another blood test this period  
     (.)  
 I: questo periodo dovrà rifare l'esame del sangue ?  
     (.)  
 M: sì (.) se:: se loro vogliono che noi [ lo: lo ]  
 → I: [ if you want to]  
 D: [ because he had this ] this  
     this blood test was (.) in July  
     (.)  
 I: abbiamo questo che è di luglio [ giusto ] ?

M: [ di luglio ] sì  
soli [ tamente ] ==  
→ D: [ so I think ]  
M: == lo si fa una:: [ ci / xxx ] ==  
→ I: [ they usually ]  
M: == una  
volta l'anno  
(.)  
I: they usually have it made once a year  
(.)

Si noti inoltre che l'interprete a sua volta produce due sovrapposizioni. La prima (contenuta nel suo secondo turno) genera un'interruzione della madre che le lascia la parola. La seconda (presente nel penultimo turno dell'interprete) è un tentativo di presa di turno per aggiudicarsi lo spazio di parola per la traduzione che non va a buon fine. Sono proprio le sovrapposizioni tra l'interprete ed i parlanti primari che saranno oggetto del prossimo punto.

### *5.5 Le sovrapposizioni tra interprete e parlanti primari*

Come si è visto nel paragrafo precedente, le sovrapposizioni tra interprete e parlanti primari sono state considerate da Roy come un elemento insito nella conversazione mediata e non come un indicatore della partecipazione attiva dell'interprete alla costruzione dell'ordine conversazionale. In base ad un'analisi quantitativa delle sovrapposizioni presenti nei tre incontri medici oggetto di questo studio, le sovrapposizioni sembrano interessare più l'interprete che non i partecipanti primari come illustrato dalla tabella 4.

Ai fini di questo studio si è considerato un turno una porzione di parlato che comincia dove il parlante inizia a parlare (sia partecipante primario che interprete) e finisce nel punto in cui tale parlante lascia il turno ad un altro. Un turno può pertanto includere delle pause e può sovrapporsi in parte o del tutto ad un altro turno.

**Tabella 4** Sovrapposizioni tra l'interprete e i parlanti primari

Incontro	Durata	Totale Turni	Turni Interprete	Totale Sovrapposizioni	Sovrapposizioni con l'interprete
1	14'29"	294	138	74	66 (89,1%)
2	29'44"	592	203	190	147 (77,3 %)
3	26'39"	374	136	73	48 (65,7 %)
Totale	70'12"	1260	477	337	261 (77,4 %)

Le sovrapposizioni sono state contate come singole occorrenze di parlato simultaneo e di conseguenza nell'ambito dello stesso turno possono esservi anche più di una sovrapposizione (ad esempio una che interessa l'inizio del turno ed una la coda). Infine i parlanti in sovrapposizione possono essere più di 2. Nell'incontro 3 tutti gli scambi tra padre e figlia non sono stati inclusi nel conteggio dei turni riportato in tabella poiché l'interprete non partecipa mai all'interazione padre-figlia che per tutta la durata dell'incontro si svolge in parallelo rispetto all'interazione medico-madre-interprete.

Nell'incontro 1 le sovrapposizioni che non coinvolgono l'interprete sono così distribuite: due tra il medico e la madre; cinque tra il padre e la madre; una tra il padre e il medico. Nell'incontro 2 l'interprete non è coinvolto in ventitrè sovrapposizioni di turni del medico e della madre, cinque sovrapposizioni tra il medico e il padre e quindici sovrapposizioni tra la madre e il padre. Il terzo incontro presenta un'interazione verbale più complessa. Come si è detto nel capitolo precedente, la piccola paziente è molto irrequieta e il padre la intrattiene facendola scrivere, disegnare e giocare mentre il medico parla con la madre con la mediazione dell'interprete. Il padre interviene solo sporadicamente nell'interazione medico-madre-interprete. In questo incontro le sovrapposizioni che non coinvolgono l'interprete sono distribuite come segue: dieci tra il medico e la madre, sei tra il medico e il padre e nove tra il padre e la madre.

Il numero non trascurabile di sovrapposizioni prodotte nei tre incontri presentati qui potrebbe indurre a pensare ad una qualche mancanza di ordine conversazionale o ad una certa incapacità da parte dei partecipanti a gestire l'allocazione dei turni e quindi ad una caratteristica specifica di questi tre incontri in particolare. L'analisi d'incontri di servizio nelle librerie inglesi ed italiane condotta da Zorzi Calò (1990) ha messo in evidenza che fenomeni quali le sovrapposizioni e le interruzioni, che apparentemente "disturbano" l'ordine conversazionale, in realtà sono uno strumento a disposizione dei parlanti per raggiungere determinati scopi:

Le disfluenze del parlato che implicano sovrapposizione e interruzione fra gli interlocutori sono state rilevate in quanto deviazioni dall'andamento normale della conversazione. Questo ovviamente non significa che sono errori casuali e irripetibili dei parlanti: anzi, certe regolarità nella loro occorrenza permettono di guardarle come risorse che i parlanti utilizzano per raggiungere i propri fini, per manifestare la propria identità sociale o per condurre a termine sequenze organizzate di attività verbali.

(Zorzi Calò 1990: 82).

### *5.6 Le sovrapposizioni per aggiudicarsi il turno*

Come è stato indicato in precedenza, l'osservazione del parlato spontaneo ha evidenziato che uno dei luoghi dove si verificano le sovrapposizioni è il punto di rilevanza transizionale, vale a dire il punto in cui un parlante proietta la fine di un turno e inizia a parlare per aggiudicarsi il turno successivo. Nei dati presentati in questo studio parte delle sovrapposizioni tra interprete e parlante primario si verificano proprio in prossimità di un punto di rilevanza transizionale e rientrano pertanto nella categoria definita da Jefferson *transitional*. L'esempio 6 riportato qui di seguito contiene una sovrapposizione di questo tipo. La sequenza è tratta dalle fase iniziale dell'incontro in cui il medico valuta i progressi raggiunti dal paziente.

## (6) - Incontro 1

D: = so you have had good grow [ th ]  
I: [ quindi ] la crescita è stata [ buona ]  
D: [ you got ]  
good neurological development ah ah = ((risata di soddisfazione))  
I: = buono sviluppo buon sviluppo neurologico  
(.)

L'estratto 7 seguente contiene tre tipi diversi di sovrapposizioni. La prima sovrapposizione è proprio un caso di inizio simultaneo di un turno da parte dell'interprete, che inizia a tradurre, e della madre che ha già capito quanto è stato detto dal medico e prende la parola senza aspettare la traduzione proprio per segnalare che ha capito. La seconda sovrapposizione, che rientra nella tipologia *recognitional*, avviene in un punto in cui il contenuto del turno è già pienamente riconoscibile. L'interprete non si preoccupa di aspettare il completamento del turno e comincia a tradurre sovrapponendosi al *tag*. Infine la terza sovrapposizione, contenente la conferma dell'interprete che il messaggio è stato correttamente ricevuto dalla madre, avviene in coda al turno, come nell'esempio 6. L'interprete in sostanza si auto-seleziona in prossimità del possibile completamento di un turno ritenendo che le spetti il turno successivo e che per aggiudicarselo sia opportuno cominciare a tradurre poco prima del completamento del turno del parlante primario.

## (7) - Incontro 2

(3)  
D: well infections he had the (( indica l'orecchio ))  
→ I: [ quindi infezioni ha avuto quella alle orecchie ]  
→ M: [ infezio / alle o / alle orecchie ] ((finiscono insieme))  
(.)  
→ D: that's the wrong ear it was this ear [ wasn't it the right side ]  
→ I: [ il destro vero ] ? =  
→ M: = l'orecchio dest [ ro sì ]  
→ I: [ il destro ]  
(12)

L'esempio 8 riportato qui di seguito, in cui si discute delle prescrizioni precedenti che non hanno dato esiti positivi, contiene un caso di sovrapposizione in coincidenza con una disfluenza del parlante, in questo caso il medico, che viene colta dal parlante successivo, in questo caso l'interprete, per prendere la parola analogamente a quanto riscontrato nella tipologia definita da Jefferson *progressional*.

**(8) - Incontro 3**

D: = with this child (2)and they [ prescribed ] ==  
 C: [ palla ]  
 D: == masking the kitogenic [ diet ] ==  
 C: [ palla ]  
 D: == the rotation diet the  
 hypoalergenic diet =  
 C: = NO PAPA'NO =  
 D: = but nothing helped [ nothing nothing was ] ==  
 C: [ NO: NO:]  
 → D: == was [ was ]

→ I	[ mi sta ] dicendo che:: l'anno scorso avete avuto: cioè tutto questo periodo precedente { alla visita avete avuto problemi seri nonostante vi abbiano dato le maschere la dieta chitogenica la dieta a rotazione una dieta:: (1) ipoallergenica e: mobilità insomma molta mobilità	C  F C	{pallo (2) pallo: (1) pallo: pallo:: papi (2) papino: shush papino (2) pallo
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Gli esempi 6, 7 e 8 sembrano indicare che l'interprete genera la stessa tipologia di sovrapposizioni che si trovano generalmente nel parlato spontaneo tra due parlanti che comunicano nella stessa lingua. Nel corso degli incontri si verificano però anche altre tipologie di sovrapposizioni che, come di vedrà di seguito, vengono create dall'interprete per delle finalità specifiche.

### 5.7 *Le sovrapposizioni per regolare la durata del turno del parlante*

L'interprete non può decidere la durata del turno di un parlante primario, a meno che non abbia preso accordi prima dell'incontro chiedendo ad esempio ai partecipanti di fermarsi dopo ogni frase. Anche quando ciò avvenga, non si può trascurare il fatto che l'interazione verbale è un processo dinamico, che i partecipanti possono lasciarsi trasportare dall'entusiasmo e produrre turni lunghi, o semplicemente dimenticare o ignorare momentaneamente gli accordi presi. Dai dati analizzati emerge che l'interprete utilizza le sovrapposizioni proprio al fine di controllare la lunghezza dei turni dei parlanti primari almeno in due casi: a) quando si accorge nel corso di un turno già iniziato da un parlante primario che, se ne aspetta il completamento, il turno diventa troppo lungo da tenere in memoria e b) quando l'unità costitutiva dell'inizio del turno di un parlante primario lascia prevedere che la durata non sarà breve. Gli esempi 9 e 10 illustrano proprio il primo dei due casi mentre gli esempi 11, 12, 13 e 14 rientrano nel secondo caso.

#### **(9) - Incontro 1**

- D: = Ok so then he can get weighed with with just in his underwear  
(.)
- D: [ without the clothes on and the same scale (.) every every all  
the time ]
- I: [ sì yeah tutto spogliato (.) spogliato con la stessa bilancia ]  
sempre più o meno anche same time [ of day also ] ?
- D: [ yeah yeah ] =
- I: = stesso orario più o meno una volta al mese  
(.)

#### **(10) - Incontro 2**

- D: all right I think the basic plan for the diet Mrs Rosoni (.)  
should be pretty much the same that doctor Jhonson  
[ outlined for you with the protein fat and carbohydrates just /  
just about the same ]
- I: [ quindi anche qui lasciamo più o a meno quello che aveva già

fatto la dottoressa Jhonson per le proteine ]

Nelle due brevi sequenze riportate negli esempi 9 e 10 l'interprete comincia a tradurre mentre il medico parla per evitare che il turno diventi così lungo da non poter essere tenuto in memoria. In questo caso il medico non percepisce la sovrapposizione come competitiva per il turno e continua a parlare mentre l'interprete traduce (come indicato da Roy).

### (11) - Incontro 2

M: una cosa che volevamo chiedere: a:l dottore [ e / ]  
→ I: [ mum ] has a  
question =  
M: = e: Samuele quando noi mettiamo il formaggio parmigiano  
reggiano sulla pasta lui lo vorrebbe sempre anche lui e noi  
diciamo no (.) chiediamo è possibile  
(.)  
I: is it possible for Samuele to have some parmesan cheese on pasta

L'inizio del turno della madre, nell'esempio 11 riportato sopra, segnala che verrà posta una domanda di cui è difficile prevedere la durata e per la quale comunque la madre chiede lo spazio di parola. L'interprete anticipa che la domanda potrebbe non essere contenuta in un turno breve e comincia a tradurre.

Nell'estratto seguente (esempio 12) il medico si appresta a passare in rassegna tutte le vitamine e gli integratori alimentari per decidere quali tenere, quali eliminare e quali dosaggi prescrivere. L'interprete intravede la possibilità di un turno lungo che contenga indicazioni sulle vitamine e sulle dosi e inizia a tradurre.

### ( 12) - Incontro 2

(1)  
D: all right let's look at these once again  
[ Samuele and see if we see what we need to do ]  
→ I: [ allora guardiamo queste per vedere ] cosa ci serve  
(1)



Lo stesso tipo di proiezione può forse spiegare la sovrapposizione che genera un'interruzione nell'esempio 13 seguente: il medico annuncia che esporrà una lista di obiettivi, sicuramente più di uno dato l'uso della forma plurale e l'interprete decide di cominciare a tradurre prevedendo un turno lungo e denso di informazioni importanti per il paziente (cosa che invece non accade poiché il medico cede subito il turno all'interprete).

### (13) - Incontro 2

```
(1)
D: our goals then Mrs Rosoni [ e / ]
→ I: [ a ] allora obiettivi
  (.)
M: obiettivi sì =
D: = excellent health
  (.)
I: ottima salute
```

Nell'esempio 14 si ritrova una sequenza molto simile per contenuto a quella dell'esempio 13 tratto dall'incontro 2. L'interprete, che non è la stessa dell'incontro 2, comincia a tradurre esattamente nello stesso punto. Come si è detto all'inizio, questi incontri sono stati scelti proprio perché hanno molti tratti comuni, tra cui i contenuti generali e l'ordine in cui vengono affrontati.

### (14) - Incontro 1

```
(2)
D: so our goals should [ continue to be Mrs Tiso (.) excellent
  health ]
→ I: [ allora l'obiettivo continua ad essere numero uno ]
  (.) salute eccellente
  (10)
```

Alla luce dell'analisi di questi tre incontri, sembrerebbe che una possibile spinta a creare delle sovrapposizioni da parte dell'interprete derivi dall'esigenza di regolare la

durata del turno di parola dei partecipanti primari che, se divenisse eccessivamente lunga, potrebbe risultare poco gestibile per l'interprete ai fini della traduzione.

### 5.8 Le sovrapposizioni per "recuperare" un turno

Come si è accennato in precedenza, lo svolgimento di un'interazione verbale mediata da un interprete è un processo che si costruisce man mano che l'interazione procede. Benché i partecipanti primari negli incontri medici qui presentati siano abituati alla presenza dell'interprete e riconoscano di avere bisogno della sua funzione traduttiva per poter comunicare, possono presentarsi dei momenti particolarmente affollati dal punto di vista linguistico che pongono l'interprete di fronte alla scelta di saltare uno o più turni traduttivi, oppure intervenire per recuperarli come nell'esempio 15 qui di seguito.

#### (15) - Incontro 2

```
D: [ th ] at's a multivitamin [ and a ]      ==
I:                                     [ è multivi / ]
→ D:                                     == combination =
M: = è multivita [ minico ]
I:                                     [ è multivi ] taminco [ sì ]
D:                                     [ yea ] which which will will
    make [ it unnecessary for you ]
→ I: [ è una combinazione ] di [ tutte queste ]
M:                                     [ tutte queste ] =
D: = most of this stuff =
M = va [ bene ]
I: [ per cui ] non ci servirà più tutta questa =
D: = so we'll put down here then
(.)
```

Nella sequenza dell'estratto 15 il medico propone un farmaco multivitaminico con cui sostituire le vitamine prescritte in precedenza. L'interprete effettua un primo tentativo di presa di turno in sovrapposizione col medico che continua a parlare e a cui si allaccia subito

dopo la madre. In seguito l'interprete cerca nuovamente di riprendere il turno sovrapponendosi alla madre ma, prima che possa produrre la resa traduttiva, il medico riprende la parola. Per "recuperare" il turno traduttivo perso, l'interprete decide di sovrapporsi al medico e riappropriarsi in un certo senso dello spazio che le è stato sottratto. Nella seconda parte della sequenza accade qualcosa di simile: la madre prende il turno prima che l'interprete abbia tradotto il medico e l'interprete decide di sovrapporsi per aggiudicarsi un turno e assicurare una traduzione completa delle istruzioni del medico.

### *5.9 Conclusioni*

Come si è visto, il modello elaborato da Davidson contribuisce non poco a far luce sulla struttura e l'organizzazione dell'interazione verbale mediata dall'interprete e, proprio perché non riesce a contenere tutto, evidenzia la complessità di questo tipo d'interazione. L'analisi delle sovrapposizioni che coinvolgono l'interprete nei tre incontri medici oggetto di questo studio ha evidenziato che l'interprete partecipa all'organizzazione dell'ordine conversazionale. Il confronto tra le sovrapposizioni che coinvolgono l'interprete in un'interazione tra più parlanti di lingue diverse e quelle osservate nel parlato spontaneo ha messo in evidenza che l'interprete ricorre a questo dispositivo conversazionale per aggiudicarsi il turno, al pari dei parlanti primari, ma anche per finalità strettamente legate alla sua funzione traduttiva. In particolare, tramite le sovrapposizioni l'interprete:

- interrompe o si sovrappone ad un turno "troppo lungo" inserendosi con la traduzione;
- prevedendo che il turno potrebbe essere esteso traduce in sovrapposizione e segnala in tal modo all'interlocutore che deve restare in ascolto;
- conferma che il messaggio è stato compreso e che l'interazione può andare avanti;
- recupera lo spazio di parola che gli/le spetta per la traduzione del messaggio.

Dall'analisi di questi tre incontri medici emerge di conseguenza che le sovrapposizioni, interrompenti e non, non sono indicative di una mancanza di ordine conversazionale, ma al

contrario che costituiscono una risorsa a cui l'interprete, al pari degli altri partecipanti, attinge ogniqualvolta sia funzionale a far procedere la comunicazione sia tra i parlanti primari sia tra se stessa e gli altri partecipanti.



## Capitolo 6

### L'ORIENTAMENTO DELL'INTERPRETE NELL'INTERAZIONE

Nei due precedenti capitoli l'analisi dei dati ha messo in luce come l'interprete non sia unicamente un ripetitore in un'altra lingua degli enunciati dei parlanti primari. In particolare, nel capitolo 4 abbiamo visto come l'interprete operi una selezione traduttiva e, tramite questa, decida di privilegiare la comunicazione tra il medico e la madre, rispetto agli altri assi conversazionali dell'incontro. L'analisi delle iniziative discorsive autonome delle interpreti ha mostrato inoltre che in realtà queste contribuiscono alla costruzione non solo del significato ma in alcuni casi anche del *topic* in discussione. Nel capitolo 5 è stata evidenziata la partecipazione attiva dell'interprete alla costruzione dell'ordine conversazionale tramite le sovrapposizioni create per aggiudicarsi il turno di parola o per regolare i turni di parola dei partecipanti all'interazione. Potendo sin qui affermare che il ruolo dell'interprete in questi tre incontri non è quello di *non-partecipante* bensì di una presenza attiva, l'aspetto su cui si concentra questo capitolo riguarda la posizione assunta dall'interprete nell'interazione come emerge dall'uso del discorso riportato e della referenza pronominale. In particolare verrà discusso l'uso del discorso riportato diretto e indiretto nei turni traduttivi per vedere se e con che frequenza l'interprete vi fa ricorso e quale sia l'effetto pragmatico sull'interazione. In seguito ci si concentrerà sulle forme pronominali per verificare se e come l'interprete si distanzia o si allinea dagli altri partecipanti. Infine, sulla base dei risultati dell'analisi, si trarranno alcune considerazioni sull'orientamento delle interpreti nei tre incontri analizzati.

#### 6.1 Parlare per gli altri

Nell'interazione che è chiamato a mediare, all'interprete viene richiesto di **parlare per gli altri**, vale a dire dar voce al/ai discorso/i dei partecipanti in un'altra lingua.

Wadensjö (1998) infatti considera il ruolo dell'interprete come simile a quello di *recapitulator* ovvero di qualcuno che riepiloga quanto è stato detto, dando così voce a un oratore/parlante o a un gruppo di oratori precedenti tramite un proprio riepilogo, riassunto o simili e che pertanto è, nei termini di Goffman, autore e animatore dell'enunciato che produce (cfr. capitolo 2, paragrafo 2.3). Questo ruolo viene assunto in alternanza o in combinazione con quello di *reporter*, cioè di chi ripete esattamente quanto è stato precedentemente detto.

In uno dei primi tentativi di applicare le *norme* all'interpretazione, sulla scia di quanto Toury aveva fatto per la traduzione, Harris afferma, riferendosi all'interpretazione di conferenza, che “the interpreter speaks in the first person as if s/he was the orator” (1990: 115). La letteratura relativa all'interpretazione di comunità, e in particolare i lavori di tipo manualistico o didattico, mostra un accordo generale riguardo al fatto che l'interprete dovrebbe tradurre in prima persona, o più in generale dovrebbe parlare per il partecipante o come se fosse il partecipante che sta traducendo (cfr. ad es. Adams et al. 1995; Gentile et al. 1996; Phelan 2001). Per quanto riguarda l'interpretazione di trattativa, Carraro-Tomanek dopo aver affermato, sulla base della propria esperienza professionale, che gli interpreti di trattativa usano comunemente il discorso indiretto e la terza persona, consiglia il trasferimento del messaggio in prima persona perché ha il vantaggio della brevità, si elimina la locuzione citante e il riferimento al parlante ed è più chiara: “parla solo un ‘io’ che si identifica sempre con l'ultimo parlante” (2001:71). L'uso della prima persona emerge come la norma per gli interpreti professionisti anche nei contesti altamente istituzionalizzati come quello giudiziario in cui viene richiesto all'interprete di utilizzare la terza persona solo quando fa riferimento a se stesso/a per evitare incomprensioni o equivoci e ai fini della verbalizzazione processuale (cfr. ad es. Berk-Seligson 1990 e Gozalez et al. 1991).

## 6.2 Parlare degli altri

In realtà, sebbene nella teoria la norma sia rappresentata dal discorso in forma diretta ed in prima persona, nella pratica questo non sempre avviene. Diriker (2004) nel

suo studio basato sulla registrazione di una conferenza reale che utilizzava l'interpretazione simultanea ha messo in evidenza che gli interpreti producono alcuni "shifts in the speaking subject" intendendo con questa espressione sia i cambiamenti pronominali, dalla prima alla terza persona singolare, sia le iniziative discorsive autonome dell'interprete che assume temporaneamente il ruolo di parlante primario e si esprime in prima persona senza segnalare agli altri partecipanti che sta parlando per proprio conto e non per conto del parlante primario. Un dato interessante che emerge da questo studio è che questi "shifts" sono concentrati principalmente nella parte dialogica della conferenza, vale a dire durante i dibattiti. In particolare questi cambiamenti si verificano in occasione di a. scuse da parte dell'interprete o dei parlanti primari; b. errori commessi dai parlanti primari o dagli interpreti; c. sovrapposizioni o interazioni semi-verbali o non udibili dalla cabina; d. problemi di trasmissione acustica; e. enunciati ambigui o contraddittori prodotti dai parlanti primari; f. discussioni su termini o questioni linguistiche o culturali o sulla connotazione di singoli termini da parte dei partecipanti; g. accuse di errori nell'interpretazione rivolte dai partecipanti agli interpreti. Quando gli interpreti parlano in terza persona per riferire quanto viene detto dai parlanti primari in realtà, fa giustamente notare Diriker (2005), non parlano per gli altri ma **parlano degli altri**. Alcuni di questi cambiamenti di soggetto/parlante come vedremo sono sovrapponibili a quanto avviene nei tre incontri medici oggetto di questa analisi.

Inoltre, Wadensjö (1998) nel suo studio sui dati reali relativi ad interazioni di tipo istituzionale, ha ben illustrato la necessità che talvolta emerge oppure è avvertita nel corso dell'interazione da parte dell'interprete di distinguere il proprio sé dal sé altrui. Uno degli strumenti per distinguere il sé dell'interprete dal sé del parlante è il ricorso al discorso riportato. Gumperz (1972) ha indicato il passaggio dal discorso diretto a quello riportato come una forma di "code shifting" e Goffman ha ripreso questo stesso concetto definendolo un cambiamento di *footing*:

"A change in footing implies a change in the alignment we take up to ourselves and the others present as expressed in the way we manage the production and reception of an utterance."

(Goffman 1981:128)



Gli studi sui *naturally occurring* data hanno già documentato in varie occasioni l'uso di questa risorsa discorsiva da parte degli interpreti. L'uso nelle rese traduttive della forma riportata indiretta o addirittura di un resoconto/commento in stile giornalistico di quanto avviene durante un'interazione faccia a faccia è stato messo in evidenza in uno studio condotto sulla deposizione del Presidente Clinton davanti al Gran Giurì in occasione dello scandalo Lewinsky tradotta in simultanea e mandata in onda da ben quattro reti televisive (Amato 2002). In un recente studio condotto su sei sessioni di psicoterapia mediate dall'interprete è emerso l'uso del discorso indiretto, con l'inserimento di verbi citanti e il cambiamento pronominale (dalla prima alla terza persona singolare) utilizzati dall'interprete non solo per indicare chi sta parlando ma anche ai fini dell'organizzazione del passaggio dei turni (Bot 2005). Anche Straniero Sergio nel suo lavoro sul talk show (di prossima pubblicazione) ha riscontrato l'uso del discorso riportato da parte degli interpreti ed ha distinto la traduzione in "non marcata" e "marcata" in base rispettivamente all'assenza o alla presenza del discorso riportato.

Il prossimo paragrafo si concentrerà sull'uso del discorso riportato da parte dell'interprete quando traduce i turni dei parlanti primari nelle tre interazioni mediche oggetto di questo studio.

### *6.3 Il discorso riportato nella resa interpretativa*

Mortara Garavelli (2001: 432-433) distingue il discorso riportato in diretto: "Il discorso riportato diretto conserva immutato il centro deittico degli enunciati originariamente prodotti, la persona, il tempo e il luogo della riproduzione sono gli stessi della produzione", ed indiretto in cui "il centro deittico è quello della frase reggente o della frase da cui dipende o a cui appartiene il sintagma introduttore del discorso riportato."

Nei dati oggetto di questo studio le interpreti si avvalgono del discorso riportato sia diretto che indiretto in diverse occasioni. Gli esempi seguenti illustrano la resa dell'enunciato del parlante originale senza verbo o locuzione citante - e quindi senza

ricorso al discorso riportato - e la traduzione del turno del parlante primario con uso di verbo citante che introduce il discorso riportato.

(1) - Incontro 2 – Traduzione senza discorso riportato

(.)  
D: I agree (.) [ I agree (.) that's right ]  
I: [ sì sì sono d'accordo ]  
(.)

(2) -Incontro 1 – Traduzione con discorso riportato

D: those are fine products to use  
(.)  
I: ha detto i prodotti sono **ottimi** =

Nel primo esempio l'interprete traduce direttamente il turno primario senza introdurre una locuzione citante e utilizzando la prima persona singolare. Come si vedrà in seguito questa in realtà non è la *norma* adottata dalle tre interpreti che si avvalgono anche di altre scelte traduttive quali il cambiamento di soggetto, l'eliminazione delle forme pronominali e dei *verba dicendi* o *putandi* traducendo direttamente la frase oggetto del verbo. Nel secondo esempio, l'interprete produce invece il discorso riportato riferendo quanto ha appena detto il medico. Il contenuto del turno trasmesso *verbatim*, e quindi nei termini di Wadensjö (1998) da *reporter*, sottolinea l'autorialità del giudizio sui prodotti farmacologici che sono in discussione evidenziando che si tratta del parere del medico.

Per vedere quale, tra la traduzione con e senza discorso riportato sia la modalità più frequentemente adottata dalle tre interpreti, sono state contate tutte le rese traduttive fornite nei tre incontri per ciascun partecipante da ciascuna interprete. La tabella 5 illustra il numero di turni traduttivi contenenti il discorso riportato rispetto al numero di turni traduttivi senza locuzione citante.

**Tabella 5.** Rese interpretative senza e con discorso riportato

Incontro	Traduzione senza discorso riportato				Totale	Totale turni traduttivi	Traduzione senza discorso riportato %
	Medico	Madre	Padre	Figlio/a			
1	62	16	5	0	83	95	87,3
2	117	39	7	0	163	168	97
3	84	12	8	0	114	120	95

Incontro	Traduzione con discorso riportato				Totale	Totale turni traduttivi	Traduzione con discorso riportato %
	Medico	Madre	Padre	Figlio/a			
1	10	1	0	1	12	95	12,6
2	0	4	1	0	5	168	3
3	4	1	1	0	6	120	5

Un primo sguardo ai dati indica che la modalità traduttiva più frequente è quella senza il discorso riportato in tutti e tre gli incontri. In particolare nel secondo incontro l'interprete non usa mai il discorso riportato nel caso del medico, mentre la prima interprete è quella che produce il maggior numero di turni traduttivi contenenti una locuzione citante e il discorso in forma riportata. Nei paragrafi successivi verranno esaminati i casi in cui nei tre incontri viene utilizzato il discorso riportato per vedere se questo è associato o meno a particolari momenti dell'interazione verbale o alla struttura di partecipazione dell'incontro.

### 6.3.1 Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 1

Come illustra la tabella 5, l'interprete di questo incontro produce il maggior numero di rese traduttive contenenti il discorso riportato. Come è emerso dall'analisi delle *non-renditions* (cfr. capitolo 4) questa interprete è molto attiva in termini di iniziative discorsive autonome espresse sotto forma di *topic initiation*, richieste di indicazioni specifiche relativamente alle prescrizioni mediche e richieste di chiarimenti rivolte sia al medico che ai genitori del paziente. Una delle funzioni del ricorso al discorso riportato nella traduzione è stata individuata da Metzger (1999:101) nella *source attribution*:

In interactional discourse, people are generally able to identify speakers on the basis of voice recognition and location. When discourse is funneled through a single individual, the interpreter, information regarding the location and identity of the source (the original animator) is not inherently discourse-bound. In other words the interpreter can relay the content of the discourse without necessarily imparting the source of that content. Moreover, if the interpreter engages in self-generated utterances there is potential confusion over whether a particular utterance has originated from the interpreter or another source [...] If the interpreter provides incorrect information about the source, it is the interpreter who is responsible for the incorrect content.

(Metzger 1999:101)

Le iniziative conversazionali dell'interprete nel primo incontro producono alcuni scambi monolingua tra l'interprete stessa e il/la partecipante con cui interloquisce. Alla conclusione di questi scambi si trovano alcuni dei casi di discorso riportato nella resa traduttiva.

### (3)

(.)  
 I: uh uh yes yes uhu uhu non ha: (.) qualche protesta qualcosa =  
 D: = ahm [ I think ]  
 M: [ lui veramente ] vorrebbe il formaggio [ vorrebbe ] ==  
 I: [ formaggio ]  
 M: == i gelati =  
 I: = gelati formaggio perché non / niente latte e latticini ? =  
 M: = niente latte =  
 F: = niente latte =  
 I: = OK of course he would like cheese you know this / they have  
 eliminated all milk and milk products [ xxx ]  
 D: [ I I will] give him  
 cheese(.) I will put in cheese =  
 → I: = ha detto si può dare un po' di formaggio (.) I mean special  
 time could it be [ cheese on ] /  
 D: [ any time ] may be a couple of times a  
 week =  
 I: = parmigiano on the pasta =  
 D: = sure =  
 → I: = ha detto sì un paio di volte alla settimana si può dare il  
 formaggio (.) magari il parmigiano sulla [ pasta ]

In questo esempio emerge come il discorso riportato nella resa traduttiva raggiunga contemporaneamente due scopi diversi: da una parte funge da riepilogo di uno scambio precedente tra il medico e l'interprete e dall'altra assegna la responsabilità del contenuto del turno traduttivo al medico. Nella sequenza precedente a quella riportata sopra, il medico aveva chiesto se il bambino rispondesse bene alle prescrizioni alimentari dategli

in precedenza. La madre esprime alcuni desideri del figlio e l'interprete chiede un chiarimento relativamente alla dieta seguita dal paziente. Subito dopo riferisce al medico sia la richiesta espressa dalla madre sia la motivazione della richiesta. Nel turno seguente a quello della traduzione, il medico accetta un cambiamento nella dieta e l'interprete produce una traduzione con discorso riportato attraverso la quale informa i genitori che quanto sta per tradurre è effettivamente quanto ha appena detto il medico e non una propria iniziativa, attribuendo al medico sia l'autorialità dell'enunciato, sia, implicitamente, la responsabilità. Nel secondo turno traduttivo in cui ricorre al discorso riportato, l'interprete riferisce nuovamente uno scambio relativo ad una indicazione precisa dei tempi (*un paio di volte alla settimana*) e della modalità (*magari il parmigiano sulla pasta*) per introdurre il formaggio nella dieta del bambino. Si noti che questo scambio è stato avviato e "condotto" dall'interprete di propria iniziativa e invece viene riferito come una decisione ascrivibile unicamente al medico che viene presentato come il solo responsabile.

Altre occorrenze dell'uso della discorso riportato si trovano nel corso di scambi in cui il medico esprime un giudizio professionale come nell'esempio 2 e in quelli seguenti 4 e 5.

**(4)**

(2)  
 D: I think (.) Mrs Tiso that the things are going so well (.)  
 that there there is no reason to make too much change (.) in  
 this programme  
 → I: allora (.) il dottore dice signor Tiso che le cose stanno  
 andando così bene quindi non vede nessun motivo per  
 cambiare(.)tanto magari farà piccoli cambiamenti solo  
 (1)

**(5)**

(1)  
 D: I think it would be a wise move  
 (.)  
 → I: crede una buona idea (.) il dottore di =  
 D: = to ah ( 12 ) to reduce this down (.) to forty to fifty  
 grams the grassi  
 (.)

Usando il discorso riportato con una locuzione citante che contiene anche l'espressione formale della funzione del medico (*il dottore*), l'interprete sottolinea che si tratta di un giudizio fornito dal partecipante nella sua veste professionale. Negli estratti seguenti 6 e 7, invece, l'uso del discorso riportato avviene durante due scambi conversazionali non strettamente medici, uno relativo alle vacanze e l'altro riguardo alla possibilità di rivedersi per la visita successiva sei mesi dopo.

(6)

I: = so they spend three months there at the (.) at the shore  
 where they have a little house  
 (.)  
 D: that's pretty luxurious luxurious [ isn't that ]  
 → I: [ benissimo ] e questo è un  
 bel lusso lui dice  
 (.)  
 F: ci portiamo **tutto** il materia: [ le ]  
 I: [ they ] bring all the material  
 with them all the devices and they do the programme  
 (.)  
 D: I have a house by a mud paddle  
 (.)  
 → I: ah ah aha ((risata)) lui dice che ha una casa vicino con sé  
 il il palude dove c'è ehe (( risata )) il fango ehe he  
 ((risata))  
 (7)

In questo estratto l'interprete ricorre due volte al discorso riportato, specificando quindi che si tratta di giudizi non suoi e non assumendone l'autorialità e la responsabilità, senza però sottolineare il carattere professionale dei giudizi, come nell'esempio precedente in cui viene aggiunto il termine *il dottore*. Si noti che l'estratto 6 contiene vari cambiamenti pronominali nei turni traduttivi: l'interprete usa il pronome alla terza persona plurale invece che alla prima persona plurale utilizzata dal parlante primario. L'uso del pronome *they* da parte dell'interprete per indicare la famiglia è molto presente in tutti e tre gli incontri e verrà discusso in seguito (paragrafi 6.5.2, 6.5.3 e 6.5.4).

(7)

(2)  
D: may be I'll be back next winter I don't know  
(.)  
I: chi lo sa forse torna l'anno prossimo d'inverno (.)  
forse [ ri ] /  
D: [ as ] you get older you don't know what's gonna  
happen =  
→ I: = lui dice man mano uno quando comincia ad avere un po' d'età  
non sa il futuro [ che succede ]  
D: [ I have ] more more white hair  
(.)  
I: Ok [ lui i capelli ] ==  
D: [ eh eh ] ((risata))  
I: == diventano sempre più bianchi  
(2)

Anche se in questo esempio l'uso del discorso riportato per tradurre il turno del medico non specifica la sua veste professionale, viene utilizzato comunque per distinguere il sé dell'interprete da quello del medico. In realtà sembrerebbe che il partecipante da cui l'interprete voglia distanziarsi maggiormente sia il medico, poiché è il partecipante nei confronti del quale l'interprete utilizza più spesso il discorso riportato. È interessante notare che anche nel turno traduttivo con discorso diretto l'interprete non parla comunque in prima persona (*Ok [ lui i capelli ]*) e anche questo è un aspetto molto ricorrente nei tre incontri come vedremo in seguito.

### 6.3.2 Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 2

Come si è visto nel capitolo 4, il secondo incontro ha una struttura di partecipazione diversa dal primo. La madre è molto attiva, produce moltissimi turni e intrattiene molti scambi diretti col medico poiché ha una parziale comprensione dell'inglese. Questo incontro contiene inoltre molto parlato in sovrapposizione che talvolta necessita di un intervento dell'interprete, sia per potersi aggiudicare il proprio turno (cfr capitolo 5) sia per effettuare una *source attribution* (Metzger 1999), vale a dire produrre un enunciato per individuare l'autore di un turno o di una porzione di parlato.

(8)

( 2 )  
M: convulsioni tre tre  
(.)  
I: [ seizures three ]  
D: [ and I don't ] think he had any seizures ==  
== [ in this time frame ]  
→ I: [ three ] (1) three (.) mum is saying =  
D: = three three seizures ?  
(.)

In questo esempio il medico e l'interprete iniziano un turno simultaneamente producendo una sovrapposizione che impedisce al medico di sentire la traduzione del turno della madre. L'interprete si accorge che il medico non ha ricevuto l'informazione corretta sulle convulsioni e avvia un *repair* ripresentando l'informazione e specificandone l'origine (*mum is saying*). In un certo senso l'interprete restituisce al parlante primario quello spazio conversazionale che era stato eliminato dalla sovrapposizione e gli attribuisce la responsabilità dell'informazione.

Un altro caso di traduzione contenente il discorso riportato in questo incontro si verifica dopo uno scambio in cui il padre e la madre forniscono risposte diverse ad una domanda del medico.

(9)

( 10 )  
D: do you think Samuele that we can gain (.) one or two kilos  
(.) in the next few months ?  
(.)  
M: [ eh forse ]  
I: [ Samuele ] pensi che nei prossimi mesi potrai ingrassare uno  
o due chili ?  
(2)  
F: sì eh  
(1)  
M: è un po' difficile  
(.)  
D: mangiare [ deve mangiare tanto ]  
M: [ si muo / ] si muove tanto  
(.)  
→ I: mum is saying is going to be difficult because he moves a lot  
(.)



Questa sequenza è già stata analizzata nel capitolo 4 a proposito della selezione traduttiva dell'interprete che sceglie di riferire al medico solo il parere della madre in quanto esprime un parziale disaccordo con la richiesta del medico. Il ricorso al discorso riportato in questo caso appare motivato da questa scelta traduttiva: l'interprete traduce a beneficio del medico solo un'opinione tra le due espresse dai genitori e ritiene quindi opportuno specificare che si tratta di quella della madre, altrimenti l'informazione sarebbe incompleta. Una situazione simile si verifica nell'estratto seguente in cui il padre e la madre producono una sovrapposizione.

**(10)**

```
(.)
M: è utile finirla::: (.) in un colpo o è meglio che io
    cominci a dare [ magari (.) e:: ° togliendo ° ]
F: [ graduale (.) calando ]
M: ° diminuendo °
(.)
→ I: mum is saying do they have to stop it suddenly or do they
    have to::decrease
    (1)
```

In questa sequenza si sta discutendo la prescrizione del medico di interrompere un farmaco che veniva precedentemente somministrato al piccolo paziente. La madre pone una domanda al medico e, in presenza di una sua disfluenza, interviene il padre a completare e specificare la domanda. Nel suo turno l'interprete non solo traduce il contenuto ma segnala al medico chi ha posto la domanda.

Infine l'ultimo caso in cui questa interprete utilizza il discorso riportato nei confronti della madre (cfr. tabella 5) è il caso già discusso nel capitolo 4 (paragrafo 4.7) a proposito delle sovrapposizioni create dall'interprete per regolare la durata dei turni dei parlanti e riportato nell'esempio 11.

**(11)**

```
(.)
→ M: una cosa che volevamo chiedere: a:l dottore [ e / ]
    I: [ mum ] has a
        question =
```

In questo caso non vi sono sovrapposizioni che necessitano di un intervento dell'interprete per chiarire chi sia l'autore dell'enunciato. L'interprete inserendo la locuzione citante in realtà segnala al medico che la madre sta per porre una domanda e pertanto: a. il medico dovrà disporsi all'ascolto; b. la madre occuperà il *floor* per un periodo indeterminato di tempo che potrebbe non essere breve.

### 6.3.3 Il discorso riportato nelle rese interpretative - Incontro 3

Questo incontro è quello con una maggiore densità linguistica dovuta al fatto che la piccola paziente è molto attiva e genera moltissimi turni in sovrapposizione con gli altri partecipanti. Il padre la intrattiene interagendo continuamente con lei e generando lunghe sequenze di conversazione parallela. Come è emerso dall'analisi delle *non-renditions* (cfr. capitolo 4) questa interprete, che lavora in condizioni acustiche non sempre favorevoli, produce poche iniziative discorsive autonome, forse anche a causa dell'affollamento verbale che caratterizza l'interazione. Come illustra la tabella 5, sono pochi i casi di traduzione contenente il discorso riportato prodotti da questa interprete che per lo più lo utilizza nel caso del medico. Occorre notare che diversamente dagli incontri precedenti, in cui la salute e i progressi dei pazienti erano buoni, in questo caso i progressi della paziente non sono soddisfacenti.<sup>1</sup> Il disagio per questa situazione viene espresso dai partecipanti anche tramite l'uso delle forme pronominali come vedremo in seguito. Si può ragionevolmente pensare che l'interprete avverta questo disagio e voglia distinguere il proprio sé da quello altrui, proteggendo la propria faccia<sup>2</sup>, in una situazione che percepisce come sfavorevole come illustrato dagli esempi 12 e 13 in cui utilizza il discorso riportato per tradurre un turno del medico.

#### (12)

(.)

D: what I think we need to do ahm [ that was ehm] =

---

<sup>1</sup> Jefferson (1988) ha analizzato il *troubles-talk* distinguendone le varie fasi in *approach*, *arrival*, *delivery*, *work-up*, *close implicature*, *exit*. Jefferson ha osservato che la distanza interazionale aumenta man mano che si passa dalla fase di *delivery* a quella di *exit*. Nella fase di esposizione infatti si raggiunge il livello massimo di empatia o affiliazione mentre subito dopo, tornando ad altre attività, si riporta l'interazione alla distanza usuale tra i partecipanti.

<sup>2</sup> Per la definizione del concetto di faccia si veda il cap. 2, par. 2.4.3.

C: [ uhu uhu ]  
D: = in my judgement is (.) as we considered the other day (.)  
to put Eliana [ back on ] a full dose of the medicine  
C: [ AHA AHA ]  
(.)  
→ I: a: il dottore sta pensando che dato quello che è successo::  
Elia va messa: sotto terapia con una forte dose di medicinale  
(.)

**(13)**

(.)  
C: follo ( 1 ) follo ( 1 ) a follo a follo =  
D: = I think this is the ros / the (1) vitamin programme (1)  
should be simplified a little bit  
→ I: dunque questo è il vecchio programma di vitamine e di  
supplementi che avevate e secondo il dottore (.) dovrebbe  
essere sem [ plificato ]  
C: [ uhu uhu ]  
(3)

La sequenza dell'estratto 12 è tratta dalla fase iniziale dell'incontro. La visita si apre con la domanda del medico sullo stato di salute della paziente e la madre risponde subito che ha avuto una crisi convulsiva il giorno prima. Il medico propone subito un intervento farmacologico e l'interprete riferisce questa decisione avvalendosi del discorso riportato nella resa traduttiva. Poiché non vi sono altri parlanti primari in sovrapposizione né vi è stato uno scambio in inglese tra il medico e l'interprete, la segnalazione dell'autore dell'enunciato non ha lo scopo di chiarire chi parla bensì di creare una distanza tra l'interprete e il medico. Nel secondo esempio (13) la traduzione contenente il discorso riportato ha di nuovo come effetto l'attribuzione esplicita al medico della responsabilità in merito al regime vitaminico. Anche nell'esempio 14 il discorso riportato si trova in prossimità di una prescrizione di un dosaggio per un farmaco.

**(14)**

D: [ and (.) the (.) zeroden ]  
(.)  
C: ah  
(.)  
I: e lo zero [ den ? ]

M: [ uhu ] =

	D, I & M		F & C
D:	{xxx three hundred and fifty milligrams twice a day	C:	{ cialala
		F:	no xxx vediamo se lo leggi
I:→	Avevate detto trecen [ to ]		
D:	[ tha ]	C:	{ papà
	t's a total of seven hundred		
(.)			

In quest'ultimo caso però, in presenza di una conversazione parallela e del parlato sovrapposto, l'interprete probabilmente ritiene necessario attribuire l'informazione sul dosaggio agli altri partecipanti escludendo implicitamente che si tratti di una propria interpretazione e sottraendosi quindi alla responsabilità riguardo al contenuto del turno. L'uso del discorso riportato nell'esempio 15 seguente, invece, sembra essere in parte attribuibile ad un cambiamento di *footing* da parte del medico che invece di rivolgersi direttamente ai genitori parla della famiglia all'interprete, ponendo quindi una distanza con i suoi interlocutori e rivolgendosi direttamente all'interprete. Questi cambiamenti di soggetto da parte dei parlanti primari saranno analizzati dettagliatamente nel paragrafo seguente ma si vuole qui sottolineare come la scelta dell'uso del discorso riportato da parte dell'interprete possa anche dipendere dalle forme di allocuzione scelte dai partecipanti primari.

### (15)

→ D: now this family (.) all through (.) [ la ] ==  
 C: [ papà]  
 D: == st year really  
 [ struggled ] ==  
 F: [ casa ]  
 D: == with this child (2) and they [ prescribed ] ==  
 C: [ palla ]  
 D: == masking the kitogenic [ diet ] ==  
 C: [ palla ]  
 D: == the rotation diet the  
 hypoalergenic diet =  
 C: = NO PAPA' NO =  
 D: = but nothing helped [ nothing nothing was ] ==  
 C: [ NO: NO:]

D:	=was [ was ]		
→I:	[ mi sta ] dicendo che:: l'anno scorso avete avuto: cioè tutto questo periodo precedente { alla visita avete avuto problemi seri nonostante vi abbiano dato le maschere la dieta chitogenica la dieta a rotazione una dieta:: (1) ipoallergenica e: mobilità insomma molta mobilità	C: F: C:	{pallo (2) pallo: (1) pallo: pallo:: papi (2) papino: shush papino (2) pallo

Questa breve sequenza riproduce uno dei numerosi momenti verbalmente “affollati” che caratterizzano l’incontro 3. In questo incontro il medico discute di una paziente che non migliora, non raggiunge i progressi sperati e di un insuccesso che il medico riconosce sia in termini oggettivi (*nothing helped*) sia con una valutazione dei colleghi che hanno fornito le prescrizioni precedenti (*they prescribed*) e introducendo un elemento di distanza dal caso (*this family*) pur esprimendo solidarietà con la famiglia e la situazione che attraversa e non attribuendo ad essa la responsabilità per l’insuccesso. Nel suo turno traduttivo l’interprete segnala questa distanza con il discorso in forma riportata e con l’indicazione di se stessa come interlocutrice selezionata dal medico ( *mi sta dicendo*). D’altra parte però utilizza la seconda persona plurale in italiano rivolgendosi quindi direttamente ai partecipanti e non riproducendo in italiano *this family*.

#### 6.4 Osservazioni sull’uso del discorso riportato nelle rese interpretative

In tutti e tre gli incontri l’uso della discorso riportato nella traduzione è molto limitato e la traduzione senza locuzione citante risulta essere la modalità traduttiva preferita dalle interpreti. Se è vero che l’uso del discorso riportato nel primo incontro può essere in parte determinato e spiegato in base alla posizione dell’interprete nel contesto discorsivo, è anche vero però che il discorso riportato non viene prodotto sistematicamente per tutti i turni del medico, ma anzi solo per una minoranza, né ogni volta a conclusione di uno scambio monolingue e viene utilizzato solo una volta nei confronti dei turni prodotti dalla madre. Il solo elemento che possa correlarsi alla produzione del discorso riportato nelle rese traduttive è l’elevato numero di iniziative

autonome di questa interprete che potrebbero spingerla, a differenza delle altre, a dover specificare chi sta dicendo cosa.

Nel secondo incontro, la traduzione contenente il discorso riportato compare solo 4 volte nei confronti della madre ed 1 volta del padre. Come si è visto nell'analisi dei dati, si tratta principalmente di turni traduttivi prodotti dopo uno o più turni sovrapposti e espressi nella stessa lingua (italiano) del padre e della madre in cui il discorso riportato serve a chiarire chi sia l'autore del contenuto del turno traduttivo in inglese. Questo potrebbe forse spiegare perché questa interprete non utilizza mai il discorso riportato nei confronti del medico, essendo questi l'unico parlante inglese del quale non è necessario quindi specificare l'autorialità.

Nel terzo incontro il discorso riportato viene utilizzata 4 volte nei confronti del medico e solo una volta nei confronti dei genitori. In 3 casi su 4 l'effetto è quello di sottolineare l'autorialità della decisione o della prescrizione relativa al dosaggio di farmaci e vitamine. Nel quarto caso l'interprete segnala che il medico sta dicendo qualcosa direttamente a lei e di fatto riferisce la distanza che il medico esprime nei confronti dei suoi interlocutori parlandone in terza persona plurale, fenomeno che verrà esaminato più dettagliatamente in seguito.

Data l'esiguità dei casi di traduzione contenenti il discorso riportato e la variabilità della sua collocazione nel corso delle interazioni verbali esaminate, non è possibile considerarlo un fenomeno sistematico e correlabile ad una variabile in particolare. Sarebbe interessante verificare su un corpus più ampio se questo stesso uso del discorso riportato possa riscontrarsi nelle stesse modalità e posizioni anche in altre interazioni. Tuttavia è possibile osservare che, in generale, nei tre incontri analizzati, il discorso riportato viene utilizzato dalle tre interpreti principalmente per segnalare ai partecipanti: a. che un turno è una resa traduttiva e non una iniziativa autonoma dell'interprete; b. quale fra due o più parlanti in sovrapposizione l'interprete ha scelto di tradurre; c. chi è l'autore e quindi il responsabile del contenuto di un turno.

### 6.5 L'uso delle forme pronominali nei tre incontri

Analizzando i dati emerge anche, come si accennava prima, che l'uso della traduzione senza locuzione citante non comporta automaticamente la riproduzione della stessa forma pronominale utilizzata dai parlanti primari e, che la *norma* relativa all'uso della prima persona singolare nella resa traduttiva non viene applicata sistematicamente dalle interpreti. In particolare, da un punto di vista pragmatico, quando usa la terza persona, che si tratti di traduzione contenente il discorso riportato o meno, l'interprete in realtà **parla del parlante** e non per il parlante. Si ha quindi un cambiamento di prospettiva come negli esempi 16 e 17.

(16) Incontro 1 – Traduzione senza locuzione citante e con cambiamento della forma pronominale

D: = I'll permit that  
(.)  
I: OK quello lo permette

(17) Incontro 1 – Traduzione con locuzione citante e con cambiamento della forma pronominale

D: I think it would be a wise move(.)  
I: crede una buona idea (.) il dottore di =

Negli estratti 16 e 17 l'interprete trasforma la prima persona pronominale in terza persona. Come si vede da questi due brevi esempi, il cambiamento di prospettiva introdotto dall'interprete può essere inserito sia in una resa traduttiva senza locuzione citante sia quando è presente il discorso riportato.

Attraverso le forme pronominali i partecipanti segnalano una distanza o una vicinanza nei confronti dei propri interlocutori e marcano la condivisione della responsabilità e un atteggiamento collaborativo oppure l'attribuzione di responsabilità agli altri e la propria esclusione dalla stessa. In un'interazione verbale non mediata dall'interprete queste espressioni giungerebbero direttamente ai destinatari nella loro forma originale, ma in presenza della mediazione non lo si può dare per scontato. I cambiamenti delle forme referenziali pronominali, dalla prima alla terza persona

singolare, ad opera dell'interprete sono già stati riscontrati nello studio condotto da Straniero Sergio nell'ambito del talk show:

“... l'uso della terza persona può essere necessario per facilitare l'identificazione degli autori degli enunciati che vengono prodotti. Inoltre, in situazioni di *multi party talk*, il passaggio dalla prima persona alla terza persona può facilitare il compito dell'interprete che si trova a gestire uno scambio a cui partecipa più di un ospite straniero, con maggiori probabilità di sovrapposizioni e incursioni di turno”

(Straniero Sergio, di prossima pubblicazione)

Dubslaff e Martinsen (2005) hanno analizzato quattro incontri mediati da interpreti senza formazione in campo medico. Le autrici hanno riscontrato la tendenza da parte di tutti e quattro gli interpreti ad identificarsi con il paziente tramite la trasformazione della forma impersonale *one* in forma pronominale. Altri cambiamenti pronominali ricorrono in questi incontri in corrispondenza di problemi interazionali causati dalla mancanza di conoscenza della terminologia medica corretta da parte degli interpreti. Questo studio ha inoltre indicato che i cambiamenti pronominali prodotti dai partecipanti primari sono strettamente correlati alla forma o al contenuto dei turni precedenti prodotti dagli interpreti.

Prima di analizzare i cambiamenti introdotti dall'interprete occorre però notare che questi non sono sempre frutto di una decisione autonoma. I parlanti primari operano anche essi dei cambiamenti di *footing* come ha notato Goffman (1981:128): “Participants over the course of their speaking constantly change their footing”. Si può pertanto presumere che l'interprete risenta, nelle sue rese traduttive, anche di questo elemento. Pertanto prima di concentrare l'attenzione sui cambiamenti pronominali apportati dalle interpreti verrà illustrata brevemente la “discontinuità” nell'uso dei pronomi personali da parte dei parlanti primari.

#### 6.5.1 *Le forme pronominali dei parlanti primari*

Nel corso dei tre incontri i parlanti primari non si esprimono sistematicamente utilizzando la prima persona pronominale. Questo dipende in parte dalla natura stessa dell'interazione verbale e in parte da scelte locali. Anzitutto l'incontro verte sul un terzo soggetto, il bambino di cui si parla e a cui il medico si rivolge direttamente in più



occasioni. Nei confronti del paziente quindi il medico utilizza di volta in volta la seconda persona o la terza persona singolari a seconda che parli **al/la bambino/a** o **del/la bambino/a** che è presente anche se non in grado di parlare o interagire col medico. Quando si rivolge alla madre, il medico utilizza generalmente la forma *you* che in italiano viene tradotto sempre dalle interpreti con la forma di cortesia *lei*, e quando si rivolge ai due genitori o alla famiglia utilizza talvolta la seconda persona plurale e talvolta la terza. Ma anche quando esprime un proprio giudizio o una prescrizione il medico non sempre si esprime in prima persona ma ricorre talvolta alla forma plurale *we* come nell'esempio 18 qui di seguito tratto dal secondo incontro.

**(18)**

→ D: = I would use use this up here =  
 M: = [ xxx cento ]  
 I: [ xxx xxx ] finite questa confezione  
 (17)  
 M: ° OK °(4) la bi dodici ?  
 (1)  
 → D: these these we should stop altogether =  
 I:= que [ ste ( . ) no] ==  
 M: [ questi as /]  
 I: ==le interrompiamo insi [ eme ]  
 M: [ xxx ] OK  
 [ va bene ]

L'argomento in discussione in questo estratto è il regime farmacologico a cui il medico sta per introdurre dei cambiamenti. Nel primo turno esprime in prima persona in forma attenuata l'indicazione sul farmaco e nel secondo turno passa alla prima persona plurale che solitamente viene indicata in letteratura come la forma collaborativa e che in questo caso indica una condivisione di responsabilità: il medico fornisce la prescrizione ma è la famiglia che dovrà attuarla.

Anche nei confronti del paziente, il medico alterna la forma allocutiva tra il nome proprio (forma vocativa), la seconda persona singolare e la terza persona singolare.

**(19)**

D: I also noticed Daniele that you made a very favourable gain

(20)

D: and (.) as as I can see ah from our visit the other day (.)

I: ah ahm =

D: = that (.) Daniele has accomplished (.) the three [ goals ] =

Entrambi gli estratti precedenti sono tratti dal primo incontro. Nell'esempio 19 il medico si rivolge direttamente al paziente, pur sapendo che non potrà rispondere a causa del suo problema di salute, esprimendo la volontà di coinvolgerlo nell'interazione. Nell'esempio 20 invece, pur citando il nome del paziente, ne parla in terza persona, come si fa solitamente nei confronti di un assente, rivolgendosi ai genitori. Gli stessi cambiamenti di forma pronominale nei confronti del paziente si trovano anche nel secondo incontro mentre nel terzo incontro, in cui la situazione di salute non è positiva, il medico parla sempre **della paziente** e mai **alla paziente**. A tal riguardo è interessante notare la differenza nelle aperture tra il secondo incontro e il terzo.

(21) – Incontro 2

D: how are you Samuele ?

(22) – Incontro 3

D: how has Eliana been in the last couple of days ?

Negli esempi 21 e 22 sono riportati il primo turno dell'incontro 2 e dell'incontro 3. È chiaro che si tratta di domande rituali di apertura, infatti i pazienti si trovano al centro di riabilitazione già da un paio di giorni per effettuare tutti i controlli relativi ai vari aspetti del programma che stanno seguendo e il medico è al corrente sul loro stato di salute. Nel secondo incontro la domanda è rivolta in tono allegro e amichevole al bambino con l'intento di coinvolgerlo e includerlo nell'interazione, nel terzo incontro la domanda è posta in tono serio e non è rivolta alla bambina bensì ai genitori.

Anche nei confronti dei genitori il medico produce una varietà di forme allocutive, talvolta rivolgendosi a loro con la seconda persona plurale, talvolta rivolgendosi ad uno

di loro con il pronome inglese *you* (che come vedremo verrà tradotto con la forma di cortesia *lei*) talvolta si rivolge alla madre usando la formula formale *Mrs* seguita dal cognome, talvolta utilizza la terza persona plurale per includere tutti i componenti della famiglia e nel terzo incontro - come abbiamo visto nell'esempio 15 e come vedremo anche in seguito - utilizza l'espressione *this family* o *the family*.

Nei tre incontri le madri alternano la prima persona singolare per parlare di se stesse o per proprio conto e la prima plurale per parlare a nome della famiglia. Gli esempi seguenti illustrano questi cambiamenti nel corso del secondo incontro.

(23)

M: una cosa che volevamo chiedere: a:l dottore [ e / ]

(24)

M: [ esatto ] la cosa che: io ho visto che è andata bene in questa dieta a rotazione è non mischiare (.) nello stesso gior:no carne e pesce e quindi io lo farò comunque darò [ s / ]

[...]

M: = questo lo farò comunque però non darò quattro volte riso o quattro volte:: mais o quattro volte perché [ xxx ]

Nell'esempio 23 la madre introduce una domanda al medico a nome della famiglia, utilizzando la forma inclusiva (*volevamo*), mentre nell'esempio 24, in cui si sta discutendo di eventuali cambiamenti nella dieta del bambino, la madre utilizza la prima persona singolare. In questo modo segnala che è proprio lei personalmente ad occuparsi dell'alimentazione del figlio attribuendosi l'agentività nella somministrazione degli alimenti (*non darò quattro volte riso*) e assumendosi anche la responsabilità relativa al regime dietetico per il futuro (*questo lo farò*).

Anche i padri nei tre incontri passano dalla prima persona singolare a quella plurale per indicare se stessi o l'intera famiglia. I due genitori parlano sempre in terza persona singolare del/la figlio/a al medico e si rivolgono a lui/lei nella seconda persona singolare.

### 6.5.2 I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 1

Come è stato osservato in precedenza, un cambiamento nelle forme pronominali o nella persona del verbo - nel caso in cui il soggetto non venga espresso dall'interprete (occorrenza molto frequente in italiano) - può trovarsi all'interno di un turno traduttivo a prescindere dal fatto che contenga una locuzione citante o meno e non è quindi correlabile soltanto al ricorso al discorso riportato. Nella tabella 6 figurano le occorrenze delle forme pronominali per partecipante e per tipologia relative all'incontro 1.

**Tabella 6** – Uso delle forme referenziali pronominali e verbali nell'Incontro 1

Incontro 1								
Partecipanti	io/I	tu/you	egli/ella/he/she	noi/we	voi/you	essi/they	you/one si/uno	Totali
<i>medico</i>	17	11	5	4	9	0	1	47
<i>madre</i>	2	3	1	6	0	0	0	12
<i>padre</i>	2	1	3	0	0	0	0	6
totale altri part.	21	15	9	10	9	0	1	65
interprete	0	6	28	5	11	16	8	74
totale	21	21	37	15	20	16	9	139

Dalla tabella sono state escluse le forme pronominali riferite ad oggetti (it/esso/essa) e le forme di cortesia di cui si occuperà un'analisi separata.

Il dato numerico che salta immediatamente all'occhio è l'assenza dell'uso della prima persona da parte dell'interprete e il ricorso dominante alla terza persona singolare, seguito dalla terza persona plurale. Nei turni traduttivi non si trova mai la prima persona ed è pertanto chiaro che l'interprete non si identifica con nessun partecipante in particolare. L'interprete inoltre non parla mai in prima persona anche quando interviene con iniziative discorsive autonome.

La distinzione tra il sé dell'interprete e quello del medico viene espressa con diversi mezzi linguistici: a. la traduzione contenente una locuzione citante (come abbiamo già visto in 6.3.1); b. il cambiamento del pronome dalla prima alla terza persona (come nell'esempio 16); c. l'uso della forma impersonale e infine d. la cancellazione del sintagma verbale, in pratica una soluzione traduttiva che procede alla riduzione del

turno del parlante primario tramite l'ellissi. Il fatto che l'interprete non utilizzi mai la prima persona per tradurre i turni del medico non significa che ricorra sistematicamente alla terza persona. In molti casi in questo incontro l'interprete procede alla cancellazione del pronome personale e alla nominalizzazione oppure omette il sintagma verbale iniziale come negli esempi seguenti.

**(25)**

(1)

D: I also noticed Daniele that you made a very favourable gain  
[ ehm in profile ]

I: [ quindi ] (1) un cambiamento sul profilo [ buono ]

**(26)**

D: I got it Daniele according to the numbers here (.)

I: allora Daniele ehm secondo qui la calcolazione e le numerazioni  
(1)

Negli esempi 25 e 26 il soggetto e il verbo che esprimono l'autorialità e la sottoscrizione del parlante al proprio enunciato vengono cancellati dall'interprete. Anche se non vi è un cambiamento pronominale, il turno viene in qualche modo "spersonalizzato" e trasmette una prospettiva leggermente diversa da quella originale. Il ricorso alla forma impersonale è già apparso per ben due volte nell'esempio 3, da cui è tratto l'estratto 27, all'interno di turni traduttivi indiretti.

**(27)**

I: = OK of course he would like cheese you know this / they have  
eliminated all milk and milk products [ xxx ]

D: [ I I will] give him  
cheese(.) I will put in cheese =

→ I: = ha detto si può dare un po' di formaggio (.)

Benché con il discorso riportato l'interprete sottolinei l'autorialità del turno e del contenuto del turno stesso, cancellando il soggetto e il verbo concessivo del medico viene generalizzata una prescrizione che in realtà è specifica e che il medico accorda su

richiesta della madre e in virtù del fatto che la situazione generale del paziente è buona e che questi ha compiuto notevoli progressi nel programma di riabilitazione.

Un altro aspetto che emerge dai dati quantitativi è che il medico in questo incontro non parla mai della famiglia usando la terza persona plurale e rivolgendosi direttamente all'interprete mentre l'interprete adotta generalmente questa soluzione referenziale quando traduce al medico i turni dei genitori.

**(28)**

(.)  
D: d/ d / do you have a a scale at home ? =  
I: = avete la bilancia a casa ? =  
M: = sì =  
I: = yes they do =  
D: = Ok so then he can get weighed with with just in his underwear (.)

In questo scambio il medico si rivolge direttamente ai genitori e al bambino con la seconda persona plurale mentre l'interprete utilizza la terza persona plurale per riferire la risposta della madre. È evidente che l'uso della prima persona singolare non è possibile quando l'interprete deve dar voce a più partecipanti o ad un soggetto collettivo come una famiglia e in questo caso, anche se è la madre a rispondere, è implicito che la risposta viene data a nome della famiglia. L'interprete avrebbe potuto però utilizzare la prima persona plurale se avesse voluto parlare per conto della famiglia mentre utilizzando il pronome *they* se ne distanzia. Nel corso di tutto l'incontro questa interprete sembra cercare di mantenere una equidistanza tra se stessa e i partecipanti come è illustrato nell'esempio 29 seguente.

**(29)**

(.)  
M: poi l'estate stiamo al mare [ :: ci trasfe ] ==  
I: [ and they liv ] /  
M: == riamo al mare =  
I: = in the summer they go to the beach they have a: small house at  
the beach =  
F: = stiamo due mesi tre mesi al mare =  
I:= so they spend three months there at the (.) at the shore where  
they have a little house

(.)  
 D: that's pretty luxurious luxurious [ isn't that ]  
 I: [ benissimo ] e questo è un bel  
 lusso lui dice  
 (.)

Questo breve estratto sintetizza bene la posizione che sembra assumere questa interprete nell'incontro a cui partecipa. Forse proprio perché produce molte iniziative autonome e a tratti sembra condurre l'interazione, questa interprete segnala molto frequentemente l'autorialità degli enunciati distinguendo il proprio sé da quello dei partecipanti tramite i cambiamenti pronominali e l'uso del discorso riportato.

### 6.5.3 I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 2

Come per l'incontro 1 sono state conteggiate le forme referenziali pronominali del secondo incontro per vedere quali siano le principali caratteristiche quantitative.

**Tabella 7** – Uso delle forme pronominali e verbali nell'Incontro 2

Incontro 2 Partecipanti	io/I	tu/you	egli/ella/he/she	noi/we	voi/you	essi/they	you/one si/uno	Totale
<i>medico</i>	26	11	5	20	14	1	0	77
<i>madre</i>	11	1	16	28	4	2	2	64
<i>padre</i>	1	1	4	8	0	0	1	15
totale altri partecipanti	38	13	25	56	18	3	3	156
interprete	5	13	27	23	17	20	0	105
Totale	43	26	52	79	35	23	3	261

Ad un primo sguardo si nota che l'interprete utilizza in un numero molto limitato di casi la prima persona e che ricorre più di frequente all'uso della terza persona singolare, della prima plurale e della terza plurale. Come per la tabella precedente, sono state escluse le forme pronominali riferite ad oggetti e le forme di cortesia che saranno trattate in seguito. Inoltre questa interprete utilizza nei turni traduttivi indiretti le espressioni *mum*, *dad* e *parents* che non sono stati inclusi in tabella.

Benché il medico si esprima per 26 volte in prima persona, l'interprete lo fa solo 5 volte. In realtà traduce il medico solo 2 volte utilizzando la prima persona e negli altri tre casi si esprime in prima persona parlando per se stessa nel corso di uno scambio diretto con i partecipanti primari come si vede dall'esempio 30 riportato qui di seguito.

**(30)**

(7)

M: ecco poi ci restituite dopo la foto [ copia ]

I: [ xxx ] should I make those  
copies and then give them back to them (.) gliele do io signora  
gliele faccio =

Nel primo turno dell'estratto la madre porge la cartella con le prescrizioni al medico e chiede di averne una fotocopia. L'interprete chiede al medico se deve provvedere personalmente a fare la copia e poi rassicura la madre riguardo alla restituzione della cartella. Nel corso dei tre incontri le interpreti in alcune circostanze offrono aiuto alla madre, che è la persona che trascrive le prescrizioni mediche sulla scheda del paziente. Questa forma di "assistenza" non puramente linguistica relativamente all'annotazione delle istruzioni mediche, alla compilazione della scheda e, come in questo caso, alla riproduzione della documentazione, viene richiesta dall'istituto alle interpreti e rientra quindi nell'ambito del loro "mandato". Probabilmente il fatto che si tratti di uno dei propri compiti, porta l'interprete a parlare in prima persona in quanto agente dell'attività contenuta nel turno.

In tutti gli altri casi in cui il medico parla in prima persona l'interprete adotta altri mezzi discorsivi: a. uso della terza persona singolare; b. uso della prima persona plurale, c. cancellazione della forma pronominale, d. nominalizzazione. Come si è visto nel paragrafo relativo alla traduzione contenente il discorso riportato, questa interprete non lo utilizza mai nei turni traduttivi del medico ma ricorre molte volte alla terza persona singolare come si vede nell'estratto seguente:

**(31)**

(3)

D: Samuele I have allergy to kiwi too

(.)

I: Samuele anche lui è allergico ai kiwi

(.)

D: it gives me an asthma attack =

M: & F: = ah ah ((risate))

(.)

I: gli fa venire l'asma

(.)



In questo esempio l'interprete probabilmente avverte anche l'esigenza di evitare che i partecipanti italiani pensino che sia lei ad esser allergica al kiwi e a soffrire di asma ed esplicita che si tratta del medico.

Nell'esempio 32 il medico sta parlando del paziente in terza persona ma esprime la propria opinione in forma esplicita per due volte (*I think*). L'interprete mantiene la prospettiva rispetto al bambino ma non traduce il soggetto e il verbo d'opinione, come negli esempi 25 e 26 relativi al primo incontro.

**(32)**

D: then I think because Samuele [ was ] ==  
I: [ eh ]  
D: == ill he didn't gain any any  
weight this time  
(.)  
I: e questa volta non è: aumentato di peso a causa della malattia che  
(.)  
M: e: penso di sì  
(.)  
D: I think that because he was sick for those / (.) for that whole  
month  
(.)  
I: perché è stato malato per quasi un mese  
(3)

La cancellazione dei *verba putandi* presenti nei turni in inglese è molto ricorrente nei tre incontri e induce ad avanzare l'ipotesi che le tre interpreti trattino queste espressioni più come segnali discorsivi che non come espressioni di sottoscrizione del parlante o che comunque le considerino a basso valore informativo o forse ridondanti dato che è chiaro dal contesto che il medico parla per conto di se stesso. Questo potrebbe spiegare almeno in parte il motivo per cui nella grande maggioranza dei casi le tre interpreti procedono ad una eliminazione di queste espressioni.

Un'altra modalità di resa traduttiva della prima persona utilizzata dal medico è il ricorso alla prima persona plurale come nell'esempio 33.

(33)

(45)

D: all right I think the basic plan for the diet Mrs Rosoni (.) should be pretty much the same that doctor Johnson  
[ outlined for you with the protein fat and carbohydrates just / just about the same ]  
I: [ quindi anche qui lasciamo più o a meno quello che aveva già fatto la dottoressa Johnson per le proteine ]

Come si è detto prima, l'interprete ha anche una funzione di aiuto nella trascrizione delle indicazioni del medico sulla scheda personale del paziente. In questo caso usa la prima persona plurale inclusiva e collaborativa indicando alla madre il punto sulla scheda in cui lasciare invariati i dati. Si noti come anche in questo caso il soggetto e il verbo d'opinione siano stati cancellati. L'elevata frequenza dell'uso della prima persona plurale da parte di questa interprete deriva però non tanto da trasformazioni apportate nei turni traduttivi bensì, come si vede nella tabella 7, dall'uso di questa forma pronominale da parte del medico. Anche la madre si esprime spesso con la prima persona plurale, ma diversamente da quanto avviene per il medico, l'interprete non la utilizza mai quando traduce la madre o il padre, ricorrendo invece alla terza persona plurale come nell'esempio 34.

(34)

(.)

M: gennaio sì (1) sempre quando smettiamo: il programma (.) diciamo e ve / e ci troviamo qui sempre in queste condizioni

(1)

I: always because they stop the programme (.) so they come here they are (.) in the same situation (1) because they stop the programme =

D: = yeah

(1)

Nei confronti della madre l'interprete utilizza la terza persona singolare o la terza persona plurale distinguendo quando voglia indicarla come unica fonte del turno e del contenuto del turno o come parlante a nome della famiglia. Lo stesso tipo di trasformazione pronominale avviene nei confronti del padre e questo spiega l'elevato numero di occorrenze di queste due forme referenziali come è illustrato nella tabella 7.

#### 6.5.4 I cambiamenti delle forme pronominali nelle rese interpretative - Incontro 3

Come si è visto in precedenza, questo incontro si differenzia dagli altri due per la situazione di salute della piccola paziente che non mostra miglioramenti. I partecipanti si trovano ad interagire su di un caso sfavorevole dal punto di vista medico. Questo elemento emerge sin dal turno di apertura dell'incontro, in cui, come illustrato dall'esempio 22, il medico parla subito della paziente in terza persona rivolgendosi ai genitori, a differenza degli altri due incontri. Questa distanza tra il medico e la piccola paziente viene mantenuta per tutto l'incontro come si può evincere dall'assenza dell'uso della forma pronominale tu/you da parte del medico (tabella 8). In realtà questo potrebbe essere dovuto anche al fatto che l'interazione verbale tra il padre e la figlia procede in parallelo e in costante sovrapposizione con l'interazione tra medico, interprete e madre a cui il padre partecipa solo parzialmente. Come per le tabelle precedenti, sono state escluse le forme pronominali it/esso/essa e le forme di cortesia, ma in questo caso è stata esclusa anche l'interazione padre-figlia. Sono stati inclusi invece nella tabella i turni del padre che non sono rivolti alla figlia ma agli altri partecipanti.

**Tabella 8** – Uso delle forme pronominali e verbali nell'Incontro 3

Incontro 3 Partecipanti	io/I		egli/ella		voi/you		essi/they		you/one		Totali
	io/I	tu/you	he/she	noi/we	voi/you	essi/they	si/uno				
medico	20	0	4	28	18	5	1			76	
madre	2	1	10	1	0	0	0			14	
padre	3	0	8	4	0	0	1			16	
totale altri partecipanti	25	1	22	33	18	5	2			106	
interprete	0	0	40	23	24	7	2			96	
Totale	25	1	62	56	42	12	4			202	

Questo è anche l'incontro in cui si riscontra il maggior numero di occorrenze di we/noi e you/voi ascritte al medico. Guardando l'uso delle forme referenziali pronominali prodotte dall'interprete si nota subito che non utilizza mai la prima persona e che produce moltissimi turni traduttivi parlando in terza persona. Non è azzardato ipotizzare che l'interprete risenta non solo del clima e del contesto in cui si svolge l'interazione ma anche dall'uso delle forme pronominali da parte dei partecipanti primari. L'assenza di turni traduttivi contenenti la seconda persona singolare infatti è

spiegabile con il fatto che il medico non la utilizza mai e che l'unico turno della madre contenente la seconda persona singolare è rivolto al marito e non viene tradotto dall'interprete a beneficio del medico. Come nel caso degli altri incontri, anche qui l'interprete ricorre a una varietà di soluzioni traduttive che trasformano o eliminano la prima persona.

(35)

(2)

D: so I think that should be step number one on our ahm direction  
sheet [ Mrs Caruso and ahm ]  
I: [ questa è la prima cosa ] da scrivere: =

In questo esempio l'interprete opera una trasformazione già osservata nell'ambito degli altri due incontri, vale a dire l'eliminazione del sintagma verbale iniziale e, in questo caso, produce un turno in cui riferisce alla madre non solo l'indicazione del medico ma esplicita anche cosa fare (*la prima cosa da scrivere*). In altri casi la prima persona viene sostituita dalla terza persona come nell'esempio 36 seguente.

(36)

(.)  
M: uhuh=  
D: = and [ I don't ] ==  
C: [ papino ]  
D: == think anybody knows  
(.)  
I: non pensa [ comunque che qualcuno ] ==  
C: [ papino uh uh ]  
I: == lo sappia (.) non c'è una  
ragione  
(.)  
M: uh uh  
(.)

A differenza del caso precedente, qui *I think* viene tradotto ma alla terza persona singolare per sottolineare che si tratta di un'opinione del medico in nessun modo ascrivibile all'interprete e da cui quindi si distanzia. In questo incontro il medico parla utilizzando la prima persona plurale più di quanto non parli in prima persona singolare.

L'uso di questo pronome in presenza di una condizione medica sfavorevole è spesso volto ad includere nella responsabilità per le prescrizioni mediche e per il loro esito l'intero centro e gli altri medici che si occupano del programma di riabilitazione della paziente come nell'esempio seguente.

(37)

D: [ su ] re only nuts that that that we don't recommon are peanuts  
(.)

C: [ ohoh ohoh ohoh ]

I: [ eh la sola il solo ci sono un solo tipo di ] nocciole che non  
raccomandiamo sono le:: le [ arachidi ]

M: [ pinoli ] arachidi ?

(.)

Nella sequenza precedente la madre ha chiesto al medico se può inserire le nocciole nella dieta della figlia e il medico ha confermato alla madre che vanno bene anche le mandorle. Nel primo turno dell'esempio 36 il medico specifica che la sola frutta secca sconsigliata sono le arachidi sottolineando che non si tratta di una sua prescrizione arbitraria ma che queste sono le indicazioni condivise dall'istituto. L'interprete riproduce il pronome (*we*) con la forma equivalente in italiano. In questo caso l'interprete non distingue se stessa dal centro di riabilitazione e dagli altri medici e anzi si allinea con essi. Lo stesso tipo di posizione si ritrova anche in altre occasioni nel corso dell'interazione.

(38)

(.)

D: and so what we will hope will happen over the next few days (.) is  
that she will have(.)[ no seizures ]

C: [ papà palla ] =

I: = e quindi (.) speriamo che nei prossimi [ giorni lei non abbia più ]

C: [ OHO:: OHO:: OHO:: OHO:: ]

Come si accennava prima non è illogico ipotizzare che l'interprete risenta nei suoi turni traduttivi delle forme pronominali utilizzate dai parlanti primari e che quindi sia influenzata nella scelta della prima persona plurale dal fatto che è il medico ad usarla. Resta però il fatto che questo non avviene per la prima persona singolare e quindi

probabilmente l'interprete sente l'esigenza di distinguere il proprio sé da quello del medico ma trova accettabile includersi nell'identità collettiva del centro di riabilitazione per il quale lavora e di cui sente di far parte.

Nei confronti del padre e della madre, l'interprete utilizza sempre la terza persona singolare o plurale, come le altre interpreti negli incontri finora analizzati. Diversamente dagli altri incontri, il medico ricorre varie volte all'uso di *they* e *the family/this family* nel corso dell'interazione. Una di queste occorrenze è già stata presa in considerazione quando si è discusso l'uso del discorso riportato nel paragrafo 6.3.3 nell'esempio 15. In quel caso come nel caso dell'esempio seguente, l'interprete non riproduce la formulazione del medico e, al contrario utilizza la seconda persona plurale, come se il medico si fosse rivolto direttamente ai partecipanti cancellando quindi la distanza espressa dal medico.

**(39)**

(2)

D: does this sound good to the family ?

(.)

I: vi sembra giusto quello che abbiamo detto fino a ora ?

M: [ sì ]

D: [ as a as ] a way of proceeding for the present time

(.)

**(40)**

(3)

D: the the worry that this has produced to the family(1) has to stop

(.)

I: soprattutto deve finire: ehm la preoccupazione che tutta questa situazione vi ha creato =

M = uh uh =

**(41)**

(.)

D: so then probably (3) today is twenty four so around february second  
or third if you ask them to give a communication to [ me ] ==

M: [ uh uh ]

D:== about what's happening

(.)

I: quindi per il due tre di febbraio ci fate sapere per favore  
[ cosa sta succe ] /  
F: [ come sta la ] bambina certo  
(.)

In tutti e tre gli esempi precedenti (39, 40 e 41) il medico non si rivolge direttamente alla madre o ai due genitori ma chiede all'interprete di rivolgere loro la domanda o l'affermazione contenuta nel suo turno. L'interprete elimina questo elemento di distanza e traduce i turni come se fossero stati direttamente rivolti ai genitori dal medico. La tendenza a mettere i partecipanti primari in "contatto diretto" quando è possibile era stata riscontrata anche in occasione dell'analisi delle *zero renditions* (cfr. capitolo 4). Questa scelta traduttiva relativamente alle forme pronominali sembra essere in linea con quella adottata ogni volta in cui l'interprete lascia che i partecipanti comunichino direttamente tra loro.

#### *6.6 Osservazioni sull'uso delle forme referenziali pronominali nelle rese interpretative*

In tutti e tre gli incontri le interpreti generalmente non parlano in prima persona quando traducono il medico o gli altri partecipanti. La distanza tra il sé dell'interprete e quello del medico è visibile anche nell'uso di una serie di mezzi discorsivi che fanno pensare ad una intenzionalità nell'evitamento dell'uso della prima persona. Questa scelta si manifesta con il ricorso alla terza persona singolare sia nei turni traduttivi che non contengono una locuzione citante che in quelli che la contengono, nelle rese in cui viene cancellato il soggetto e l'interprete procede ad una "spersonalizzazione" del turno del parlante o ad una generalizzazione, e, infine, nei casi in cui l'interprete utilizza la prima persona plurale allineandosi con l'istituto per il quale presta la sua opera di mediazione. La distanza nei confronti degli altri due soggetti che partecipano attivamente nell'interazione col medico - la madre e il padre - è espressa dall'uso della terza persona singolare e plurale. In linea generale tutte e tre le interpreti sembrano mantenere una posizione di equidistanza tra se stesse e i partecipanti primari anche se nel caso del terzo incontro l'interprete a tratti si identifica con l'istituzione per cui lavora ma comunque non direttamente con il medico. Questa distinzione creata

dall'interprete tra il proprio sé e quello altrui non introduce però nell'interazione una distanza tra i partecipanti primari autonomamente dai partecipanti stessi. In particolare, nel terzo incontro piuttosto che a creare una distanza l'interprete tende ad attenuarla o eliminarla traducendo i turni del medico rivolti alla famiglia nella terza persona plurale con la seconda persona plurale come se egli si rivolgesse direttamente ai suoi interlocutori.

### 6.7 *Uso delle forme pronominali di cortesia*

Dall'analisi delle forme referenziali pronominali condotta nei paragrafi precedenti sono stati esclusi i pronomi di cortesia che saranno oggetto di una breve discussione in questo paragrafo. Non si intende qui discutere la *persona modello* né tutti i dispositivi discorsivi di cortesia positiva e negativa (Brown & Levinson 1987) utilizzati dai parlanti primari e il loro eventuale mantenimento o trasformazione da parte dell'interprete. Un'analisi di questo tipo meriterebbe uno studio a parte ed esula dal tema trattato in questo capitolo.

In alcune occasioni nel corso dei tre incontri i partecipanti primari si rivolgono direttamente l'uno/a agli altri utilizzando formule di cortesia. Come è noto la lingua inglese non distingue l'uso di un pronome specifico per le forme di cortesia ma utilizza la forma pronominale *you* nei casi corrispondenti all'italiano *lei*. La formalità o informalità nel rivolgersi ad un parlante possono però essere segnalati da altre forme allocutive quali *Sir/Madam* o, come nel caso degli incontri qui studiati la formula *Mr/Mrs* seguiti dal cognome. In tutti e tre gli incontri il medico si rivolge almeno una volta alla madre utilizzando questa modalità e le tre interpreti, che talvolta mantengono questa formula contenente il cognome e talvolta la eliminano, traducono sempre i turni rivolti dal medico direttamente alla madre o al padre con la forma italiana di cortesia *lei*. Nel primo incontro il medico si rivolge in un paio di occasioni alla madre includendo nel turno la formula di allocuzione *Mrs* seguita dal cognome come si può vedere nell'esempio 4 all'inizio del capitolo. È interessante notare che questa interprete utilizza la forma di cortesia anche quando produce iniziative discorsive autonome rivolte ai partecipanti primari come negli esempi seguenti.



**(42) - Incontro 1**

D: = to ah (12) to reduce this down (.) to forty to fifty grams the  
grassi  
(.)  
I: i grassi di ridurre invece di sessanta grammi da quaranta (.) forty  
to fifty dove siamo con i grassi qui grassi da quaranta a cinquanta  
(1) and the rest =  
D: = and the rest we should stay the same =  
I: = il resto uguale quindi secondo me settantacinque grammi di  
proteine duecento carboidrati and calories the same ? (.) doctor  
Bean ?  
(.)

**(43) – Incontro 1**

D: [ I don't ] think we need to calculate it though  
I: eh nemmeno si deve calcolare scriva un po' meno di: (.)  
millesseicento  
(2)

Nei due esempi si vede come l'interprete, anche al di fuori dei turni traduttivi, usi la forma di cortesia sia in italiano che in inglese per rivolgersi ai partecipanti primari adeguandosi quindi all'uso delle forme di cortesia prodotte dai parlanti. Nel primo esempio (42) l'interprete richiama l'attenzione del medico utilizzando il suo titolo professionale seguito dal cognome, pertanto una formula formale e ufficiale nonostante questa interprete lavori da anni a tempo pieno per il centro di riabilitazione e conosca il medico. Nel secondo estratto (43) l'interprete fornisce alla madre un'indicazione su come annotare la prescrizione del medico sulla scheda personale del paziente dandole del lei (*scriva*).

Anche nel secondo incontro, come si vede dall'esempio 44, il medico utilizza la forma di allocuzione formale rivolgendosi alla madre.

**(44) - Incontro 2**

(1)  
D our goals then Mrs Rosoni [ e / ]  
I [ a ] allora obiettivi  
(.)

In questo primo estratto relativo all'incontro 2 il medico si rivolge alla madre con una forma di allocuzione formale e l'interprete la cancella nella traduzione, sicuramente "neutralizzando" il tono formale, ma non trasformandolo con espressioni informali. Negli altri due esempi riportati di seguito, 45 e 46, il medico si rivolge alla madre con il pronome inglese *you* e l'interprete sceglie di tradurlo con la forma pronominale di cortesia *lei*, nel primo caso seguito anche dall'indicazione specifica del destinatario della domanda che altrimenti avrebbe potuto essere erroneamente ricevuta come rivolta al padre o ad entrambi i genitori. Inoltre, nel primo turno dell'esempio 46 si vede che anche la madre usa la forma di cortesia nei confronti del medico. Osservando i dati emerge chiaramente che i partecipanti primari attingono al repertorio di espressioni di cortesia disponibili nelle loro lingue per rivolgersi l'uno l'altro e, osservando i turni traduttivi, emerge che generalmente l'interprete riproduce questa scelta nella traduzione.

**(45) – Incontro 2**

(.)  
 D: are you taking any vitamins [ xxx ]  
 I: [ lei ] prende le vitamine sign [ ora ] ?  
 D: [ for ]  
 your health =  
 I: = per la sua salute ?  
 (.)

**(46) – Incontro 2**

(.)  
 M: cosa ne pensa =  
 D: = [ do you think he should ]==  
 I: [ so what ° do you think ° ]  
 D: == take it every day =  
 I: = secondo lei lo deve prendere tutti i giorni ?  
 (.)

Nel corso del terzo incontro il medico si rivolge una volta alla madre con la forma di cortesia *Mrs* seguita dal cognome, e come abbiamo visto nell'esempio 34, l'interprete, similmente all'esempio 44, cancella tale forma di allocuzione "spersonalizzando" il

turno del medico sia in termini di autorialità che di destinatario. A parte questo singolo caso però nel corso di tutto l'incontro l'interprete traduce costantemente i turni rivolti dal medico alla madre e al padre con il pronome italiano di cortesia alla terza persona singolare come si vede negli esempi seguenti.

**(47) – Incontro 3**

(.)  
D: do you think that's an appropriate thing to do ?  
(.)  
I: pensa che sia appropriato ?  
(.)  
M: sì  
(.)

**(48) – Incontro 3**

D: = do you think that that their family doctor will be in favour of this approach ?  
(.)  
I: pensa che il dottore di famiglia approverà questo:: cambiamento ?  
il fatto che [ xxx ]  
F: [ penso ] di sì penso di sì =  
I: = he will  
(.)

Sia nel caso di una domanda rivolta alla madre che al padre l'interprete traduce il turno del medico usando la forma di cortesia. Nel secondo caso, l'esempio 48, il medico in realtà rivolge all'interprete la domanda relativa al medico di famiglia di cui ha appena discusso col padre. Ancora una volta l'interprete, in linea con quanto abbiamo visto prima riguardo a questo incontro, elimina questa formulazione indiretta del medico e riproduce la domanda come se fosse direttamente rivolta al padre annullando la distanza tra i due partecipanti e anzi favorendo un contatto verbale che appaia formalmente diretto e non mediato.

## 6.8 Conclusioni

L'analisi delle forme pronominali nei tre incontri ha messo in luce che le interpreti negli incontri 1 e 3 non parlano mai in prima persona mentre nel secondo incontro

l'interprete traduce solo 2 volte il medico usando questa forma pronominale. Pertanto, in generale, tutte e tre le interpreti tengono ben distinta la loro identità da quella del medico utilizzando tutta una serie di soluzioni traduttive tra cui le più ricorrenti sono il cambiamento dalla prima alla terza persona singolare e la cancellazione del soggetto espresso in prima persona seguito da *verba putandi* o *dicendi* tramite una resa traduttiva ellittica in cui viene riportata solo la frase oggetto del sintagma verbale eliminato.

Nei confronti dei genitori si nota la stessa tendenza a distinguere il proprio sé da quello dei parlanti. Nella traduzione dei turni dei genitori, infatti, le interpreti si esprimono sempre con la terza persona singolare o la terza persona plurale a seconda che intendano il turno come espresso a titolo personale o per conto della famiglia. La scelta di distinguersi dai parlanti primari da parte delle interpreti non ha però introdotto una distanza nell'interazione che non fosse espressa dai partecipanti stessi. Al contrario, nel caso del terzo incontro, l'interprete in taluni casi ha eliminato questa distanza tramite i cambiamenti pronominali dalla terza persona plurale utilizzata dal medico nei confronti dei genitori o della famiglia alla seconda persona plurale. Questo cambiamento pronominale ha avuto l'effetto di trasformare i turni in cui il medico parlava dei genitori o della famiglia all'interprete in turni in cui il medico parlava ai genitori o alla famiglia direttamente. In questi casi, da un punto di vista interazionale, l'interprete ha messo in contatto verbale diretto i partecipanti anziché farli comunicare attraverso se stessa.

La scelta delle forme referenziali pronominali ha inoltre consentito alle interpreti di specificare l'autore di uno o più turni precedenti e conseguentemente di attribuire a tale parlante anche la responsabilità del contenuto del turno. Questo tipo di intervento esplicativo da parte delle interpreti si è verificato spesso in presenza di parlato sovrapposto o dopo scambi in una stessa lingua tra i partecipanti primari o tra l'interprete ed uno dei partecipanti primari.

Infine, l'analisi delle forme di cortesia ha messo in luce che il medico e i genitori utilizzano queste modalità allocutive tra di loro e che le interpreti hanno sempre rispettato questa scelta non solo nei loro turni traduttivi ma anche nelle loro iniziative discorsive autonome rivolte ai partecipanti primari.

Il fatto che interazioni diverse diano luogo a comportamenti traduttivi diversi relativamente alle forme pronominali sembra suggerire che non è possibile definire una *norma* riguardo alle forme pronominali a cui l'interprete debba attenersi a prescindere dall'interazione a cui partecipa e a cui contribuisce e dal contesto che condivide e costruisce insieme ai parlanti primari.

## Capitolo 7

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

#### 7.1 *La selezione traduttiva*

Con questo studio di caso si è cercato di individuare la partecipazione attiva dell'interprete nell'interazione medica in cui è chiamato a mediare e di analizzare alcune forme di questa partecipazione attiva cercando di sottolinearne l'effetto pragmatico sull'interazione.

Il contributo discorsivo attivo dell'interprete è stato analizzato in base alle categorie di (Wadensjö 1998): *zero renditions* (ciò che l'interprete decide di non tradurre) e *non-renditions* (le iniziative discorsive autonome dell'interprete). L'analisi quantitativa e qualitativa relativa alle *zero renditions* ha messo in evidenza che l'interprete privilegia un partecipante primario: il medico. La percentuale dei turni non tradotti del medico, rispetto alle percentuali di turni non tradotti degli altri partecipanti, dimostra che il medico è il partecipante più "tradotto" nei tre incontri: 21,9% di *zero renditions* rispetto al 68,5% della madre, 73,3% per il padre e 99,3% per i piccoli pazienti (come illustrato nella tabella 2, cap. 4). Inoltre, l'analisi del contenuto degli enunciati del medico non tradotti rivela che, nella massima parte, si tratta di espressioni di *feedback* (*continuers*, *backchannels*), o di risposte brevi (*yes/no*) che gli altri partecipanti capiscono senza la traduzione.

Questo stesso fenomeno di selezione traduttiva a favore del medico è già stato riscontrato oltre che negli studi condotti su interpreti non professionisti (Pöchhacker e Kadric 1999; Bolden 2000; Elderkin-Thompson 2001) nonché negli studi condotti su interpreti professionisti negli ospedali statunitensi (Davidson 2000).

Trattandosi di interazioni tra più partecipanti, si è cercato inoltre di capire se vi fosse un asse conversazionale considerato prioritario dall'interprete nella sua funzione traduttiva. Anche in questo caso i dati hanno fornito indicazioni concordanti per tutti e

tre gli incontri: l'asse su cui si è concentrata la funzione traduttiva è quello medico-genitori, in particolare medico-madre in quanto persona avente il compito di trascrivere le istruzioni e le prescrizioni del medico nei tre incontri. Sono stati invece sistematicamente eliminati dalla traduzione l'asse genitori-figlio/a e parzialmente eliminato l'asse madre-padre. In sostanza, tutti gli scambi avvenuti durante gli incontri tra un genitore e il figlio/a non sono stati tradotti mentre gli scambi tra i genitori sono stati spesso esclusi dalla funzione traduttiva o presentati al medico solo in modo parziale. Queste due prime osservazioni permettono di avanzare l'ipotesi che per tutte e tre le interpreti la priorità fosse quella di assicurarsi che le prescrizioni e le indicazioni fornite dal medico arrivassero a destinazione, quindi ai genitori, mentre il percorso inverso, vale a dire la comunicazione dai genitori verso il medico, non sempre è stata riprodotta interamente.

In particolare, riguardo a questo secondo aspetto, si è visto che i commenti e le valutazioni dei genitori nei confronti delle prescrizioni/istruzioni del medico nella maggior parte dei casi in cui non contenevano un disaccordo o una critica espliciti non sono state rese nella traduzione (e quindi non sono arrivate al medico). Per contro le espressioni esplicite di disaccordo o le valutazioni negative riguardo alle indicazioni del medico, sia quando sollecitate, sia quando spontanee, sono state sempre tradotte.

Esaminando poi la tipologia di enunciati esclusi dalla traduzione è stato possibile individuare delle regolarità: tutti i *backchannels* e i *continuers* e la maggior parte delle risposte brevi sì/no pronunciate in italiano o in inglese sono state escluse dalla traduzione. Questo fenomeno è stato già riscontrato per altre coppie di lingue da Englund Dimitrova (1997) e Wadensjö (1998). Englund Dimitrova osserva che questa scelta rappresenta una strategia deliberata dell'interprete che percepisce questi segnali di *feedback* come enunciati che non contengono informazioni. Un'altra possibile spiegazione è che si tratta di espressioni direttamente accessibili a tutti i partecipanti e che quindi non necessitano della traduzione. Questa stessa considerazione potrebbe essere alla base della decisione delle interpreti di trattare spesso le risposte brevi (*sì/no*), pronunciate in italiano o in inglese, come i *backchannels* e i *continuers*. In questo caso si tratta di espressioni che contengono informazioni ma che sono direttamente comprensibili a tutti i partecipanti.

## 7.2 Il contributo discorsivo

L'analisi delle *non-renditions* ha messo in risalto, al contrario, la mancanza di regolarità e un diverso grado di partecipazione attiva delle tre interpreti nelle tre interazioni. In particolare, una delle interpreti ha contribuito alla costruzione del discorso con un gran numero di iniziative autonome tra cui *topic initiation*, richieste di informazioni dettagliate al medico da fornire ai pazienti, offerte rivolte ai genitori di esprimere il loro accordo e/o consenso. Le altre due interpreti hanno prodotto un numero di contributi discorsivi autonomi molto inferiore sia come quantità che come tipologia di enunciati. Resta ovviamente da vedere quanto la struttura dell'interazione verbale abbia influito sulla produzione di iniziative autonome delle interpreti. In ogni caso, mettendo insieme i risultati dell'analisi delle *zero renditions* e delle *non-renditions* nei tre incontri, è possibile osservare un aspetto comune relativamente al ruolo dell'interprete: quello di coordinamento. Decidendo infatti di non tradurre tutte le volte che i parlanti primari possono entrare in contatto verbale diretto, verificando con la produzione di enunciati di conferma che il messaggio è arrivato a destinazione e che la comunicazione può andare avanti, chiarendo e negoziando il significato con scambi diretti con i singoli partecipanti, in realtà in tutti e tre i casi le interpreti si sono fatte carico di mantenere sempre aperto il flusso della comunicazione tra i partecipanti. A conferma di ciò va detto che nel corso dei tre incontri il medico e i genitori dei piccoli pazienti si sono compresi senza dover ricorrere a continue richieste di chiarimenti e senza obiezioni o contestazioni relative all'operato delle interpreti. In particolare nel terzo incontro in cui, come si è visto, l'interazione padre-figlia ha assunto un carattere continuativo e parallelo rispetto a quella medico-madre-interprete, la scelta di escludere completamente l'interazione parallela ha sicuramente contribuito a far procedere l'incontro evitando di dover negoziare continuamente con gli altri partecipanti condizioni acustiche più favorevoli per la funzione traduttiva. L'assunzione della funzione di coordinamento da parte dell'interprete in seno all'interazione a cui partecipa è stata evidenziata anche da altri studi condotti sui dati reali. In particolare tale funzione è emersa dall'analisi di dati relativi ad interazioni svolte sia presso l'ufficio immigrazione sia presso le strutture sanitarie in Svezia per la coppia di lingue svedese e



russo (Wadensjö 1998); presso gli ospedali americani per la coppia di lingue inglese e spagnolo (Davidson 2000); in un incontro tra un docente e uno studente universitari mediato da un interprete della lingua dei segni (Roy 2000).

### *7.3 La costruzione della struttura di partecipazione*

Sulla base dei comportamenti discorsivi e traduttivi delle interpreti nei tre incontri è possibile dire che tutte e tre hanno contribuito alla struttura partecipativa dell'interazione. La scelta di un asse conversazionale, infatti, influisce sull'attribuzione dello spazio interazionale ai partecipanti primari. Non solo il medico, essendo più tradotto, ha avuto "più voce" nell'interazione rispetto ai genitori ma gli scambi tra padre e madre o tra genitori e figlio/a, non essendo sempre tradotti o essendo solo parzialmente tradotti, hanno assunto un carattere marginale o comunque meno "partecipato" poiché il medico non sempre è stato informato di quanto veniva detto.

Inoltre, il contributo attivo dell'interprete in termini di *topic* va visto non solo tramite le iniziative di avvio di un argomento o di conduzione di uno scambio con richieste autonome ma anche attraverso iniziative di segno opposto, vale a dire la decisione di lasciar cadere un *topic* non traducendo un turno di un parlante. In alcuni degli esempi presentati nel capitolo 4 (esempi 2 e 5) la non traduzione di un turno di commento da parte dei genitori ha portato infatti alla chiusura di uno scambio su un determinato punto e il passaggio ad un altro argomento. Allo stesso modo, la scelta di non tradurre tutte le volte che i partecipanti si capiscono senza l'intervento dell'interprete ha una ricaduta sulla struttura di partecipazione. In particolare nell'incontro 2 si è osservato che la madre è molto attiva e che probabilmente le iniziative autonome dell'interprete sono limitate anche a causa di questo elemento. In realtà è possibile dire anche il contrario: mettendo in contatto diretto i partecipanti, l'interprete decide di auto-limitare il suo spazio traduttivo. Sicuramente la struttura dell'interazione sarebbe stata diversa, e forse la madre avrebbe avuto meno spazio di parola, se l'interprete avesse deciso di procedere sempre e comunque alla traduzione di tutto quanto veniva detto dai parlanti primari. Dalle tre interazioni analizzate emerge

chiaramente che il contesto interazionale viene costruito dai partecipanti che lo condizionano e ne sono a loro volta influenzati man mano che l'interazione procede e che l'interprete non è estraneo a questo meccanismo.

#### *7.4 Le mosse conversazionali*

Il secondo contributo dell'interprete su cui si è concentrata l'attenzione è quello relativo alla costruzione dell'ordine conversazionale. Partendo dal modello conversazionale elaborato da Davidson per le interazioni mediate da un interprete, è stato possibile vedere non solo che l'interprete partecipa alla costruzione del significato tramite scambi diretti in una sola lingua con i parlanti primari, ma anche che partecipa attivamente alla costruzione dell'ordine conversazionale. Il modello si basa infatti su una pre-allocazione dei turni che, volendo semplificare, prevede:

turno del parlante 1

scambio tra parlante 1 e interprete nella stessa lingua

turno traduttivo dell'interprete a beneficio del parlante 2

scambio tra l'interprete e il parlante 2 nella stessa lingua

turno del parlante 2

turno traduttivo dell'interprete a beneficio del parlante 1

L'applicazione del modello ai dati ha fatto emergere come in realtà quest'ordine non venga sempre rispettato e come in alcuni casi questo avvenga a causa di determinate mosse conversazionali dell'interprete. Ad esempio, un turno dell'interprete prodotto in due lingue e rivolto contemporaneamente ai parlanti 1 e 2 è di difficile collocazione nel modello. Inoltre la decisione di non tradurre una domanda di un parlante determina un "salto" nella sequenza dei turni. Infine l'auto-selezione contemporanea dell'interprete e di uno dei parlanti primari non rientra nell'ordine previsto dal modello. D'altra parte proprio perché coglie le regolarità nell'interazione mediata da un interprete, il modello di Davidson fa emergere chiaramente il contributo dell'interprete al meccanismo dell'alternanza dei turni tramite le sovrapposizioni. Questo dispositivo è stato individuato dall'analisi della conversazione come uno dei meccanismi utilizzati dai

parlanti ai fini della presa di turno (Sacks et al. 1978). Un'analisi quantitativa delle sovrapposizioni presenti nelle tre interazioni studiate ha messo in evidenza che nella maggior parte dei casi queste coinvolgono l'interprete: nel primo incontro l'89,1% di tutte le sovrapposizioni, nel secondo incontro il 77,3 % e nel terzo incontro il 65,7%.

Il confronto tra le sovrapposizioni generate dall'interprete e le tipologie di sovrapposizioni più frequentemente riscontrate nel parlato spontaneo da Jefferson (1984) ha fatto emergere che l'interprete utilizza questo meccanismo per la presa di turno non solo in maniera analoga a quanto avviene nelle conversazioni tra parlanti della stessa lingua, ma anche per altri fini specifici inerenti la sua funzione traduttiva. In particolare, l'interprete ricorre alle sovrapposizioni (interrompenti e non) per: a) regolare la durata del turno dei parlanti ed evitare che un turno diventi "troppo lungo" da tenere in memoria e quindi difficile da gestire ai fini della resa traduttiva; b) recuperare un turno in situazioni di affollamento linguistico in cui i partecipanti primari tendono a non lasciare spazio alla traduzione.

Ovviamente i risultati di questo studio di caso non possono che essere parziali, in quanto basati sull'analisi di tre interazioni *multi-party* a cui partecipano tre interpreti. Tuttavia, questo stesso tipo di ricorso alle sovrapposizioni da parte dell'interprete è stato osservato da Straniero Sergio nel suo studio (di prossima pubblicazione) sulla mediazione interlinguistica in televisione che si basa su un corpus di oltre 1000 puntate di talk show che vedono la partecipazione di un centinaio di interpreti di lingue diverse.

### *7.5 Il sé dell'interprete*

Un altro aspetto su cui si è concentrata l'analisi in questo lavoro è la posizione dell'interprete rispetto agli altri partecipanti all'interazione. L'analisi dei dati ha dimostrato che in queste tre interazioni l'interprete non si identifica con i parlanti che traduce al punto da diventare invisibile o trasparente. Al contrario, le tre interpreti tengono ben distinta la loro identità da quella dei parlanti utilizzando tutta una serie di soluzioni traduttive. Nei confronti del medico le interpreti sostituiscono molto frequentemente l'uso della prima persona singolare con la terza persona singolare.

Inoltre, tutte e tre le interpreti procedono molto spesso ad una “spersonalizzazione” dei turni del medico tramite la cancellazione del soggetto espresso in prima persona seguito da *verba putandi o dicendi* e producono rese traduttive ellittiche in cui viene riportata solo la frase oggetto del sintagma verbale eliminato.

I turni dei genitori del/la paziente non vengono mai tradotti utilizzando la prima persona singolare o plurale. Nella traduzione dei turni di questi parlanti le interpreti si esprimono sempre con la terza persona singolare o la terza persona plurale a seconda che intendano il turno come espresso dal parlante a titolo personale o per conto della famiglia. Questa scelta di equidistanza tra i parlanti primari da parte delle interpreti non ha però introdotto una distanza nell’interazione che non fosse espressa dai partecipanti stessi. Al contrario, nel caso del terzo incontro, l’interprete in taluni casi ha eliminato questa distanza traducendo i turni che il medico ha rivolto alla famiglia in terza persona plurale con la seconda persona plurale come se il medico stesse parlando **ai** suoi interlocutori anziché **dei** suoi interlocutori. In questi casi, da un punto di vista interazionale, l’interprete ha messo in contatto verbale diretto i partecipanti invece di farli comunicare attraverso se stessa.

La scelta delle forme referenziali pronominali, oltre ad un mezzo per marcare la distinzione tra il sé dell’interprete e quello degli altri parlanti, consente inoltre di conseguire nei turni traduttivi almeno altre due scopi: a. attribuire l’autorialità dei turni precedenti in caso di parlato sovrapposto o dopo scambi in una stessa lingua e b. attribuire la responsabilità del contenuto di un turno al parlante primario che lo ha prodotto.

L’analisi dei dati ha inoltre illustrato che il discorso riportato, come mezzo a disposizione dell’interprete per distanziarsi dai parlanti primari, rappresenta la scelta meno frequente rispetto invece alle rese traduttive che non contengono una locuzione citante. Benché sia chiaro che il principale scopo dell’uso di questa soluzione traduttiva sia l’esplicitazione di chi sta dicendo cosa, il numero limitato dei casi in cui viene utilizzata non consente di avanzare ipotesi o trarre conclusioni generali riguardo all’uso di questa risorsa discorsiva da parte dell’interprete.

Infine, l’analisi delle forme pronominali di cortesia ha messo in luce che le interpreti hanno sempre rispettato le scelte dei parlanti primari. A differenza che nel talk show,

dove Straniero Sergio (di prossima pubblicazione) ha messo in evidenza come gli interpreti preferiscano forme informali anche quando il conduttore si rivolge agli ospiti usando un pronome di cortesia, nei tre incontri qui analizzati le interpreti non hanno cambiato il *tenore* del discorso.

Il fatto che interazioni diverse diano luogo a comportamenti traduttivi diversi riguardo alle forme pronominali e al discorso riportato sembra essere una ulteriore conferma del fatto che l'interprete non è un agente neutro ed inerte di trasferimento linguistico e che, al contrario, come si è notato nel caso delle rese traduttive e delle iniziative autonome, risente della struttura e del "clima" che si instaurano nell'interazione.

#### 7.6 *Una figura e tanti ruoli*

Le osservazioni tratte finora sembrano indicare che la figura dell'interprete è in realtà polivalente. Nel corso della stessa interazione, l'interprete assume il ruolo di partecipante primario ponendosi come interlocutore/trice diretto/a negli scambi monolingui tramite i quali negozia e (co)costruisce il significato con gli altri partecipanti; coordina il flusso della comunicazione stabilendo delle priorità rispetto all'asse conversazionale e ai partecipanti da privilegiare; partecipa attivamente alla costruzione dell'ordine conversazionale in quanto parlante che si auto-seleziona per la presa del turno e alla struttura di partecipazione tramite la decisione di tradurre o non tradurre. Tutto questo mantenendo al contempo la sua funzione principale per la quale è chiamato partecipare all'interazione, vale a dire la mediazione culturale e linguistica.

In sostanza sembra che il motivo per cui è difficile che un modello o una categorizzazione riescano a cogliere tutta la complessità di un incontro mediato da un interprete sta nel ruolo *ibrido* dell'interprete. Se si pone troppo l'accento sul ruolo di partecipante primario, se si dice cioè che nell'interazione mediata la comunicazione avviene sempre tramite scambi tra uno dei parlanti e l'interprete e si ipotizza una pre-allocazione dei turni, ci si trova di fronte a casi in cui viene a mancare la sequenzialità prevista perché l'interprete salta un turno traduttivo oppure perché si verifica uno

scambio diretto tra i partecipanti primari. Inoltre probabilmente è proprio in virtù della sua funzione traduttiva e non di semplice parlante che l'interprete può permettersi non solo di creare sovrapposizioni con i parlanti primari, ma anche di interromperli o di negare loro un turno per cercare di ristabilire un ordine che ritiene necessario alla sua funzione traduttiva e, di conseguenza, a consentire la comunicazione tra i partecipanti primari.

Se d'altro canto si pone solo l'accento sulla funzione traduttiva è difficile poi spiegare i contributi autonomi dell'interprete sia al discorso che all'ordine conversazionale e sarebbe difficile giustificare la decisione di non tradurre per mettere direttamente in contatto i parlanti primari. In definitiva, come è emerso dall'analisi di queste tre interazioni, non è più possibile pensare all'interprete come ad un singolo ruolo mentre è ormai chiaro che si tratta di una molteplicità di ruoli che l'interprete assume in alternanza e in funzione dell'interazione che contribuisce a strutturare e da cui è influenzato in un processo dinamico e non lineare in cui in alcuni casi può persino risultare difficile sciogliere l'intreccio tra funzione traduttiva e produzione autonoma dell'interprete.

Data la complessità della figura dell'interprete dialogico, così come emerge dagli studi condotti sui dati reali, è chiaro che non è più possibile pensare ad una formazione che ricalchi quella dell'interpretazione di conferenza ed è altrettanto chiaro che non sembrano applicabili le norme di comportamento e professionali elaborate e praticate finora per questo ambito. Non è più possibile in sostanza concentrare l'attenzione unicamente sulle competenze linguistiche e traduttive trascurando (o addirittura escludendo) nel percorso formativo il ruolo di partecipante attivo dell'interprete. Al contrario, sarebbe indicato rendere consapevole chi si accinge a diventare un interprete di trattativa o per i servizi sociali di quali risorse discorsive ed interazionali egli/ella abbia a disposizione in modo da metterlo/a in grado di comprenderle ed utilizzarle. La conoscenza delle regole e dei meccanismi che i partecipanti mettono in atto nel corso di un'interazione verbale non può che essere di grande aiuto a chi, in fondo, ha principalmente il compito di consentire la comunicazione tra interlocutori di lingue e culture diverse.



## Riferimenti bibliografici

- Adelswärd, V. and A. Sachs (1998). "Risk discourse: recontextualization of numerical values in clinical practice". *Text*, 18/2: 191-210.
- Adams, C., A. Corsellis and A. Harmer (1995). *Basic handbook for trainers of public service interpreters*. London: Institute of Linguists.
- AIIC Training Committee (2001). Advice to students wishing to become conference interpreters – Conseils aux étudiants souhaitant devenir interprètes de conférence. A.I.I.C. Association Internationale des Interprètes de Conférence; 2nd ed. 93; 8.4.2001 in Communicate! 14 (9/2001), consultato all'indirizzo <http://www.aiic.net/ViewPage.cfm/page56.htm> (vers. 1.12.99) Posted: 1 Dec 99 - Updated: 12 Apr 01 [http://www.aiic.net/tips\\_stu.pdf](http://www.aiic.net/tips_stu.pdf).
- Ainsworth-Vaughn, N. (2001). "The discourse of medical encounters". In D. Schiffrin, D. Tannen and H. Hamilton (2001). 453-469.
- Angelelli, C. (2000). "Interpretation as a communicative event: a look through Hymes' lenses". *Meta*, 45/4: 580-592.
- Angelelli, C. (2004). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Apfelbaum, B. (1995). "Interaktive Verfahren der Disambiguierung in Situationen des Gesprächsdolmetschens". *Kognitionswissenschaft* 5/1995, Springer-Verlag: 141-150.
- Aston, G. and L. Burnard (1998). *The BNC handbook: exploring the British National Corpus with SARA*. Edimburgh: Edimburgh University Press.
- Atkinson, J.M. and J. Heritage eds. (1984). *Structures of social action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ballardini, E. (2006). "Pour un enseignement universitaire de l'interprétation en milieu médical". *Études de linguistique appliquée*, 141 :43-50.
- Barik, H. C. (1969). *A study of simultaneous interpretation*. Unpublished PhD thesis. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Baumann, R. and J. Scherzer eds. (1974). *Explorations in the ethnography of speaking*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beckman, H. and R. Frankel (1994). "The effect of physician behaviour on the collection of data". *Annals of Internal Medicine*, 101: 692-696.
- Berk-Seligson, S. (1990). *The bilingual courtroom: court interpreters in the judicial process*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Bersani Berselli, G., M. Mack e D. Zorzi a cura di (2004). *Linguistica e interpretazione*. Bologna: Clueb.
- Blom, J.P. and J. J. Gumpertz, (1972). "Social meaning in linguistic structures". In J.J. Gumpertz and D. Hymes (1972).
- Boden, D. and D. H. Zimmerman eds. (1991). *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversational analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Bolden, G. (2000). "Toward understanding practices of medical interpreting: interpreters' involvement in history taking". *Discourse Studies*, 2 (4): 387-419.
- Bollettieri Bosinelli, R. M., C. Heiss, M. Soffritti e S. Bernardini a cura di (2000). *La traduzione multimediale: quale traduzione per quale testo? Atti del convegno internazionale. Forlì, 2-4 aprile 1998*. Bologna: Clueb.
- Bot, H. (2005). "Dialogue interpreting as a specific case of reported speech". *Interpreting*, vol.7, N.2: 237-261.



- Brown, P. and S. C. Levinson (1987). *Politeness. Some universals in language use*. Cambridge/New York : Cambridge University Press.
- Bühler, H. (1986). "Linguistic (semantic) and extra-linguistic (pragmatic) criteria for the evaluation of conference interpretation and interpreters". *Multilingua*, 5/4: 231-235.
- Burnes, H. ed. (1982). *Contemporary perceptions of language: interdisciplinary dimensions*. Georgetown: Georgetown University Press.
- Byrne, P. and B. Long (1976). *Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviours of doctors consulting in their surgeries*. London: HMSO.
- Cacciari, C. (1983). "La comunicazione medico-paziente. Una rassegna critica". *Psicologia clinica*, 3: 347-381.
- Calzada Pérez, M. a cura di (2003). *Apropos of ideology*. Manchester: St. Jerome.
- Cambridge, J. (1999). "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter". *The Translator*, 5(2): 201-219.
- Cameron, D. (2001). *Working with the spoken discourse*. Thousand Oaks: Sage.
- Carr, S. E., R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn eds. (1997). *The critical link: interpreters in the community. Papers from the first international conference on interpreting in legal, health, and social settings, Geneva Park (Ont.), June 1-4.1995*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Carraro-Tomanek, A. (2001). *Manuale dell'interprete di trattativa*. Milano: Arcipelago Edizioni.
- Carta, C. (2004). *Analisi internazionale dei colloqui diagnostici mediati dall'interprete*. Tesi di laurea non pubblicata. Scuola Superiore di Lingue Moderne per Interpreti e Traduttori. Università degli Studi di Trieste.
- Cencini, M. (2000). *Il Television Interpreting Corpus (TIC) - Proposta di codifica conforme alle norme TEI per trascrizioni di eventi di interpretazione in televisione*. Tesi di laurea non pubblicata. Forlì: SSLMIT.
- Charon, R, M. J. Greene and R. D. Adelman (1994). "Multidimensional interaction analysis: a collaborative approach to the study of medical discourse". *Social Science and Medicine*, 39(7): 955-965.
- CHIA, Standards and Certification Committee (2002). *California standards for healthcare interpreters*. Sacramento: California Healthcare Interpreters Association.
- Cicourel, A. V. (1982). "Language and belief in a medical setting". In H. Burnes (1982). 48-78.
- Cirillo, L. (2005). *The interactional organisation of talk in naturopathic interviews*. Tesi di dottorato non pubblicata. Università degli Studi di Napoli Federico II.
- Clark, H. (1989). "Understanding by addressees and overhearers". *Cognitive Psychology*, 21: 211-232.
- Cronin, M. (2002). "The empire talks back: orality, heteronomy and the cultural turn in interpreting studies". In M. Tymoczko and E. Gentzler (2002). 45-62.
- Davidson, B. (2000). "The interpreter as institutional gatekeeper: the social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse". *Journal of Sociolinguistics*, 4/3: 379-405.
- Davidson, B. (2001). "Questions in cross-linguistic medical encounters: the role of the hospital interpreter". *Anthropological Quarterly*, 74/4: 170-178.
- Davidson, B. (2002). "A model for the construction of conversational common ground in interpreted discourse". *Journal of Pragmatics*, 34: 1273-1300.
- Diriker, E. (2004). *De-/re contextualizing conference interpreting*. Amsterdam/Philadelphia : John Benjamins Publishing Company.
- Drew, P. and J. Heritage eds. (1992a). *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Drew, P. and J. Heritage (1992b). "Analyzing talk at work: an introduction". In P. Drew and J. Heritage (1992a). 3-65.
- Dubslaff, F. and B. Martinsen (2005). "Exploring untrained interpreters' use of direct versus indirect speech". *Interpreting*, vol.7, N.2: 211-236.
- Duranti, A. and C. Goodwin eds. (1992). *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge: Cambridge University Press.
- D'Urso, V. and P. Leonardi eds. (1984). *Discourse analysis and natural rhetorics*. Padova: Cleup Editore.
- Edwards, J. A. and M. D. Lampert eds. (1993). *Talking data*. Hillsdale: Erlbaum.
- Edwards, J. (1993). "Principles and contrasting systems of discourse transcription". In J. A. Edwards and M. D. Lampert (1993). 3-32.
- Englund Dimitrova, B. (1997). "Degree of interpreter responsibility in the interaction process in community interpreting". In S. E. Carr, R. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (1997). 147-164.
- Ehlich, K., S. Ide and R. Watts (1992). *Politeness in language. Studies in its history, theory and practice*. Berlin/New York: Mouton de Gruyter.
- Elderkin-Thompson, V., R. C. Silver and H. Waitzkin (2002). "When nurses double as interpreters: a study of Spanish-speaking patients in US primary care setting". *Social Science & Medicine*, 52: 1343-1358.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Oxford: Blackwell.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis*. London: Longman.
- Falbo, C. (2004). *La ricerca in interpretazione: dagli esordi alla fine degli anni settanta*. Milano: Franco Angeli.
- Fele, G. (1991). *L'insorgere del conflitto*. Milano: Franco Angeli.
- Fele, G. (1994). "Il lavoro di prendere il turno in condizioni non ordinarie". In F. Orletti (1994). 83-98.
- Fisher, S. and A. Todd eds. (1983). *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood: Ablex.
- Flores, G., M. Barton Laws, S. J. Mayo, B. Zuckerman, M. Abreu, L. Medina, and E. J. Hardt (2003). "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters". *Pediatrics*, 111(1): 6-14.
- Fogazzaro, E. e Gavioli, L. (2004). "L'interprete come mediatore: riflessioni sul ruolo dell'interprete in una trattativa d'affari". In G. Bersani Berselli, G. Mack e D. Zorzi (2004). 169-191.
- Frankel, R.M. (1984). "From sentence to sequence: understanding the medical encounter through micro-interactional analysis". *Discourse Processes*, 7: 135-170.
- Frankel, R. M. (1990). "Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters". In G. Patha (1990). 231-262.
- Galatolo, R. e G. Pallotti a cura di (1999). *La conversazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Garzone, G. e M. Viezzi eds. (2002). *Interpreting in the 21st century. Challenges and opportunities. Selected papers from the first Forlì conference on interpreting studies, 9.-11.11.2000*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Gavioli, L. e G. Mansfield (1990). *The PIXI corpora. Bookshop encounters in English and Italian*. Bologna: CLUEB.
- Gentile, A., U. Ozolins and M. Vasilakakos (1996). *Liaison interpreting. A handbook*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Gerver, D. (1971). *Simultaneous and consecutive interpretation and human information processing*. London: University of Durham.

- Gerver, D. and W. H. Sinaiko eds. (1978). *Language, interpretation and communication. NATO Symposium, Venice, 26 September-1 October 1977*. New York/London: Plenum Press.
- Gile, D. (1995). *Basic concepts and models for interpreter and translator training*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Ginsberg, C., V. Martin, D. Andrulis, Y. Shaw-Taylor and C. McGregor (1995). *Interpretation and translation services in health care: a survey of US public and private teaching hospitals*. Washington, DC: National Public Health and Hospital Institute.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public places*. New York: Harper & Row.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis*. New York: Harper & Row.
- Goffman, E. (1981a). *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Ed. italiana *Forme del parlare*. (1987). Tr. it. F. Orletti. Bologna: Il Mulino
- Goffman, E. (1981b). "The lecture". In Goffman (1981a). 162-196.
- Goffman, E. (1983). "The interaction order". *American Sociological Review*, 48: 1-17.
- Goldman-Eisler, F. (1972). "Segmentation of input in simultaneous translation". *Journal of Psycholinguistic Research*, 1/2: 127-140 e in F. Pöchhacker and M. Shlesinger (2002). 68-76.
- Gonzalez, R.D., H. Mikkelsen and V. F. Vasquez (1991). *Fundamentals of court interpretation: theory, policy and practice*. Durham, NC: Carolina Academic Press.
- Gumperz, J. and D. Hymes eds. (1972). *Directions in sociolinguistics: the ethnography of communication*. New York: Rinehart and Winston.
- Gumperz, J. (1982). *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haffner, L. (1992). "Translation is not enough: interpreting in a medical setting". *Western Journal of Medicine*, 157: 255-259.
- Hale, S. (1997). "The treatment of register variation in court interpreting". *The Translator*, 3(1): 39-53.
- Harris, B. (1977). *The importance of natural translation*. Ottawa: Ecole de traducteurs et interprètes, Ottawa. Documents de traductologie no 2, tiré a part de Working Papers on Bilingualism 12, Jan. 1977, 96-114.
- Harris, B. (1990). "Norms in interpretation". *Target*, 2:1: 115-119.
- ten Have, P. (1989). "The consultation as a genre". In B. Torode (1989). 115-135.
- ten Have, P. (1990). "Methodological issues in conversation analysis". *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, N. 27 (June): 23-51. Versione elettronica <http://www.paultenhave.nl/>
- ten Have, P. (1991). "Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction". In D. Boden and D. H. Zimmerman (1991). 138-163.
- ten Have, P. (1999). *Doing conversational analysis: a practical guide*. Thousand Oaks: Sage.
- Heath, C. (1986). *Body movement and speech in medical interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, C. (1992). "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation". In P. Drew and J. Heritage (1992a). 235-267.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Heritage, J and D. Greatbatch (1991). "On the institutional character of institutional talk: the case of news interviews". In D. Boden and D.H. Zimmerman (1991). 93-137.
- Heritage, J. and S. Sefi. (1992). "Dilemmas of advise: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers". In P. Drew and J. Heritage (1992a). 359-417.
- Heritage, J. (1997) "Conversation analysis and institutional talk: analysing data". In D. Silverman (1997). 161-182.
- Heritage, J. and D. W. Maynard (2006a). *Communication in medical care*. Cambridge, New York : Cambridge University Press.

- Heritage, J. and D. W. Maynard (2006b). "Introduction: analysing interaction between doctors and patients in primary care". In J. Heritage and D. W. Maynard (2006a). 1-21.
- House J. and S. Blum-Kulka eds. (1986). *Interlingual and intercultural communication: discourse and cognition in translation and second language acquisition studies*. Tübingen: Narr.
- Hutchby, I. and R. Wooffitt (1998). *Conversation analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Hymes, D. (1972). "Models of interaction of language in social life". In J. Gumperz and D. Hymes (1972). 35-71.
- Jalbert, M. (1998). "Travailler avec un interprète en consultation psychiatrique". *P.R.I.S.M.E.*, 8(3): 94-111.
- Jefferson, G. (1978). "Sequential aspects of storytelling in conversation". In J. Schenkein (1978). 219-248.
- Jefferson, G. (1984a). "Notes on a systematic development of the acknowledgement tokens 'yeah' and 'mm hm'". *Papers in Linguistics*, 17: 197-206.
- Jefferson, G. (1984b). "Notes on some orderliness of overlap onset". In V. D'Urso e P. Leonardi (1984). 11-38.
- Jefferson, G. (1988). "On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation". *Social Problems*, 35(4): 418-441.
- Johnstone, B. (2000). *Qualitative methods in sociolinguistics*. Oxford: Oxford University Press.
- Kalina, S. (2002). "Quality in interpreting and its prerequisites: a framework for a comprehensive view". In G. Garzone e M. Viezzi (2002). 121-130.
- Kalina, S. (2005). "Quality assurance for interpreting processes". *Meta*, 50: 768-784.
- Katan, D. and F. Straniero Sergio (2001). "Look who's talking – The ethics of entertainment and talkshow interpreting". *The Translator*, 7(2): 213-237.
- Katan, D. and F. Straniero Sergio (2003). "Submerged ideologies in media interpreting". In M. Calzada Pérez (2003). 131-144.
- Kaufert, J. (1990). "Sociological and anthropological perspectives on the impact of interpreters on clinician/client communication". *Santé Culture Health*, 7(2/3): 209-235.
- Kaufert, J. and W. Koolage (1984). "Role conflict among culture brokers". The experience of native Canadian medical interpreters". *Social Science & Medicine*, 18(3): 283-286.
- Kaufert, J. and R. Putsch (1997). "Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language and power". *Journal of Clinical Ethics*, 8(1): 71-87.
- Kaufert, J., R. Putsch and M. Lavalée (1998). "Experience of aboriginal health interpreters in mediation of conflicting values in end-of-life decision making". *International Journal of Circumpolar Health*, 57, Suppl 1: 43-48.
- Kautz, U. (2000). *Handbuch Didaktik des Übersetzens und Dolmetschens*. München: Iudicium.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Knapp, K. and A. Knapp-Potthoff (1986). "Interweaving two discourses. The difficult task of the non-professional interpreter". In J. House and S. Blum-Kulka (1986). 151-168.
- Knapp, K., W. Enninger and A. Knapp-Potthoff (1987). *Analysing intercultural communication*. Amsterdam: Mouton de Gruyter.
- Knapp-Potthoff, A. (1992). "Secondhand politeness". In K. Ehlich, S. Ide and R. Watts (1992). 203-219.
- Kohn, K. and S. Kalina (1996). "The strategic dimension of interpreting". *Meta*, 41/1:118-138.
- Kopczynski, A. (1998). "Conference interpreter: a ghost or an intruder?". In Z. Pawlak, J. Hartzell and A. Czolnowska (1998). 71-78.
- Korsch, B., E. K. Gozzi, and V. Francis (1968). "Gaps in doctor-patient communication". *Pediatrics*, 42:855-71.

- Korsch, B. M. and V. F. Negrette (1972). "Doctor-patient communication". *Scientific American*, 227 : 66-74.
- Krouglov, A. (1999): "Police interpreting: politeness and sociocultural context". *The Translator*, 5(2): 285-302.
- Labov, W. (1972). *Sociolinguistic patterns*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W and D. Fanshel (1977). *Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation*. New York: Academic Press.
- Leanza, Y. (2005). "Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers". *Interpreting*, 7(2): 167-192.
- Lederer, M. (1981). *La traduction simultanée. Expérience et théorie*. Paris: Minard.
- Linell, P. and T. Luckmann (1991). "Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries". In I. Markova and K. Foppa (1991). 1-20.
- Leonardi, P. e M. Viaro (1990). *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Londei, D., D. Miller e P. Puccini a cura di (2006). *Insegnare le lingue/culture oggi: il contributo dell'interdisciplinarietà*. Bologna: Asterisco Ed.
- Mack, G. (2000). "Quale interpretazione per la televisione italiana?". In R. M. Bollettieri Bosinelli, C. Heiss, M. Soffritti e S. Bernardini (2000). 111-132.
- Mack, G. (2004). "Strumenti bibliografici". In G. Bersani Berselli, G. Mack e D. Zorzi (2004). 211-246.
- Mack, G. (2005). "Interpretazione e mediazione: alcune osservazioni terminologiche". In M. Russo e M. Mack (2005). 3-18.
- Malinowski, B. (1923). "The problem of meaning in primitive languages". In C. K. Ogden and I. A. Richards (1923). 296-336.
- Markova, I. and K. Foppa eds. (1991). *Asymmetries in dialogue*. Harvester Wheatsheaf: Hemel Hempstead.
- Mason, I. ed. (2001). *Triadic exchanges: studies in dialogue interpreting*. Manchester: St. Jerome.
- Mason, I. and M. Stewart (2001). "Interactional pragmatics, face and the dialogue interpreter". In I. Mason (2001). 51-70.
- Matyssek, H. (1989). *Handbuch der Notizentechnik für Dolmetscher. Ein Weg zur sprachunabhängigen Notation (2 Bd.)*. Heidelberg: Julius Groos Verlag; 2., verbesserte Auflage 2002.
- Maynard, D. (1991a). "Interaction and asymmetry in clinical discourse". *American Journal of Sociology*, 97: 448-495.
- Maynard, D. W. (1991b). "The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news". In D. Boden and D. Zimmerman (1991). 164-192.
- Maynard, D. W. (1992). "On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news". In P. Drew and J. Heritage (1992). 331-358.
- Maynard, D. W. (1996). "On 'realization' in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation". *American Sociological Review*, 61: 109-131.
- Merlini, R. and R. Favaron (2005). "Examining the 'voice of interpreting' in speech pathology". *Interpreting*, 7(2): 263-302.
- Merlini, R. (2005). "Alla ricerca dell'interprete ritrovato". In M. Russo e G. Mack (2005). 19-40.
- Metzger, M. (1999). *Sign interpreting – Deconstructing the myth of neutrality*. Washington DC: Gallaudet University Press.
- Min'jar-Beloručev, R. K. (1959). *Metodika obučeniya perevodu na sluch*. Moskva: VIMO.
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine: the dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex.



- Morris, M. ed. (1995). *Translation and the law*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins Publishing Company.
- Mortara Garavelli, B. (2001). "Il discorso riportato". In L. Renzi, G. Salvi e A. Cardinaletti (2001). 429-470.
- Moser, B. (1978). "Simultaneous interpretation: a hypothetical model and its practical application". In D. Gerver and W. H. Sinaiko (1978). 353-368.
- Niska, H. (1995). "Just interpreting: role conflicts and discourse types in court interpreting". In M. Morris (1995). 293-316.
- Ochs, E. and B. Schieffelin eds. (1979). *Developmental pragmatics*. New York: Academic Press.
- Ochs, E. (1979). "Transcription as theory". In E. Ochs and B. Schieffelin (1979). 43-72.
- Ogden, C.K. and I. A. Richards eds.(1923). *The meaning of meaning*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Oléron, P. et H. Nanpon (1965). "Recherches sur la traduction simultanée". *Journal de Psychologie Normale et Pathologique* 62:1: 73-94 e in F. Pöchhacker e M. Shlesinger (2002). 42-50.
- Orletti, F. a cura di (1994). *Fra conversazione e discorso. L'analisi dell'interazione verbale*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Paneth, E. (1957). *An investigation into conference interpreting (with special reference to the training of interpreters)*. Unpublished M.A. thesis. London: University of London. Riprodotto parzialmente in F. Pöchhacker e M. Shlesinger (2002), 30-40.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Patha, G. ed. (1990). *Interaction competence: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Lanham: University Press of America.
- Pawlak, Z., J. Hartzell, and A. Czolnowska eds. (1998). *Ocena tłumaczenia ustnego. Materiały konferencji naukowej OB i SP, Łódź 8.-9.6.1996*. [in polacco e in inglese] *Evaluating an interpreter's performance*. Łódź: Osrodek Badan i Studiow Przekladowych Uniwersytetu Łódzkiego/Centre for Modern Translation and Interpretation Studies, University of Łódź.
- Peräkylä, A. (2006). "Communicating and responding to diagnosis". In J. Heritage and D. W. Maynard (2006a). 214-247.
- Petrillo, G. (1994). "Relazioni asimmetriche e strategie di influenza sociale: analisi di conversazioni medico-paziente". In F. Orletti (1994). 99-119.
- Phelan, M. (2001). *The interpreter's resource*. Clevedon/Buffalo/Toronto/Sydney: Multilingual Matter.
- Pöchhacker, F. (1995). "Those who do...: A profile of research(ers) in interpreting". *Target*, 7(1): 47-64.
- Pöchhacker, F. and M. Kadric (1999). "The hospital cleaner as healthcare interpreter". *The Translator*, 5(2): 161-178.
- Pöchhacker, F. and M. Shlesinger eds. (2002). *The interpreting studies reader*. London: Routledge.
- Pöchhacker, F. (2004). *Introducing interpreting studies*. London: Routledge.
- Pöchhacker, F. (2005) "From operation to action: process-orientation in interpreting studies". *Meta*, 50/2: 682-695.
- Pomerantz, A. (1984). "Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes". In: J. M. Atkinson, and J. Heritage (1984). 57-101.
- Renzi, L., G. Salvi, e A. Cardinaletti (2001). *Grande grammatica italiana di consultazione*. III. Tipi di frase, deissi, formazione delle parole. Bologna : Il Mulino.
- Roberts, R. P. (1997). "Community interpreting today and tomorrow". In S. E. Carr, R. P. Roberts, A. Dufour and D. Steyn (1997). 9-26.

- Robinson, J. D. (2001). "Asymmetry in action: sequential resources in the negotiation of a prescription request". *Text*, 21-1/2: 19-54.
- Rost, K. and R. Frankel (1993). "The introduction of the older patient's problems in the medical visit". *Journal of Health and Aging*, 5: 387-401.
- Roter, D. and J. Hall (1992). *Doctors talking to patients/patients talking to doctors: improving communication in medical visits*. Westport: Auburn Press.
- Roter, D. and Larson, S. (2002). "The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions". *Patient Education and Counseling*, 43 : 243-251.
- Roter, D. (2004). *The Roter interactional analysis (RIAS) coding manual*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University. <http://www.rias.org/manual.html>.
- Roy, C. B. (1993). "The problem with definitions, descriptions, and the role metaphors of interpreters". *Journal of Interpretation*, 6(1): 127-154.
- Roy, C. B. (2000). *Interpreting as a discourse process*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Rudvin, M. (2006). "Issues of culture and language in training of language mediators for public services in Bologna: matching market needs and training", In D. Londei, D. Miller e P. Puccini (2006). 73-89.
- Russo, M. e G. Mack a cura di (2005). *Interpretazione di trattativa. La mediazione linguistico-culturale nel contesto formativo e professionale*. Milano: Hoepli Editore.  
Versione elettronica <http://amsacta.cib.unibo.it/archive/00002055/>
- Sacks, H. (1974). "An analysis of the course of a joke's telling in conversation". In R. Baumann e J. Scherzer (1974). 337-353.
- Sacks, H., E. Schegloff and G. Jefferson (1978). "A simplest systematics for the organisation of turn taking for conversation". In J. Schenkein (1978). 7-55.
- Sarangi, S. and C. Roberts eds. (1999). *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Sarangi, S. (2004). "Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice". In *Communication & Medicine*, 1(1) : 1-11.
- Schegloff, E. A., G. Jefferson and H. Sacks (1977). "The preference for self-correction in the organisation of repair in conversation". *Language*, 53(2): 361-382.
- Schegloff, E. A. (1982). "Discourse as an interactional achievement: some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences". In D. Tannen (1982). 71-93.
- Schegloff, E. A. (1987). „Analyzing single episodes of interaction: an exercise in conversation analysis". *Social Psychology Quarterly*, vol. 50 (2): 101-114.
- Schegloff, E. A. (1992). "On talk and its institutional occasions". In P. Drew, and J. Heritage (1992a). 101-136.
- Schenkein, J. ed. (1978). *Studies in the organisation of conversational interaction*, New York: Academic Press.
- Schiffrin, D., D. Tannen and H. Hamilton eds. (2001). *The handbook of discourse analysis*. Malden: Blackwell.
- Seleskovitch, D. (1965). "Principes et méthodes de l'enseignement de l'interprétation". In D. Seleskovitch et M. Lederer (1984). 165-178.
- Seleskovitch, D. et M. Lederer (1984). *Interpréter pour traduire*. Paris: Didier Erudition.
- Seleskovitch, D. et M. Lederer (1989). *Pédagogie raisonnée de l'interprétation*. Paris: Didier Erudition, Collection Traductologie 4. 2ème éd. corrigée et augmentée (2002) Luxembourg/ Bruxelles: Office des Communautés Européennes.
- Setton, R. (1999). *Simultaneous interpretation: a cognitive-pragmatic analysis*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.

- Silverman, D. ed. (1997). *Qualitative analysis: issues of theory and methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Sinclair, J. (1991). *Corpus, concordance, collocation*. Oxford: Oxford University Press.
- Shuy, R. W. (1976). "The medical interview: problems in communication". *Medical care*, 3(3): 365-386.
- Shuy, R. W. (1983). "Three types of interference to an effective exchange of information in the medical interview". In D. A. Todd and S. Fisher (1983). 17-30.
- Stenzl, C. (1983). *Simultaneous interpretation: groundwork towards a comprehensive model*. Unpublished M.A. Thesis. London: Birkbeck College, University of London.
- Stiles, W. B. (1989). "Evaluating medical interview process components: null correlations with outcomes may be misleading". *Medical Care*, 27(2): 212-220.
- Stimson, G. V. and B. Webb (1975). *Going to see the doctor. The consultation process in medical practice*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Stivers, T. and J. Heritage (2001). "Breaking the sequential mold: answering 'more than the question' during comprehensive history taking". *Text*, 21: 151-185.
- Stivers, T. (2006). "Treatment decisions: negotiation between doctors and parents in acute care encounters". In J. Heritage and D. W. Maynard (2006a). 279-312.
- Straniero Sergio, F. (1999a). "The interpreter on the (talk) show". *The Translator*, 5(2): 303-326.
- Straniero Sergio, F. (1999b). "Qualità e setting pedagogico". In M. Viezzi (1999). 1-17.
- Straniero Sergio, F. (prossima pubblicazione). *Talkshow interpreting: la mediazione linguistica nella conversazione-spettacolo*.
- Svartivick, J. and R. Quirk (1980). *A corpus of English conversation*. Lund: Gleerup.
- Tannen, D. ed. (1982). *Analyzing discourse: text and talk*. Washington: Georgetown University Press.
- Tannen, D. and C. Wallat (1983). "Doctor/mother/child communication. Linguistic analysis of a pediatric interaction. In D. A. Todd and S. Fisher (1983). 31-47.
- Tebble, H. (1999). "The tenor of consultant physicians: implications for medical interpreting". *The Translator*, 5(2): 179-200.
- Tomassini E. e F. Nicolini (2005). *Survey on the role of community interpreters and cultural mediators in the Emilia Romagna region. A call for new training formats capable of meeting emerging needs in the health sector*.  
<http://www.tolkeportalen.no/Resources/Filer/Konferanser/Alcal%C3%A0%202005%20Tomassini%20and%20Nicolini%20Bologna.doc>
- Torode, B. ed. (1989). *Text and talk*. Dordrecht: Foris.
- Tracy, K. ed. (1998). *Discourse studies: a multidisciplinary introduction*. Thousand Oaks: Sage.
- Treisman, A. M. (1965). "The effects of redundancy and familiarity on translation and repeating back a foreign and a native language". *British Journal of Psychology*, 56/4: 369-379.
- Tuckett, D., M. Boulton, C. Olson and A. Williams (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London: Tavistock Publications.
- Tymoczko, M. and E. Gentzler eds. (2002). *Translation and power*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Viezzi, M. a cura di (1999). *Quality Forum 1997 – Esperienze, problemi, prospettive. Atti della giornata di studi sulla qualità in interpretazione, Trieste, 14 novembre 1997*. Trieste: Università degli Studi di Trieste.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London & New York: Longman.
- West, C. (1983) "Ask me no questions': an analysis of queries and replies in physician-patient dialogues". In S. Fisher and A. Todd (1983). 127-160.
- West, C. (1984). *Routine complications: troubles in talk between doctors and patients*. Bloomington: Indiana University Press.



- Wilss, W. (1978) "Syntactic anticipation in German-English simultaneous interpreting". In D. Gerver and W. H. Sinaiko (1978). 343-352.
- Zorzi Calò, D. (1990). *Parlare insieme. La co-produzione dell'ordine conversazionale in italiano e in inglese*. Bologna: CLUEB.
- Zorzi, D. (di prossima pubblicazione). "Note sulla formazione dei mediatori linguistici". *Studi di Glottodidattica*. <http://www.glottodidattica.net/>