

## INTERPRETARE LE EMOZIONI: (RI)CONOSCERLE PER (RE)AGIRE CONSAPEVOLMENTE NELL'INTERAZIONE MEDIATA

NATACHA NIEMANTS,  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA, DIT

VALENTINA BELLOTTI,  
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA SOCIAL SUPPORT DELL'EMILIA  
ROMAGNA

DEBORA BATTANI,  
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA SOCIAL SUPPORT DELL'EMILIA  
ROMAGNA

natacha.niemants@unibo.it  
valentinabellotti.psi@gmail.com  
debora.battani@tiscali.it

Citation: Niemants, Natacha, Valentina Bellotti, Debora Battani (2024) "Interpretare le emozioni: (ri)conoscerle per (re)agire consapevolmente nell'interazione mediata", in Greta Zanoni e Serena Zuccheri (a cura di) *Emozioni: parlarne, sentirle, tradurle II*, *mediAzioni* 41: D180–D215, <https://doi.org/10.6092/issn.1974-4382/20681>, ISSN 1974-4382.

**Abstract:** Interpreting studies have in recent years highlighted the importance of the emotional component in the selection and training of future interpreters, emphasising how empathy, vicarious trauma and burn-out must be taken into serious account when preparing to work in delicate and emergency settings, and suggesting guidelines for trainers aiming to integrate these components into their courses and curricula. Following in the footsteps of González Rodríguez (2022), who in the first dossier edited by Zanoni and Zuccheri problematized the emotions and the human factor involved in dialogue interpreting and showed how they affect not only the smooth functioning of services but also interpreters' health, in this paper we will report on how we prepare DIT's master's degree students in interpreting to enter highly emotional contexts, such as healthcare and emergency settings. We will first introduce the Theory and practice of specialized dialogue interpreting course in which this emotional component was introduced; in the first section, we will also provide some definitions of emotions, empathy, vicarious trauma and burn-out that will prepare the theoretical ground for the subsequent analyses. These will focus on the emotions that two groups of student-interpreters have thematised in relation to the healthcare setting at different points in

their training, i.e. before and after having participated in the classes dedicated to this setting and after having actually worked as interpreters in some healthcare facilities. The third and last section will present two training initiatives developed with the two psychologists of the Italian Society of Emergency Psychology (SIPEM SoS E.R.) who, in addition to preparing the students to emergency settings and supporting them when they actually entered them, co-authored this paper.

**Keywords:** Dialogue interpreting; questionnaire; focus group; empathy; vicarious trauma; SIPEM; role-play; psychological debriefing; empowerment; self-awareness.

“Because one thing I’ve learnt,  
as fellow explorer in this brave new emotional world,  
is that what we need isn’t fewer words for our feelings.  
We need more”  
(Watt Smith 2015: 13)

### 1. Alcune nozioni preliminari

Il verbo *interpretare* ha il duplice significato di dare senso alle parole altrui, siano esse scritte o orali, e di tradurre oralmente questo senso in un’altra lingua. Come lo hanno evidenziato Seleskovitch e Lederer (2001), il secondo significato presuppone il primo: non si può infatti interpretare nel senso professionale del termine senza aver prima interpretato, in senso ermeneutico, ciò che è stato comunicato, e la comunicazione può avvenire sia a livello verbale che para- e non-verbale. Contrariamente a quanto comunemente si pensa, dunque, l’interprete non si ferma a *cosa* viene detto dalle persone di cui si mette al servizio, ma presta altrettanta attenzione al *come* e *quando* viene detto, o non detto (Niemants 2019, 2023a), e la sua interpretazione può assumere diverse forme. Questo contributo fa riferimento a una forma di interpretazione consecutiva (poiché generalmente prodotta dopo che un partecipante primario si è espresso) dove il discorso di partenza non è monologico (come nel caso di una conferenza dove generalmente si esprime un oratore per volta) ma dialogico, ossia prodotto da due o più interlocutori che prendono alternativamente la parola in due lingue diverse. In altri termini, è quella forma di interpretazione che Mason (1999) per primo ha definito *dialogue interpreting*, mettendo così l’accento, più che sui beneficiari o sul contesto (come lo fanno invece le etichette *community interpreting* e *public service interpreting*), sulla co-costruzione di un’interazione a cui l’interprete partecipa a pieno titolo, tanto che Wadensjö (1998: 10-12) l’ha descritto come un “passo a tre”.

L’interpretazione dialogica (d’ora in avanti ID) può essere utilizzata in svariati contesti: dalla trattativa d’affari al *talkshow* televisivo, passando per servizi pubblici quali quello sanitario e scolastico. Ferma restando la forma dialogica dell’interazione mediata, ciascun contesto professionale avrà delle specificità che dipenderanno dalla “comunità di pratica” (Wenger 1998) nella quale l’interprete entrerà, ossia dal modo in cui le persone che vi operano interagiscono per produrre conoscenza. Come affermato da un ex-studente del corso di interpretazione che sarà oggetto di questo studio, a cui si era chiesto di definire l’ID in ambito socio-sanitario, in questo caso l’interprete entra “in punta di piedi” in relazioni estremamente delicate e asimmetriche “tra qualcuno che è in stato di necessità, e qualcuno in grado di fornire aiuto a questa persona” (si veda Niemants 2023b: 299). Si tratta quindi di un contesto in cui l’interprete ha a che fare non solo con due lingue-culture diverse, ma anche con “human interaction in one of the most private and precious matters of humans: their own lives and well-being” (Angelelli 2019: 64), e questo rende i soggetti particolarmente stressati e le situazioni altrettanto stressanti (*ibid.*). Come ricordano infatti Gattiglia e Morelli (2022: 15), “le interazioni in ambito medico presuppongono delle criticità specifiche, in particolare quando si tratta di

comunicare con persone fragili o, per meglio dire, rese fragili, *fragilizzate*” [corsivo nell’originale].

Seguendo le orme di González Rodríguez (2022), che ha problematizzato le emozioni e il “fattore umano” coinvolti nell’ID, in questo contributo renderemo conto di come gli studenti della magistrale in Interpretazione del Dipartimento di Interpretazione e Traduzione (DIT) dell’Università di Bologna sono preparati a questa parte, spesso ingiustamente trascurata, della professione. Ben consapevoli di trovarci “on the track of adventures in the complex” (Weigand 2004: 3), oltre che del fatto che questa complessità trascende i confini di singole discipline, si è intrapresa questa avventura a sei mani: due sono di linguista e docente responsabile del corso di *Teoria e prassi dell’interpretazione dialogica specializzata* in cui questa componente umana è stata introdotta; e quattro sono di psicologhe che hanno contribuito a realizzare due iniziative formative che negli scopi di tale corso rientrano. Spiegheremo dapprima dove si collochi, in termini di progressione pedagogica, il corso in oggetto (§ 1.1); forniremo inoltre qualche definizione di emozioni, empatia, trauma vicario e *burn-out* che prepareranno il terreno teorico per le successive analisi (§ 1.2). Queste si concentreranno sulle emozioni che due diversi gruppi di studenti-interpreti (d’ora in avanti SI) hanno tematizzato in relazione al contesto socio-sanitario in diversi momenti della loro formazione: prima e dopo aver svolto le lezioni dedicate a tale ambito (§ 2.1) e dopo aver effettivamente prestato servizio in alcuni presidi sanitari (§ 2.2). L’ultima sezione del contributo (§ 3) sarà infine dedicata alla presentazione delle iniziative formative messe a punto insieme alle due psicologhe che, oltre ad aver avvicinato gli studenti ai contesti d’emergenza e ad averli sostenuti quando vi sono effettivamente entrati, con noi assumono la responsabilità di questo scritto.<sup>1</sup>

### 1.1. L’interpretazione dialogica specializzata

Il corso di *Teoria e prassi dell’interpretazione dialogica specializzata* è rivolto ai 32 SI che superano il test d’ingresso alla magistrale in Interpretazione del DIT di Forlì. La maggior parte di questi SI ha già frequentato dei corsi di ID alla triennale, e chi li ha seguiti a Forlì ha già potuto misurarsi con tre corsi ed esami (si veda Niemants 2021). Ne consegue che, fatte salve poche eccezioni, pressoché nessuno SI è totalmente a digiuno di ID e che l’aggettivo ‘specializzata’ presente nel titolo tradisce la volontà di offrire un corso avanzato che non si limiti a preparare terminologicamente gli SI, ma che mostri loro la complessità di una professione che spesso si scosta dal modello ideale AIBIA, in cui gli interpreti (I) tradurrebbero dopo ogni singolo turno pronunciato da due interlocutori di lingue diverse (A e B). Wadensjö (1998) per prima, e dopo di lei altri (ad es. Baraldi e Gavioli 2012), hanno infatti mostrato, basandosi sulla registrazione, trascrizione

---

1 Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, l’introduzione e le sezioni 1 e 2 sono state principalmente redatte da Niemants, mentre la sezione 3 e le conclusioni sono state principalmente redatte da Battani e Bellotti.

e analisi di interazioni mediate autentiche, che l'ID non si struttura necessariamente come un'unica conversazione triadica AIBIA, ma che in realtà si compone di due conversazioni diadiche, nella lingua di A e di B, in cui l'interprete può prendere più o meno tempo e spazio per garantire o promuovere la comprensione tra i partecipanti e mettere in atto azioni di traduzione e coordinamento (Wadensjö 1998).



Wadensjö, C. (1998) *Interpreting as Interaction*. London/New York: Longman. 104

3



**Figura 1.** L'interpretazione dialogica come particolare forma di conversazione

Secondo Wadensjö (1998: 104–110), l'ID è primariamente *traduzione* quando gli enunciati degli interpreti sono analizzabili in quanto riformulazioni del turno originale che precede, e secondo la maggiore o minore prossimità rispetto a questo originale la traduzione può essere ad esempio considerata espansa o al contrario ridotta. L'ID è invece primariamente *coordinamento* quando l'interprete produce degli enunciati che non hanno necessariamente un omologo in un turno originale, ma che possono ad esempio servire all'interprete per verificare di aver ben compreso quel che precede prima di tradurlo. Questa cruciale distinzione tra traduzione e coordinamento è tra i concetti teorici che vengono affrontati nella prima parte del corso e come il nome lo indica questo si compone di *teoria* (30 ore tenute da Niemants in italiano, lingua comune - e di solito nativa - della classe) e *prassi* (40 ore tenute da 7 diversi docenti nelle 5 lingue straniere curricolari). La parte teorica, su cui questo contributo si concentra, consiste in 15 lezioni trasversali distribuite nelle prime 7 settimane del 1° semestre e si articola in: 1 settimana di introduzione all'interazione interpretata; 5 settimane di approfondimento su altrettanti contesti professionali specifici; 1 settimana conclusiva sulla gestione delle emozioni in contesti d'emergenza. Per motivi di spazio, restringeremo il focus su uno dei cinque contesti professionali approfonditi nel corso (quello socio-sanitario), con il duplice obiettivo di osservare 1) tramite questionario, come sono cambiate le percezioni degli SI prima e dopo le lezioni dedicate a tale ambito e 2) tramite *focus group*, cosa

esprimono, a distanza di due anni da una tale formazione, alcuni ex SI che hanno prestato servizio come interpreti in alcuni presidi sanitari. Minimo comun denominatore dei due gruppi è un approccio didattico tripartito che, per ciascun ambito e quindi anche per quello socio-sanitario, prevede tre attività:

1) L'utilizzo del *Conversation Analytic Role-play Method* (CARM), inizialmente sviluppato da Stokoe (2011) per la formazione di altri tipi di professionisti che lavorano in servizi in cui l'oralità del discorso riveste una certa importanza (come ospedali, uffici di polizia, scuole, contesti che prevedono la vendita e/o la mediazione di conflitti) e poi proposto per la formazione degli interpreti (Niemants e Stokoe 2017; Niemants *et al.* 2023);

2) La discussione in classe di letture di approfondimento assegnate per casa;

3) Un *role-play* per classi multilingue ispirato da Preziosi e Garwood (2017). Come dettagliato altrove (Niemants 2021), basandosi su interazioni autentiche registrate e trascritte, il CARM consente di mostrare che l'ID non segue necessariamente il formato ideale AIBIA (Fig. 1) e di evidenziare l'esigenza di scelte flessibili, rese rilevanti dal contesto dell'interazione e dalle mosse dei partecipanti primari, nel nostro caso medici e pazienti. Gli SI prima vi riflettono e discutono "al rallentatore" (Baraldi e Gavioli 2019: 222), poi si documentano attraverso letture di approfondimento, infine si esercitano attraverso dei giochi di ruolo in cui vengono volutamente riprodotti alcuni turni problematici a cui devono reagire nella rapidità dell'interazione simulata. Il corso non può ovviamente coprire tutte le complessità e problematicità della professione così come viene esercitata, ma mette in luce due principi chiave che ben descrivevano Harrington e Turner (2000: 8) quando la ricerca sull'interpretazione in lingua dei segni già si interrogava su che cosa fosse la vera professione di interprete. Il primo è che la professionalità ha più a che fare col come si esercita la professione una volta dentro che non col come ci si entra; mentre il secondo è che l'interpretazione ha una natura non-routine, perché non vi sarà mai un'ID uguale all'altra. Inoltre, gli interpreti non sono affatto un condotto (in inglese *conduit*), come la letteratura precedente aveva lasciato a intendere, ma professionisti che prendono decisioni e reagiscono scegliendo tra diverse opzioni possibili (*ibid.*: 10), esercitando così un certo grado di "agentività" (Baraldi 2023), a cui è bene che gli SI siano adeguatamente preparati.

## 1.2. Le emozioni come reazioni

Questo contributo prende le mosse da quello che González Rodríguez (2022) ha pubblicato nel primo dossier sulle emozioni (Zanoni e Zuccheri 2022) dove concludeva quanto segue:

Los estudios de investigación citados y las experiencias profesionales recogidas en este trabajo dejan patente la necesidad de prestar una mayor atención al "factor humano" como componente ineludible en interpretación, entendiendo por tal todos aquellos aspectos relacionales dados entre las partes que intervienen en una interacción mediada por intérprete (González Rodríguez 2014: 208). Las relaciones "preexistentes" y "co-construidas" en

estas interacciones mediadas – según los roles de los participantes, contextos y situaciones – determinan en mayor o menor grado la labor del intérprete e inciden directamente en la eficacia y la calidad de su prestación, lo cual conlleva frecuentemente la aparición de “efectos colaterales” en los intérpretes durante y después del servicio prestado. La literatura científica ha podido constatar que las circunstancias de los interlocutores, sus narraciones y su estado psicofísico afectan inexorablemente a los intérpretes, como se ilustra también en los casos experienciales presentados; estamos ante “factores humanos” que no solo repercuten en el buen (o mal) funcionamiento de la Justicia, del sistema sanitario o de la ayuda humanitaria, sino que además dejan al desnudo la vulnerabilidad y la fragilidad de los intérpretes implicados en esos escenarios. Por todo lo expuesto, resulta imprescindible que la investigación amplíe y profundice este tema con vistas a la integración de módulos formativos en los planes de estudio de interpretación, para dotar a futuros intérpretes de pautas e instrumentos que les protejan y auxilien en tales circunstancias. (González Rodríguez 2022: D104)

In altri termini, secondo l'autrice il fattore umano è l'ineludibile parte relazionale della professione di interprete e questa relazione, che dipende da partecipanti, contesti e situazioni, incide sull'interazione e può portare a diversi effetti, ripercuotendosi non solo sul buon funzionamento dei servizi, ad es. socio-sanitari, ma anche sulla salute degli interpreti. Ne consegue, suggeriva González Rodríguez, che sono necessari moduli formativi che dotino gli SI degli strumenti necessari a gestire le emozioni, che lei definiva, basandosi sulla definizione di Sopena Balordi e Olivares Pardo (2013: 2–3), come “impulsos que inducen a acciones, una suerte de reacción que parte de la esfera de la percepción” (González Rodríguez 2022: D96).

Ora, se le emozioni sono reazioni che partono dalla sfera della percezione, e che gli interpreti non sono ‘condotti’ ma esseri umani con una certa agentività (§ 1.1), allora le reazioni emotive (proprie e degli altri partecipanti) vanno (ri)conosciute e gestite adeguatamente in modo tale che non interferiscano con le (re)azioni di traduzione e coordinamento che, come si è visto, costituiscono l'ID. Tali reazioni emotive sono collocate lungo un *continuum* che va ben oltre le sei emozioni primarie o di base, ossia gioia, tristezza, rabbia, paura, disgusto e sorpresa (si veda Weigand 2004: 8), e pure oltre le cosiddette emozioni secondarie e di background così come classificate da Damasio (*ibid.*). Il termine emozione è infatti da noi impiegato “dans son sens large pour désigner les états constitutifs de la vie affective” (Cosnier 1994: 161), al fine di inglobare anche altre forme di stati interiori e sensazioni che gli interpreti possono (immaginare) di provare durante l'esercizio della loro professione. Peraltro, anche a detta di Weigand,

it is not so important for linguistics to differentiate the neurological stages of emotions, feelings and consciousness. A broad concept of emotion which does not distinguish between emotions as the organism's reactions and feelings of emotions might be sufficient. (2004: 9)

Quello che semmai importa per la linguistica, che nel XXI secolo riserva uno spazio del tutto diverso alle emozioni rispetto al secolo precedente (Kerbrat-Orecchioni 2000), è riconoscere che queste emozioni in senso lato sono un'abilità di cui l'essere umano ha bisogno per la sua sopravvivenza. Ispirandosi agli importanti lavori di Darwin e Damasio, Weigand (2004: 9-10) ricorda infatti che dobbiamo conoscere ad esempio la paura per capire cosa sia un pericolo.

Collegata alle emozioni come reazioni vi è la nozione di empatia, che nella medicina clinica è “the ability to understand the patient’s situation, perspective, and feelings and to communicate that understanding to the patient” (Coulehan *et al.* 2001: 221). Si tratta dunque di una forma di reazione e di un modo di essere che, per quanto a lungo non apprezzato (Rogers 1980: 137-163), costituisce un elemento imprescindibile non solo nella comunicazione medico-paziente ma anche nell’ID, soprattutto in ambiti delicati quali quello socio-sanitario (Merlini e Gatti 2015). E il trauma vicario, di cui ad oggi tanto si parla sia in relazione all’interpretazione in lingua dei segni che in lingue vocali (Bontempo e Malcom 2012; Schwenke *et al.* 2014; Harvey 2015; Lai *et al.* 2015), altro non è che una situazione in cui l’insorgenza di sintomi non avviene per esposizione diretta, ma per il contatto con persone traumatizzate. Riprendendo le parole di Figley (citato in Rajpoot *et al.* 2020: 3), il professionista “is vulnerable through his or her empathetic openness to the emotional and spiritual effects of vicarious traumatization”. L’esposizione ai traumi altrui può infatti lasciare dei residui emotivi nei professionisti che con queste persone lavorano, siano essi medici, psicoterapeuti o, quel che più interessa noi, interpreti che hanno contatti prolungati, impegnativi e stressanti con persone in difficoltà. Tali categorie sono quindi, così come gli operatori del soccorso di cui si parlerà in §3, dei candidati privilegiati alla “sindrome del burn-out” (Freudenberger 1974; Maslach and Jackson 1979),<sup>2</sup> con cui si indica una sindrome complessa caratterizzata dalla caduta emozionale nell’esercizio della professione, da un rapporto tra le persone sempre più spersonalizzato e da una ridotta realizzazione di sé. Il quadro sintomatico è caratterizzato da esaurimento fisico, sentimento di impotenza e disperazione, svuotamento emotivo e dallo svilupparsi di un concetto di sé negativo e di negativi atteggiamenti verso il lavoro, la vita e gli altri. Lai *et al.* (2015), che approfondiscono il tema del trauma vicario negli interpreti, recensiscono diversi studi importanti e ricorrenti nella letteratura recente sull’argomento: in primis quello di Baistow (1999), a cui gli stessi Lai *et al.* si ispirano realizzando uno studio quasi altrettanto vasto; e in secondo luogo Loutan *et al.* (1999), che, pur coinvolgendo un numero nettamente inferiore di interpreti (22 contro i 295 di Baistow e i 271 di Lai *et al.*), riportano conclusioni importanti citate in diversi studi successivi. Particolarmente utile è poi la rassegna di Rajpoot *et al.* (2020), che aggregano 18 studi, per lo più qualitativi, pubblicati tra il 2003 e il 2017 e che così facendo aiutano a categorizzare temi

---

2 Il termine sindrome da burnout (BOS) fu coniato per la prima volta da Freudenberger nel 1974 per indicare una sindrome caratterizzata da un particolare tipo di reazione allo stress, sperimentata dagli operatori sanitari, concetto successivamente ampliato ad altre categorie di “helping profession”.

ricorrenti che emergeranno peraltro anche dai nostri dati, come i diversi ruoli dell'interprete, l'impatto psicologico ed emotivo del suo lavoro, le sfide legate a particolari contesti professionali e la necessità di un supporto.

Da tutti questi studi sulle emozioni, l'empatia, il trauma vicario e il *burn-out* emerge la necessità di tenere in considerazione questi aspetti sia nella selezione che nella formazione degli interpreti. Sulla selezione e la componente emotiva come predittore di attitudine all'interpretazione, ricordiamo lo studio di Bontempo e Napier (2011) e quello di Su (2023), che fa una distinzione tra aspetti emotivi interni ed esterni all'apprendente e ricorda come la classe – sia essa di lingua o di interpretazione – rappresenti “an emotional place” (2023: 3), in cui l'esercizio può servire a gestire e diminuire l'ansia. Sull'importanza della componente emotiva e del *self-care* nella formazione degli interpreti ricordiamo invece un articolo di Valero-Garcés (2005), la quale già all'epoca forniva raccomandazioni per formatori e citava, oltre a uno studio da lei direttamente condotto insieme a una psicoterapeuta, altre tre ricerche importanti sul tema degli effetti emotivi e psicologici dell'ID. La prima è la succitata ricerca di Baistow (1999), che a nostra conoscenza rimane ad oggi lo studio con il campione più ampio di interpreti; la seconda è quella di Bontempo e Malcom (2012), spesso citati per il loro suggerimento di utilizzare la terza persona laddove l'interprete voglia evitare di raccontare fatti traumatici come se li avesse vissuti in prima persona e per l'invito a creare un “trauma curriculum” (2012: 123); la terza è quella di Crezee *et al.* (2015), che fanno riferimento al peculiare valore del tempo nei contesti d'emergenza, su cui ci focalizzeremo in § 3.1.

Tenuto conto della rilevanza di emozioni, traumi ed empatia sia per i professionisti della medicina che per quelli dell'interpretazione, diversi studi recenti hanno auspicato una formazione congiunta di queste due categorie professionali (Krystallidou *et al.* 2018; 2020; Niemants e Bernardi 2021; Theys *et al.* 2022), sottolineando la necessità di andare oltre i giochi di ruolo per formare a questa componente, e prevedendo un supporto anche durante l'esercizio della professione. Stando ad Harvey (2015), infatti, la verbalizzazione di interpretazioni traumatiche o particolarmente delicate può essere di beneficio per gli interpreti in servizio, che anche in assenza di un terapeuta possono, seguendo le sue “scaffolding questions” (2015: 14-15), verbalizzare ciò che è implicito in quello che raccontano della loro esperienza, e raggiungere così una “post-traumatic growth” (2015: 12). Partendo da uno dei principi chiave della cura, l'autore sottolinea infatti come:

The more the words an individual has for describing her distress, the more it has a beginning and an end, and the better she's able to manage it. With fewer words, the more pain takes over; and the more she succumbs to vicarious trauma. (*ibid.*: 11)

Che sia attraverso una formazione dedicata in cui gli interpreti imparino a dare un nome alle emozioni proprie e altrui e ad adottare delle strategie di evitamento o *coping* del trauma (Lai *et al.* 2015), che sia attraverso una formazione congiunta con il personale sanitario che dia modo a entrambe le parti di comprendere come contribuire a una comunicazione empatica (Theys *et al.* 2022), indubbio è che

qualcosa vada fatto, non solo per assicurare che le opportunità di empatia vengano correttamente colte e restituite nell'ID (Krystallidou *et al.* 2018), ma anche per tutelare la salute psico-fisica dell'interprete che presta voce a chi altrimenti non l'avrebbe.

## **2. Le emozioni degli studenti in relazione al contesto socio-sanitario**

In questa sezione presenteremo i risultati di tre istantanee scattate in diversi momenti nel percorso di alcuni SI del DIT, al fine di documentare le emozioni che loro stessi verbalizzano in relazione all'ambito socio-sanitario, per come lo immaginano prima di averlo coperto, per come lo concepiscono una volta affrontato in classe e per come lo conoscono dopo aver effettivamente prestato servizio in ospedale. Mentre i primi due momenti (§ 2.1) sono documentati tramite questionari somministrati ai 32 SI che hanno frequentato il corso nell'a.a. 2022-23,<sup>3</sup> il terzo (§ 2.2) è documentato tramite un *focus group* che ha coinvolto 4 ex SI formati in anni accademici precedenti che dopo la formazione hanno lavorato come interpreti in ospedale nel periodo estivo.

### **2.1. I risultati dei questionari compilati da studenti in corso**

Due questionari anonimi sono stati somministrati nell'ottobre del 2022 via MicrosoftForm prima e dopo le lezioni dedicate all'ambito socio-sanitario, chiedendo a ogni rispondente di creare un codice alfanumerico composto dal numero del mese di nascita, dalle iniziali del nome della madre e dalle iniziali del colore preferito.<sup>4</sup> Il pre-questionario mirava a raccogliere informazioni socio-demografiche ed eventuali conoscenze ed esperienze pregresse in ambito socio-sanitario e si componeva di 25 domande alle quali 30 SI su 32 hanno risposto, con un tempo medio di completamento di 30 minuti. Il post-questionario, che mirava invece a verificare eventuali cambiamenti nella percezione e nelle conoscenze degli SI, oltre che la loro impressione sul metodo CARM, conteneva solo la metà delle domande, ma i 27 SI che vi hanno risposto vi hanno comunque dedicato 24 minuti in media. Non potendo analizzare qui tutte le risposte, ci limiteremo a presentare i risultati delle cinque domande in cui le emozioni sono state maggiormente tematizzate, riportate in Fig. 2.

---

3 Per ampliare il campione di dati estremamente ristretto di questo studio sperimentale in fase iniziale, lo stesso questionario è stato somministrato anche alla coorte successiva, nell'a.a. 2023-24. Tali dati potranno tuttavia essere utilizzati solo dopo che tutta la classe avrà sostenuto e superato l'esame di profitto, e potrà quindi liberamente esprimere il proprio consenso all'utilizzo dei dati, inizialmente raccolti per scopi didattici, anche per scopi scientifici.

4 Voleva essere un codice stabile ma come si vedrà non sempre lo è stato, perché ci sono state variazioni sul tema colore preferito.

| Pre-questionario  | Post-questionario  |
|---|--|
| 19. Immagina di lavorare in ambito socio-sanitario nel tuo futuro professionale? (giustifichi brevemente la tua risposta, sia essa affermativa o negativa)  | 6. Ora che l'ambito socio-sanitario è stato affrontato nelle lezioni trasversali, è cambiata la tua percezione del lavoro in questo particolare contesto professionale? (giustifichi...)                                       |
| 20. C'è qualcosa che ti attrae di questo contesto professionale? (se sì, specifichi cosa)   | 7. C'è tuttora qualcosa che ti attrae di questo contesto professionale? (se sì, specifichi cosa)   |
| 21. C'è qualcosa che ti trattiene dal lavorare in questo contesto? (se sì, specifichi cosa)   | 8. C'è tuttora qualcosa che ti trattiene dal lavorare in questo contesto? (se sì, specifichi cosa)   |
| 22. Immagini di essere un/una interprete in ospedale: quali emozioni pensi che proverebbe durante la pratica professionale? (ne indichi almeno due)   | 9. Se ora immagini di essere un/una interprete in ospedale, quali emozioni pensi che proverebbe durante la pratica professionale? (ne indichi almeno due, siano esse uguali o diverse da quelle indicate nel pre-questionario) |
| 23. A tuo avviso, serve altro, oltre alla formazione universitaria, per prepararsi ad entrare in questo contesto professionale? (giustifichi brevemente la tua risposta, sia essa affermativa o negativa) |  |



**Figura 2.** Le domande del pre- e post-questionario da cui sono emerse le emozioni

Il confronto dettagliato sarà effettuato solo sulla base dei 27 SI che hanno risposto a entrambi i questionari. Invitiamo però a osservare le due nuvole di parole che sono emerse dall'insieme delle risposte al pre e al post-questionario in relazione alla (pressoché medesima) domanda diretta sulle emozioni che gli SI si aspettano di provare in ospedale (la n. 22 nel pre e la n. 9 nel post).



**Figura 3.** Le emozioni più frequentemente tematizzate nel pre-questionario



**Figura 4.** Le emozioni più frequentemente tematizzate nel post-questionario

A colpo d'occhio, ci si rende conto di come le emozioni siano cambiate: se prima della formazione prevalevano l'ansia e la tristezza (Fig. 3), poi prevale l'empatia (Fig. 4), ma continua ad esservi anche la responsabilità. Come tante delle risposte fornite dagli SI, (il senso di) responsabilità non fa propriamente parte delle emozioni primarie, secondarie o di *background* né tanto meno delle 150 emozioni umane recensite da Watt Smith (2015), ma è comunque riconducibile a quello che gli SI immaginano di provare in questo delicato contesto e quindi degno di nota, oltre che di una definizione sufficientemente ampia di emozioni che lo possa includere.

### 2.1.1. Le domande sulla percezione del lavoro in questo ambito

Alla domanda "Immagina di lavorare in ambito socio-sanitario nel Suo futuro professionale?", di fatto solo l'informante 12PAOros, che aveva risposto "no", è rimasto di questa idea, sottolineando la delicatezza di un settore in alcuni casi provante. 08DAMblu non si diceva affine a questo ambito ma ha poi parzialmente cambiato idea, avendo capito ad esempio che non si deve spaventare. Tra i cambiamenti osservabili vi è inoltre quello di alcuni SI indecisi, o che non escludevano di lavorare nel socio-sanitario, che nel post-questionario si mostrano almeno in parte cambiati, sottolineando l'empatia e la capacità di

adattamento che questo ambito complesso richiede (ad es. 12SIMazz e 05STERos). Infine, vi erano persone convinte prima della formazione che sembrano restarlo anche dopo, mostrando però maggiore consapevolezza (malgrado il sopraggiunto cambio di colore preferito che dal rosso passa al bianco in 08STERos > 08STEBia), una certa sorpresa rispetto ai compiti burocratici dell'interprete, nonché la necessità di metabolizzare quanto appreso perché non è "semplice come si pensava", afferma 08SILver sorridendo ("ahah") ed esprimendo così la propria emozione anche tramite una risorsa para-verbale (si veda Bazzanella 2004 per una lista di modalità attraverso le quali si possono esprimere le emozioni).

**12PAOras:** non penso di volermi indirizzare verso l'ambito socio-sanitario perché credo che sia un settore molto delicato a cui ci si deve dedicare solo se si è davvero sicuri di voler intraprendere questa strada. Personalmente sono orientata più verso ambiti umanistici.

**08DAMblu:** non credo, perché è un ambito al quale non sono molto affine e che non mi interessa molto

**12SIMazz:** sono ancora indecisa. Credo che sarebbe molto interessante, ma può essere un ambito delicato che mette alla prova l'emotività e la salute mentale dell'interprete.

**05STERos:** sì, non lo escludo, ma non ne farei il mio ambito principale perché so che in determinate situazioni risulterei troppo sensibile, non avendo una formazione da medico

**08STERos:** sì, sono una persona molto empatica, nella maggior parte dei casi riesco a identificarmi con il mio interlocutore e a comprendere quello che prova (e che magari non esplicita). Inoltre, so incanalare bene l'adrenalina e nelle situazioni di caos / emergenza riesco a mantenere il sangue freddo (a patto che non riguardino me in prima persona :) e trovare soluzioni (magari anche solo provvisorie) in tempi rapidi.

**11SANGia:** decisamente sì, perché lo considero un posto connotato da una forte componente umana, che è per me un elemento imprescindibile per la mia futura professione di interprete.

**08SILver:** sì, perché mi interessa particolarmente l'ambito medico

**12PAOras:** no, credo ancora che l'ambito socio-sanitario sia un settore molto delicato e in alcuni contesti provante, non credo sarà un settore che prenderò in considerazione in futuro.

**08DAMblu:** un po' sì, ho capito che non mi deve spaventare questa tipologia di lavoro.

**12SIMazz:** in parte è cambiata, per esempio perché abbiamo visto esempi reali di come avviene la mediazione in questi ambiti e di come si possono comportare gli interpreti

**05STERos:** sì, ho capito che è un ambito complesso per il quale non bastano semplici conoscenze teoriche, ma nemmeno quelle pratiche. Serve anche tanta empatia e capacità di adattarsi al contesto

**08STEBia:** sì, queste lezioni mi hanno consentito di analizzare approfonditamente situazioni sulle quali prima non mi sarei soffermata a ragionare. Al termine di queste lezioni, e soprattutto forse al termine dell'esercitazione, mi sento di aver sviluppato più consapevolezza del ruolo dell'interprete per i servizi socio-sanitari e del suo spazio di ruolo all'interno di questo particolare tipo di interazione.

**11SANGia:** in parte sì, perché non mi aspettavo che l'interprete fosse chiamato a svolgere anche compiti puramente burocratici. Pensavo che la sua professione fosse molto più legata alla prestazione linguistica, ovviamente tenendo in considerazione che, in ambiti così delicati, le figure di ausilio spesso sono indirettamente chiamate a gestire forti dinamiche umane (ex. rassicurare e accompagnare il paziente)

**08SILver:** non lo so devo ancora metabolizzare quanto appreso ahah di certo comunque non è "semplice" come pensavo...



4

**Figura 5.** Le domande sulla percezione del lavoro in questo ambito

Nel complesso, le risposte a questa prima domanda mostrano come si confermi l'idea della delicatezza di un ambito di cui però, nel post-questionario, emergono più precisamente alcuni elementi di complessità che anche chi si era detto convinto di voler lavorare nel socio-sanitario non aveva messo in conto (ad es. i compiti burocratici e la capacità di adattarsi al contesto). Emerge inoltre una maggiore consapevolezza, non solo del ruolo dell'interprete, ma anche di alcuni concetti teorici che possono servire a descriverli, come quello di "spazio di ruolo" tematizzato da 08STEBia, che implicitamente allude al *role-space* di Llewellyn-Jones e Lee (2014).

### 2.1.2. Le domande sul se e cosa attrae di questo ambito

Alla domanda "C'è qualcosa che la attrae di questo contesto professionale?", 12PAros e 12ELIblu si sono dichiarati inizialmente non attratti, ma nel post-questionario hanno poi fornito risposte più articolate tematizzando il fattore umano e riprendendo l'immagine dell'ingresso "in punta di piedi" di cui si era parlato in classe. 08CRIVio, che aveva invece manifestato la propria attrazione per la dinamicità di questo ambito, ha poi invece tematizzato questioni e sfide

spinose che richiedono discrezione, sensibilità e professionalità. Sia nel pre- che nel post-questionario, 7ELIpes parla invece dell'imbarazzo che possono provare i pazienti a cui si presta voce e dell'importanza della delicatezza per essere di aiuto in situazioni potenzialmente difficili, imbarazzanti e caotiche. Da ultimo, 8STERos, che, come si è visto, ha cambiato colore preferito in bianco, racconta del suo disorientamento quando è stata paziente in un paese straniero di cui pure conosceva la lingua e nel post-questionario fornisce la bella immagine dell'interprete come "chirurgo delle interazioni".

**12PAOros:** non è un contesto che mi attira particolarmente

**12ELIblu:** non particolarmente.

**08CRIVio:** la **dinamicità**: l'ambiente ospedaliero è frenetico e, a volte, caotico.

E' proprio la **velocità** imposta da tale ambiente che **mi attrae, in quanto preferisco lavorare in ambienti più dinamici**. Inoltre, uno degli aspetti che preferisco di questo contesto professionale è il fatto di **poter essere d'aiuto**, e di poter fare la differenza nella vita di qualcun altro. La salute è, infatti, una delle componenti fondamentali della vita di ciascuno di noi, e come tale va assicurata anche a coloro che si trovano davanti a delle insormontabili barriere linguistiche.

**07ELIpes:** credo che non sia solo questione di 'traduzione' perché entrano in gioco altri fattori come la **delicatezza** che bisogna avere per interpretare in situazioni particolari come può essere una visita in cui **vengono trattati argomenti molto delicati o in cui uno si sente in imbarazzo, perché deve mostrare le proprie ferite o rispondere a domande molto personali**. Bisogna avere quel tatto necessario per fare "un passo indietro" ed essere molto **discreti**, e credo di avere queste caratteristiche.

**08STERos:** sì, quando sono stata in Francia mi è capitato molte volte di dover accedere ai servizi sanitari. Dal momento che il francese è la mia lingua B, **non ho fortunatamente avuto problemi a spiegarmi o a comprendere i medici, ma mi sono trovata disorientata all'interno di un meccanismo sanitario che non conoscevo, senza sapere bene dove andare, con chi parlare o come interpretare i consigli dei medici** (che avevano un approccio diverso rispetto ai medici che ho avuto occasione di conoscere in Italia). Per questo, vorrei provare da aiutare chi, come me, si trova perso in un contesto che non conosce...

**12PAOros:** è sicuramente interessante osservare il **rapporto di fiducia** che si instaura inevitabilmente tra il medico e il paziente, e come l'interprete vi si debba inserire **"in punta di piedi"** per non destabilizzarne l'equilibrio.

**12ELIblu:** oltre all'approfondita conoscenza dei termini che ricorrono nell'ambito medico, il **contatto umano sicuramente più presente rispetto all' IS in cabina**.

**08CRIVio:** sì. L'analisi di queste interviste mi ha mostrato come gli interpreti siano davvero una figura chiave all'interno della comunicazione in ambito socio-sanitario. Nonostante ci si possa imbattere in **questioni e sfide spinose, è proprio l'imprevedibilità e la dinamicità di questo contesto che mi attrae**. Inoltre, questo ruolo richiede una **discrezione, una sensibilità e professionalità** non indifferenti, e si tratta di qualità che credo di possedere o, quanto meno, di poter affinare

**07ELIpes:** sicuramente mi attrae il fatto di poter **essere davvero di aiuto** a pazienti stranieri che si trovano in **situazioni potenzialmente di difficoltà, imbarazzo e molta confusione** (come le visite mediche se si appartiene a una lingua-cultura diversa).

**08STEBia:** sì, grazie a queste lezioni ho compreso appieno l'importanza cruciale della figura dell'**interprete, che occupa una posizione molto delicata e che deve saper gestire e bilanciare parole e intenzioni**. Questo lavoro di **precisione, quasi da chirurgo delle interazioni**, è qualcosa che mi attrae molto.

5



**Figura 6.** Le domande sul se e cosa attrae di questo ambito

Nel complesso, le risposte a questa seconda domanda mostrano che la maggior parte della classe si diceva attratta da questo ambito e di fatto lo resta dopo la formazione, con risposte che denotano anche in questo caso una maggiore consapevolezza e capacità di giustificare le risposte, globalmente più articolate nel caso di chi si era detto non attratto e più focalizzate e concise nel caso di chi invece era attratto anche prima della formazione.

### *2.1.3. Le domande sul se e cosa trattiene dal lavorare in questo ambito*

Alla domanda opposta sul se e cosa trattiene ci sono stati dei decisi "no", alternati a risposte brevi ma molto incisive da cui emergono timore del carico emotivo, dello stress, del labile confine tra vita professionale e privata e di conseguenza la paura per la propria salute mentale. Diversi SI hanno inoltre tematizzato il fatto di essere impressionabili, ipocondriaci e di avere la fobia del sangue, sostanzialmente caratteristiche psico-fisiche che impedirebbero di essere lucidi in questo ambito. Se nel caso di 03ANTros la fobia permane anche nel post-

questionario, 12ELIblu e 12CLAazz tematizzano paure diverse, come quella del trauma vicario o della non sufficiente conoscenza dei termini tecnici.

**11SONazz:** il grande **carico emotivo** che potrebbe derivare da molte situazioni e la difficoltà a nascondere la mia **emotività**.

**10BARblu:** probabilmente avrei **difficoltà a mantenere un distacco**, soprattutto se si tratta di malattie terminali etc.

**05LORver:** sicuramente il **carico emotivo** che un contesto del genere può comportare e la possibilità di **immedesimazione** nei pazienti **a causa di trascorsi familiari**.

**01LUCblu:** mi **terrorizza** la possibilità di avere un **contatto così diretto con il cliente** e, quindi, di **compromettere la mia salute mentale**

**06MONblu:** è un contesto che comporta **situazioni molto delicate**

**12ELIblu:** il mio essere molto **sensibile e impressionabile** potrebbe essere un ostacolo.

**12CLAazz:** sì, il fatto che a volte sia **ipocondriaca** mi potrebbe trattenere dal lavorare in questo ambito, perché ho **paura di farmi prendere dal panico**.

**03ANTros:** ho una **fortissima fobia del sangue** e di tutto quello che lo riguarda che **mi porta a perdere i sensi** anche solo sentendone parlare. Per questo motivo non potrei lavorare in tutti i servizi del SSN.

**11SONazz:** l'elevato **carico emotivo** e il fattore di **stress**

**10BARblu:** la **paura** di non saper stabilire un **limite tra professione e vita privata**, trovo che in questo ambito sia particolarmente **difficile mantenere un distacco**.

**05LORver:** sicuramente il **carico emotivo** che ne consegue.

**01LUCblu:** la **paura** di sentirmi troppo coinvolta

**06MONblu:** la **responsabilità** che ciò comporta e la **delicatezza** delle situazioni

**12ELIblu:** **trauma vicario**, **codici rossi** dove anche una manciata di secondi fanno la differenza, le **poche tutele** riportate nelle interviste.

**12CLAazz:** il fatto di **non conoscere bene tutti i termini** legati alla medicina perché troppo tecnici.

**03ANTros:** sì, la mia forte **fobia del sangue** che avevo descritto nel questionario precedente.

6



**Figura 7.** Le domande sul se e cosa trattiene di questo ambito

Le risposte a questa terza domanda, nel complesso, mostrano la ricorrenza di una delle emozioni primarie che ritroveremo anche nella domanda diretta sulle emozioni che gli studenti immaginano di provare, ossia la paura.

#### 2.1.4. Le domande dirette sulle emozioni che immaginano di provare

A corredo delle nuvole di parole mostrate nelle Fig. 3 e 4, riportiamo qui di seguito alcune delle risposte che contengono non solo parole molto frequenti come ansia, tristezza, empatia e responsabilità, ma anche altre sfaccettature evidenziate in rosso in Fig. 8, quali ad esempio la gioia, la soddisfazione, l'orgoglio e la fierezza o la frustrazione, l'impotenza, la preoccupazione e la paura.

Nel complesso, gli SI sono andati ben oltre le tre emozioni che si era chiesto di indicare, come minimo, nella domanda diretta su questo tema e hanno spesso giustificato le proprie scelte mostrando una crescente consapevolezza. Le loro risposte denotano una vasta gamma di reazioni che si aspettano di provare in ambito socio-sanitario e che, proprio come osserva 01LUCblu, possono trovarsi agli antipodi di un *continuum* a cui è bene prepararsi.

- 12ELIblu:** ansia, tristezza.
- 12SIMazz:** preoccupazione, tristezza, **soddisfazione**.
- 03ANTrOs:** empatia, tristezza (quando qualcosa va male), **gioia** (quando qualcosa va bene), **paura**
- 08STERos:** empatia (ad esempio, mi immedesimerei con un\* paziente che aspetta l'esito di qualche analisi e mi sentirei anche io un nodo alla gola), **adrenalina** (nelle situazioni di particolare urgenza)
- 05LUCros:** **angoscia**, ansia da prestazione, **frustrazione**, **gioia**, **soddisfazione** di aver aiutato una persona
- 01GAEazz:** **tenerenza** nel vedere un paziente probabilmente spaesato e sofferente, e **orgoglio** nel sapere di aver dato un contributo e aver reso fluida una conversazione potenzialmente importante.
- 05LORver:** **paura**, senso di **impotenza**, **speranza**
- 08CRlvio:** **tensione**, **entusiasmo**
- 07ELIpes:** **paura** di sbagliare e **preoccupazine** di non mettere ulteriormente a disagio il/la paziente..
- 11SANGia:** ansia, **fierezza**, senso di responsabilità, compartecipazione, **vulnerabilità**
- 01LUCblu:** sicuramente si possono provare **emozioni totalmente agli antipodi**, ad esempio **gioia e tristezza** o senso d'impotenza
- 12ELIblu:** ansia per situazioni quali codici rossi, tristezza quando si deve comunicare l'esito di una visita non andata bene
- 12SIMazz:** dipende per esempio dal tipo di visita (nel caso vengano date notizie negative: **preoccupazine**, **angoscia**; in casi più neutri: responsabilità)
- 03ANTrOs:** empatia, **gioia**, **tristezza**
- 08STEBia:** **adrenalina**, empatia
- 05LUCros:** ansia, **soddisfazione**
- 01GAEazz:** empatia e **coraggio**
- 05LORver:** **gratificazione**, ansia, **paura** e un grande senso di responsabilità.
- 08CRlvio:** **tensione**, **orgoglio** ed **entusiasmo**
- 07ELIpes:** **preoccupazine** di offendere in qualsiasi modo il paziente, **paura** di non trasmettere il messaggio nella sua interezza e in modo corretto.
- 11SANGia:** **orgoglio**, **soddisfazione**, senso di responsabilità ma anche di grande **utilità a livello umano**, soprattutto nei confronti della parte più fragile (paziente e famigliari)
- 01LUCblu:** **soddisfazione** e **gratificazione da un lato** e **frustrazione dall'altro**

7



**Figura 8.** Le domande dirette sulle emozioni che immaginano di provare

### 2.1.5. La domanda speculare su quanto serve oltre alla formazione universitaria

Dalla quinta e ultima domanda del questionario che analizziamo in questa sede emerge che per prepararsi non basta la formazione universitaria ed è necessario un supporto anche a chi è formato e già opera nei presidi. Più precisamente, dal pre-questionario sono emerse caratteristiche individuali (11SONazz), la necessità di un corso specifico (10BARblu), di un tirocinio e di un affiancamento di interprete esperto (12PAOros) e, a gran voce, la necessità di un supporto psicologico, secondo qualcuno permanente e in due casi ribadito anche nel post-questionario (di cui di seguito riportiamo le risposte pertinenti al contributo).

- 11SONazz:** **interesse** per l'ambito sanitario, **disponibilità**, **empatia** e **fermezza**, tutte qualità che sicuramente aiuterebbero a gestire meglio il carico cognitivo ed emotivo richiesto da questa professione.
- 10BARblu:** sì, penso che ci vorrebbe un **corso di formazione a parte** e in più un percorso di **sostegno psicologico**.
- 05LORver:** credo sia necessario anche un **supporto psicologico**, soprattutto in questi contesti professionali.
- 08DANvio:** credo sarebbe utile un **percorso di psicoterapia permanente** che possa sostenere gli interpreti che alle volte si trovano davanti a situazioni "difficili" più dal punto di vista umano che dal punto di vista lavorativo/tecnico.
- 12SIMazz:** supporto di esperti nel campo, ad esempio **supporto psicologico**.
- 05LUCros:** sì, penso che serva un **supporto psicologico** che insegni al futuro interprete come non farsi carico delle emozioni dei pazienti: come fare a **creare una sorta di sipario che divida il lato professionale da quello umano**. Penso sia importante soprattutto imparare a gestire lo stress dato dal contesto professionale.
- 12PAOros:** un'**esperienza da tirocinante, affiancando un interprete esperto** sarebbe sicuramente utile agli studenti per conoscere anche l'aspetto "umano" del settore, più difficile da riprodurre in aula.
- 07ELEazz:** a mio parere serve anche **una certa inclinazione naturale** al lavoro nel sociale e buona sensibilità, data la delicatezza di questo contesto
- 08DANvio:** credo sarebbe interessante integrare un **percorso di affiancamento psicologico anche per gli studenti e i tirocinanti di interpretazione** in questo ambito. Se il sentirsi frustranti o incapaci di fronte a difficoltà lavorative porta a cattive performance, un supporto psicologico potrebbe essere d'aiuto.
- 05LUCros:** sì, penso che un **supporto psicologico** che insegni a gestire lo stress sia necessario, ma forse anche **seguire un interprete "sul campo"** come osservatore.

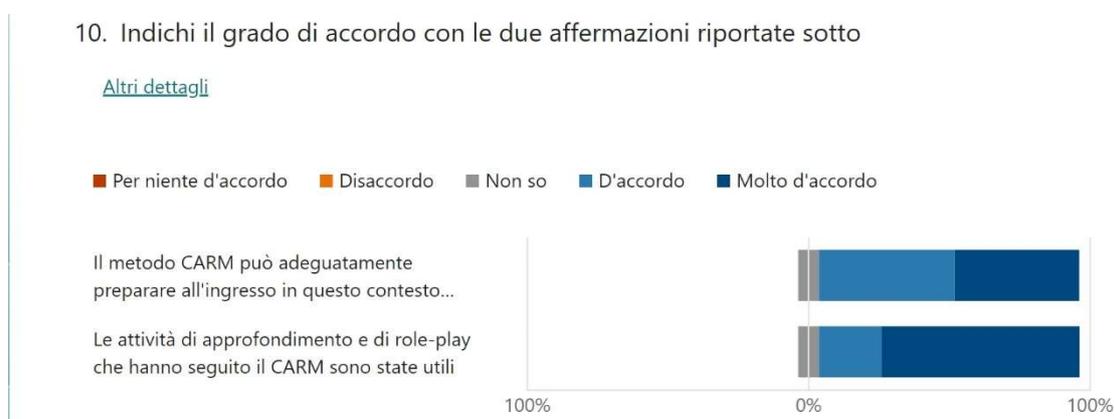
8



**Figura 9.** Le domande speculari su cosa serve oltre alla formazione universitaria

Nel post-questionario sono emerse meno risposte che tematizzano la componente emotiva e/o umana della professione, ma diversi SI hanno confermato l'importanza di inclinazioni personali (07ELEazz) e due di loro (08DANvio e 06LUCros) hanno spostato il focus dal supporto psicologico, di cui pure confermano la necessità, al tirocinio e all'importanza di affiancare un interprete sul campo.

Parallelamente alla formulazione di indicazioni su cosa dovrebbe integrare la formazione universitaria, la maggior parte degli SI ha confermato l'utilità dell'approccio didattico adottato nel corso. Come si evince infatti dalla Fig. 10, quasi tutti gli SI si sono detti d'accordo o molto d'accordo sull'utilità del CARM, e la maggior parte di loro ha manifestato grande apprezzamento delle attività di approfondimento e *role-play* che lo hanno seguito.



**Figura 10.** Il parere degli SI sulle attività didattiche proposte

Vediamo ora cosa hanno espresso, principalmente sulle loro emozioni e in misura minore sull'approccio didattico adottato, gli ex SI che hanno lavorato come interpreti presso due diversi presidi ospedalieri di una stessa ASL durante i mesi estivi del 2022.

## 2.2. I risultati del focus group con ex studenti che sono scesi in campo

Il *focus group* con questi 4 ex SI (tre di genere femminile e uno maschile) si è svolto online, sulla piattaforma Zoom, una settimana dopo il termine della loro esperienza lavorativa in ospedale. Iniziata indicativamente ai primi di maggio e terminata ai primi di settembre del 2022, tale esperienza non rientrava nei tirocini previsti dall'Università, ma era una prestazione professionale da circa 40 ore settimanali per la cooperativa che aveva in appalto la gestione dei servizi di interpretazione/mediazione di una ASL della regione Emilia-Romagna. In Fig. 11 riportiamo la struttura dell'incontro, che si era previsto durasse un'ora e fosse articolato intorno a 6 domande.



**Focus Group con studenti/esse  
che hanno fatto esperienza nei presidi della ASL Romagna  
29/09/2022 ore 13.00 – Piattaforma Zoom**

Grazie di aver accettato di prendere parte a una ricerca condotta nel quadro del progetto **Interpretare per le istituzioni sanitarie in Italia: dal CARM all'interazione con una comunità professionale locale**, che come sapete mira a verificare se e in che misura la formazione che viene impartita al DIT contribuisce a preparare all'ingresso nella particolare comunità professionale in cui nei mesi scorsi avete prestato servizio.

Oggi vi porrò sei domande correlate a questo argomento, chiedendovi di rispondere dal punto di vista della vostra esperienza professionale e delle vostre conoscenze. Per stare nei tempi che mi avete concesso, e dare modo a ciascuno e ciascuna di dire la sua su ogni singolo punto, vi chiedo di rispondere in modo conciso e di non preoccuparvi se vi inviterò a passare al punto successivo. Dedicheremo infatti circa dieci minuti ad ogni domanda e ci sarà poi la possibilità, per chi lo vorrà, di aggiungere ulteriori riflessioni alla fine.

*Domande*

1. Partendo dal presupposto che siete accomunati/e dall'aver frequentato la magistrale in Interpretazione al DIT di Forlì e dall'aver lavorato presso la ASL Romagna nei mesi scorsi, potete brevemente descrivere le principali specificità del particolare contesto in cui avete lavorato?
2. Alla luce delle specificità del contesto che avete descritto, a vostro avviso la vostra formazione universitaria vi ha adeguatamente preparate? Se sì, in che cosa di preciso vi siete sentite/e pronte/e e che cosa avete invece dovuto imparare e sviluppare "sul campo"?
3. Scendendo più nello specifico del corso di Teoria e Prassi dell'Interpretazione Dialogica specializzata, che è stato introdotto due anni fa, nell'a.a. 2020-21, secondo la vostra esperienza personale questo corso prepara all'ingresso nei presidi socio-sanitari?
4. Scendendo ancora più in dettaglio, che cosa pensate del metodo didattico CARM, che vi è stato utilizzato? Potete parlarne in generale o soffermarvi su eventuali punti di forza e di debolezza in relazione all'ambito socio-sanitario.
5. Tornando alla vostra esperienza professionale, avete fatto dei giorni di affiancamento di interpreti che già lavoravano nei presidi? Se sì, potete raccontare la vostra esperienza in merito facendo emergere se, e in che misura, questo affiancamento è stato utile?
6. Cos'altro vi sarebbe servito, oltre alla formazione universitaria e all'affiancamento di colleghi/e esperti/e, per sentirvi pronte/e a lavorare in quella specifica comunità professionale?

*Conclusione*

Vi ringrazio molto per il vostro contributo e vi chiedo se desiderate aggiungere qualcosa, ad esempio su aspetti che abbiamo solo rapidamente sorvolato oppure su aspetti che non abbiamo proprio preso in considerazione e che a vostro avviso sono importanti per la formazione di futuri interpreti?

Corso della Repubblica 136 | 47121 Forlì | Italia |

**Figura 11. La struttura del focus group**

In realtà, gli ex SI sono andati ben oltre queste piste di discussione e il tempo inizialmente previsto, poiché 3 di loro sono volontariamente rimasti connessi più a lungo per aggiungere riflessioni ulteriori che la nostra conclusione aperta invitava a condividere. Da quasi due ore di *focus group* sono emersi cinque macrotemi: 1) la formazione (universitaria e non solo), 2) le varie forme che l'interpretazione può assumere in questo particolare contesto professionale, 3) le competenze specifiche per l'ambito socio-sanitario, 4) i ruoli dell'interprete in questo ambito, e 5) le emozioni che entrano in gioco. Diversi di questi temi sono riconducibili a quelli rinvenuti da Rajpoot *et al.* (2020), come "role of the interpreter" (che corrisponde esattamente al nostro quarto tema), "psychological and emotional impact of interpreting" (che ricalca il nostro quinto tema) o "workplace challenges" (che ritroviamo nel secondo e nel quarto tema). Ognuno di questi macro-temi è poi articolato in sotto-temi, che non abbiamo lo spazio di analizzare qui, dove ci limiteremo a presentare alcune riflessioni sulle emozioni e il fattore umano così come sono emerse in reazione a due delle nostre domande e soprattutto nei contributi volontari che 3 ex SI, che qui chiameremo A, B e C, hanno fornito nella seconda ora del *focus group*.

In risposta alla domanda 2, relativa a cosa si impara dalla formazione e cosa invece si impara sul campo, A si dice sorpresa della diversa forma che può assumere l'interazione, dove non si traduce dopo ogni singolo turno ma si raccolgono informazioni per poi trasferirle in blocco, oltre che del fatto che le veniva chiesto di fare cose che le era stato sempre detto di non fare. Più che sorpresa, B prova disagio quando le si chiede di fare qualcosa che esula dal suo compito, ma aggiunge che memore del fatto che gliel'avevano detto a lezione (sottinteso di *Teoria e Prassi dell'interpretazione dialogica specializzata*), si è sempre trattenuta dal fare cose che non le spettassero, anche a costo di sembrare maleducata.

A: una cosa che mi ha un po' **sorpreso** è stato il fatto che **più che interpretare** nella fase del triage **si trattava di raccogliere informazioni e poi riferirle**, nel senso che una volta che hai imparato la lista delle domande che devi fare, non aspetti che venga chiamato il paziente al triage per fare un'interpretazione, lì sai che devi chiedere cosa è successo quando ha sofferto di malattie pregresse

A: **ci possono chiedere di fare cose che noi non dobbiamo fare**, nel senso non siamo qualificati per fare e che se lo facciamo è a nostro rischio e pericolo. Ad esempio, sorreggere un paziente. Mi è capitato una paziente con congiuntivite attinica, le hanno bendato entrambi gli occhi e io l'ho dovuta accompagnare fuori fino da dentro all'ambulatorio fino a fuori, nel parcheggio da suo marito e **a metà strada ho detto oddio, questo è quello che mi hanno sempre detto di non fare**, perché se questa inciampa

B: **mi sono sentita un po' di disagio** dover dire queste cose agli infermieri, a fargli presente magari dei disagi di qualcuno, come se loro non stessero facendo correttamente il loro lavoro. Ecco, e però la cosa è stata molto utile. E infatti **sono contenta che me l'abbiano detto a lezione** perché probabilmente appunto, vabbè, adesso ho bisogno di una medicina, è chiaro che non è che mi invento medico, però una cosa più semplice tipo ho bisogno della coperta o mi aiuta a tirare giù questa spondina del letto che è la cosa più banale e che capita spesso che venga chiesto e gli dici no, guardi, non sono capace o non è mio compito sembri quasi maleducato perché ti ha solo chiesto la spondina del letto non è che ti ha chiesto, sai, chissà cosa. Però questo **me lo ricordavo e quindi mi sono sempre trattenuta dal fare cose che non mi spettassero**.

**Figura 12.** La domanda 2 su cosa si impara dalla formazione e cosa sul campo

B manifesta la propria sorpresa in risposta alla domanda 6, relativa a cosa serve oltre alla formazione e all'affiancamento di interpreti esperti, laddove spiega che il paziente in realtà non richiede una preparazione linguistica perfetta, tanto che B invita a non avere paura della questione terminologica, di cui invece, nel post-questionario, gli SI in corso avevamo manifestato timore (si veda § 2.1.3). Sempre B riferisce poi le emozioni del primo giorno di lavoro, quando era in confusione totale perché non c'era stato il tempo di un affiancamento fatto con calma, dove qualcuno le spiegasse come compilare le "pratiche". Ci preme puntualizzare che *pratica* è una delle parole più frequenti nella trascrizione di questo *focus group*, sia nel senso di *fare pratica*, in opposizione alla teoria, che nel senso a cui B qui allude di fare *una* pratica, ossia compilare dei moduli e svolgere quella parte amministrativa della professione che si è rivelata essere tipica dei presidi di questa ASL. B qui sottolinea peraltro che, quando aveva dubbi e chiedeva all'Ufficio Stranieri, nemmeno loro talvolta conoscevano alcune particolarità dell'accesso degli stranieri al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), lacuna che l'ha spiazzata e che tradisce la complessità di un ambito che richiede molto più che competenze linguistico-culturali. A, dal canto suo, conferma che anche nel diverso presidio in cui lei lavorava la professione era complessa: non

si trattava solo di interpretazione e anche lei si sentiva inadeguata perché non aveva risposte in merito a questioni di accesso e iscrizione al SSN:

B: [...] non per dire che la preparazione linguistica non serve, ma veramente paziente a cui dici due cose di numero, sì, "io senza di lei non lo so." Tutti i tedeschi sempre sono i tedeschi, sempre grati, appena dici "Hallo" in tedesco loro sono "Ah", si sciolgono però veramente magari non vorrei che ne so magari uno non accetta o ha paura timore per anche solo una questione linguistica che sicuramente è importante, però veramente nel momento in cui loro capiscono non è, insomma, per loro fondamentale quello, anche se non è tutto perfetto, anche se non usi apiretico attivamente in tedesco va benissimo.

B: il primo giorno, poi è stato proprio la confusione totale, avevo una marea di informazioni che mi sono state buttate lì, però non capivo come combinarle insieme, quindi magari se uno si prende del tempo per dire OK, questa è una pratica. Si compila così è importante che ci siano questi dati. La fai a questa persona. Quindi con la calma. Forse sì, avrei capito di più. E poi, come dicevo appunto in conoscere come funziona il sistema sanitario per gli stranieri, chi ha diritto ad avere cosa, quando e in quale stadio si trova. Perché c'è chi ha il permesso di soggiorno ma non l'assistenza. Ma allora ne ha diritto, non ha diritto, ma deve pagare, perché poi a volte mi chiedo, ma io devo pagare? Non so neanche io almeno tutto all'inizio ero proprio non il ticket, boh, poi forse anche cose che dovrei sapere ma che non sapevo, non so il ticket, chi lo paga? lo pagano tutti? Boh, quindi forse avere questo tipo di conoscenza anche proprio del sistema sanitario italiano [...] chiamo l'ufficio stranieri e lì è stato il momento in cui l'Ufficio mi ha detto "Ah sento la collega", non lo sapevano neanche loro, quindi sono rimasta un po' spiazzata.

A: è complesso [...] non era solo lavoro di interpretazione e mi sentivo molto inadeguata perché non avevo le risposte, non sapevo dirgli hai questo problema, fai questo, dovevo contattare 20 persone. E però non ho la soluzione per questo, perché siamo interpreti, facciamo quello che possiamo, possiamo specializzarci in un certo ambito, ma sono informazioni che uno ha quando lavora in un contesto per un certo periodo di anni [...] mi sono sentita spesso inadeguata perché non sapevo rispondere a "come faccio a iscrivermi al sistema sanitario nazionale? Quali documenti mi servono? Dove devo andare?", perché io magari chiamo lo straniero per ricordargli, guardi lei non è iscritto, si deve iscrivere e lui giustamente mi fa "come?".  
E io non lo so.

11



**Figura 13.** La domanda 6 su cosa serve oltre a formazione e affiancamento

Oltre al senso di inadeguatezza, alla sorpresa rispetto a compiti inattesi, al disagio generato dal fatto di dovervisi sottrarre, nella seconda parte del *focus group* A, B e C hanno espresso emozioni forti in relazione ad altri tre diversi aspetti, ossia la parte amministrativa del lavoro, il rapporto tra colleghi e la tutela della salute. Più precisamente, B dice di essere dispiaciuta e delusa perché ha avuto la sensazione che il suo compito fosse meramente di recupero crediti, e ci racconta di come l'emozione più forte che abbia provato non sia stata di fronte a emergenze o difficoltà mediche (come gli SI dei questionari immaginano), quanto piuttosto nel momento in cui ha dovuto fare una pratica e chiedere denaro a una persona in difficoltà, situazione in cui ammette di aver pianto. C conferma questa impressione di dover fare "il lavoro sporco di andare a chiedere soldi", ammettendo di avere avuto ansia, non tanto per le mediazioni nella sua lingua meno forte, come pensava prima di iniziare a lavorare, quanto piuttosto per le pratiche amministrative da completare.

Questa ansia, che pure gli SI hanno riportato nei questionari associandola però al contesto delicato, alla responsabilità che ne deriva, o al carico emotivo, è emersa nuovamente dal *focus group* laddove gli ex SI hanno parlato del loro rapporto con i colleghi, soffermandosi nuovamente sulle pratiche amministrative. Per rapporto tra colleghi si intende da una parte quello tra interpreti e dall'altro quello tra interpreti e personale sanitario. In relazione al primo, riportato in Fig. 15 a sinistra, sia C che B parlano del loro stress e della loro ansia all'idea di non riuscire a fare tutte le pratiche durante il loro turno di lavoro e quindi di lasciarle da fare al collega che subentrava al cambio, di cui B avvertiva il giudizio. In relazione invece al rapporto tra interpreti e personale

sanitario che settimanalmente si ritrovano a lavorare insieme (Fig. 15 a destra), A e C tematizzano la diffidenza dei medici nei confronti degli interpreti, che non fanno parte della loro comunità di pratica e che talvolta non vengono nemmeno chiamati, anche se sono in servizio, perché i medici “se la sbrigano da soli” con il loro inglese.

B: questo va proprio, forse oltre, anche proprio le sue domande, io, mi è dispiaciuto perché la sensazione che io ho avuto è che il nostro compito lì dentro fosse veramente solo andare a recuperare i soldi di chi non aveva un'assistenza sanitaria che l'interpretazione era veramente solo una minuscola parte. Il fatto che sapessimo inglese, francese, tedesco, serviva solo a capire se queste persone avevano un'assistenza o no e recuperare i loro soldi e... Perché a volte, veramente, cioè durante l'orario di lavoro, era meno male che tutte le persone che sono entrate non mi hanno chiamato a fare anche l'interpretazione dal medico perché io non avrei avuto tempo di fare le pratiche, cioè nel momento in cui io vengo assunta come interprete e la mia priorità è fare la pratica su accompagnare il paziente, forse allora il mio lavoro non è tanto l'interprete, è altro. E anche parlando con l'ufficio stranieri mi è sembrato che l'unico loro obiettivo era recupero credito, punto. E questa è stata proprio un po' una nota dolente di questo mi ha- sono rimasta molto delusa da questa cosa devo dire [...] per me l'emozione più forte che ho avuto in ospedale è stata proprio legata a dover fare una pratica in un caso molto, molto particolare, con una paziente che in realtà parlava anche italiano e non, come invece mi aspettavo all'inizio, di fronte magari a un'emergenza medica. Cioè mi sono ritrovata in difficoltà a piangere di fronte ad una situazione di “devo andare a chiedere dei soldi e fare una pratica” e non di fronte a che ne so a emergenze o a difficoltà mediche, quindi da lì poi insomma, quella è stata per me la parte più difficile, che non- a cui non ero preparata, anche a lezione mi avevano detto che sì, c'erano dei compiti amministrativi, non che fossero così tanti, o che occupassero l'80% del tempo, ecco.

C: volevo dire che appunto questo punto del nostro compito amministrativo non è stato esposto chiaramente, eh, quando abbiamo avuto il colloquio [...] ci hanno fatto capire che noi siamo lì per interpretare e che una minima parte di quello che avremmo dovuto fare era burocratica. E invece non era così, cioè anche sentendo gli altri colleghi, a quanto pare cioè tra le liste di cose che dobbiamo fare, che devono essere compiti dell'Ufficio interpreti, la mediazione è ultima tra 14, 14 compiti che ci sono e quindi ci vedono- ho l'impressione un po' che ci che ci vedono un po' come quelli che devono fare il lavoro sporco dell'Ufficio stranieri. Almeno io l'ho vissuto un po' così, è un po' mi è dispiaciuto [...] io avevo l'ansia il primo giorno di dover subito mettermi a fare 14 mediazioni in tedesco, lingua che non è la mia più forte, e invece mi sono ritrovato ad avere l'ansia per fare le pratiche e non per le mediazioni, perché indicazioni non ce ne sono state.



Figura 14. contributi volontari su amministrazione e recupero crediti

C: [...] questa sensazione di essere stressato perché avevo dei pazienti veri e che dovevo andare a occuparmi di loro e non potevo fare le pratiche e quindi lasciare un turno pulito al collega, l'ho sentito questo stress, tantissimo [...] anche perché, cioè, visto che hanno tolto il turno notturno, quello che fa la mattina si ritrova anche, cioè, a volte 7 pratiche da fare appena arrivato. E lì, secondo me, contribuisce molto questo fattore allo stress che viviamo. Perché visto che non è continuo, ti senti in colpa se ti perdi dei pazienti. Perché quello che ti fanno sentire è che il tuo lavoro è proprio quello di andare a recuperare i soldi persi dall'azienda.

B: sì l'ansia di dover- ma più che altro per il compagno, perché ti dici oddio, devo lasciare all'altro 4 pratiche, sembra che io non abbia fatto niente, anche perché poi magari c'è qualcuno che conosce meglio che è... non so questo giudizio dei miei colleghi, a volte, l'ho sentito

C: c'è anche una certa diffidenza nei confronti del nostro ruolo, perché non siamo dei sanitari e quindi non facciamo parte del loro gruppo di sanitari

A: mi ha sorpreso che tanti per immagino per risparmiare tempo se la sbrigano da soli, nel senso mi chiamano per un paziente in triage in pronto soccorso che chiaramente non parla la- non parla italiano, parla o francese o tedesco e inglese come seconda lingua perché inglesi madrelingua non ne ho vista una, quindi io faccio la raccolta dei dati, li mando ad aspettare, poi vedo dal sistema che sono in visita ma nessuno mi chiama, quindi hanno fatto la visita da soli



Figura 15. Contributi volontari sul rapporto tra colleghi

Emozioni forti (come l'ansia e la paura) sono infine emerse in relazione alla salute degli ex SI, che non si sono sentiti tutelati e che erano “super in ansia” nel momento in cui sono stati chiamati in alcuni reparti, come ad es. agli infettivi.

C: non sei protetto, come potrebbe essere un sanitario, e non sai a cosa portare la tua attenzione per essere protetto [...] non mi sono sentito tutelato, diciamo dal punto di vista della malattia

B: a me una volta mi han chiamato per dirmi "ho una pratica da fare in tisiologia" e io ero così oh, mi è venuta l'ansia e ho detto, ma cioè io ci posso andare? e quindi ho detto "ma ho bisogno della FFP2? - ma se te la vuoi mettere io non ce l'ho". Mazza ho detto madò, avevo appena ascoltato un podcast sulla tisi, su come si muore ancora di tisi, quindi ero super in ansia e poi abbiamo fatto insomma abbiamo fatto questo colloquio ed è venuto fuori che lei aveva solo una più alta probabilità di contrarre la malattia, ma in realtà non ce l'aveva [...] Un'ansia prima di entrare lì dentro



**Figura 16.** Contributi volontari sulla tutela della salute

A: la CARM penso sia utile perché i dati originali sono effettivamente superiori, fanno quello che un role-play non può fare, ovvero mostrare cosa fanno i professionisti nella vita lavorativa.

B: Secondo me è stato anche interessante come l'ha proposto lei, nel senso che stoppava e diceva che voi ora siete l'interprete, cosa fate? Per capire cosa vuol dire avere una situazione reale in cui magari c'è veramente qualcuno che non capisce la prima formulazione. Perché appunto il role-play è falsificato, è il professore che sa entrambe le lingue ed è l'altro professore che sa entrambe le lingue, quindi in realtà non è che proprio fingono di non capire o magari se non usi la parolina giusta allora insomma te lo fanno notare, nella vita reale nessuno ti fa notare che hai usato la parola sbagliata o se anche hai usato la parola giusta, se uno non ha capito non ha capito, e devi trovare il modo di riformulare e quindi è anche bene vedere è interessante vedere cosa succede in una situazione reale, quindi è quello secondo me il punto di forza del CARM e, appunto anche immedesimarsi in una situazione vera, come riformulo per dire, questa cosa che io ho detto giusto, ma che la paziente o il paziente non ha capito come posso, quale strategia adottato per esempio? Quindi secondo me è utile.

C: Esatto, secondo me è utile per passare alla strategia piuttosto che rimanere nell'ambito lessicale proprio delle equivalenze linguistiche.

15



**Figura 17.** Il parere degli ex SI sul CARM

Riassumendo, il *focus group* ha confermato alcune delle emozioni (per lo più negative) che gli SI immaginano di provare e trovare in ospedale, a cominciare dall'ansia. Ha però anche mostrato come questa ansia possa originarsi da fattori che gli SI non hanno minimamente considerato nei questionari, come ad esempio il rapporto tra interpreti che si danno il cambio in una stessa giornata di lavoro, in una dinamica molto diversa da quella che si crea nel contesto di una conferenza e che va quindi adeguatamente insegnata. Di simile, tra questionari e *focus group*, c'è l'apprezzamento per le attività didattiche proposte nel corso di

*Teoria e prassi dell'interpretazione dialogica specializzata*, di cui, anche a distanza di due anni, gli ex SI enumerano chiaramente i benefici.

L'approccio didattico adottato e in particolare il CARM permettono quindi ai futuri interpreti di immedesimarsi in una situazione autentica e di sviluppare delle strategie di gestione e reazione a situazioni potenzialmente problematiche, come quella in cui il paziente non capisce e bisogna trovare il modo di assicurare la comunicazione. Resta però il fatto che né il CARM né le due attività didattiche che lo seguono preparano adeguatamente a gestire l'ampio spettro di emozioni, proprie e altrui, che l'interprete può ritrovarsi a gestire quando lavora in ambito socio-sanitario. Ed è proprio questa lacuna che motiva l'esperienza documentata nella terza e ultima sezione di questo contributo.

### **3. Dalla parte di chi soccorre: le emozioni in contesti di emergenza**

L'incontro della Società Italiana di Psicologia dell'Emergenza SoS Emilia-Romagna (SIPEM SoS ER) con il DIT è avvenuto con lo scoppio della guerra in Ucraina, quando alcuni SI volontariamente si sono resi disponibili ad aiutare i profughi che venivano accolti in Italia nel delicato compito di interpretazione. L'intuizione emersa dalla coordinatrice della laurea magistrale in Interpretazione di interpellare un'associazione di psicologi dell'emergenza per il benessere psicologico dei giovani interpreti, che volevano mettersi alla prova al fianco dei soccorritori, si è rivelata preziosa e sul sito associativo si può leggere un post che descrive dettagliatamente questa prima iniziativa formativa,<sup>5</sup> che si basava essenzialmente sul *debriefing* psicologico (Mitchell 1983). Il *debriefing* classico, detto anche *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), è una delle parti del più ampio e complesso protocollo del *Critical Incident Stress Management* (CISM - Gestione dello Stress da Incidenti Critici), che dovrebbe essere rivolto esclusivamente a gruppi relativamente omogenei di soccorritori, ed è composto da sette fasi distinte una delle quali è, appunto, il *debriefing* psicologico.<sup>6</sup> Sviluppato negli anni '80 dal dott. Mitchell (professore all'Università di Maryland e presidente dell'ICISF, *International Critical Incident Stress Foundation*), il CISM rappresenta uno degli strumenti d'intervento della psicologia dell'emergenza più noti e diffusi a livello mondiale e proprio per questo è stato utilizzato con gli SI che hanno prestato servizio nell'Hub di accoglienza di Bologna.

La collaborazione però non si è fermata con il termine del lavoro sul campo in fase emergenziale di questo primo gruppo di SI, poiché SIPEM SoS ER e DIT hanno deciso di creare un'occasione per gli studenti del corso di *Teoria e prassi dell'interpretazione dialogica specializzata* di affrontare alcune tematiche relative ai contesti di emergenza. I temi concordati sono stati elaborati in relazione al

---

5 Si vedano Battani e Bellotti (2022) in bibliografia e al link diretto <https://sipem-er.blogspot.com/2022/09/lemergenza-mediata-debriefing-con-un.html?m=1>

6 I sette elementi del CISM sono: Istruzione/Immunizzazione prima dell'incidente, smobilitazione, intervento individuale durante la crisi, *defusing*, *debriefing* per lo stress da eventi critici (CISD), sostegno familiare e reti per l'invio.

concetto di trauma vicario e alla gestione dello stress, due aspetti rilevanti all'interno di un corso che copre diversi contesti professionali delicati quali quello socio-sanitario, quello giuridico e quello della salute mentale. Le psicoterapeute incaricate di progettare e realizzare l'incontro di approfondimento si sono presentate in aula, l'11 novembre 2022, volutamente con la divisa che la SIPEM SoS ER utilizza quando è attivata nel suo ruolo di sostegno psicologico. Le divise sono nate sui campi di battaglia per distinguere, a colpo d'occhio, gli amici dai nemici. Con il tempo si sono poi trasformate in simboli a favore della ritualizzazione, mentre oggi vengono principalmente indossate dagli appartenenti alle Forze dell'Ordine oppure a gruppi giuridicamente e socialmente riconosciuti e che si curano anche di sicurezza ed emergenza. L'utilizzo di uniformi riconoscibili immediatamente appartiene alla comunicazione non verbale, quindi è universale. La riconoscibilità è importante quando sul campo ci sono diversi professionisti a operare: avere aiuto e sapere a chi chiederlo in tempi rapidi è infatti fondamentale in situazioni ad alto impatto stressogeno.



**Figura 18.** Fase 1 - presentazione del lavoro in contesti d'emergenza

Per comprendere cosa entra in gioco nelle emergenze, è stato necessario fare un'introduzione dei contesti emergenziali, di come sono organizzati e di cosa li differenzia da altre situazioni, a esempio gli spazi delimitati ben riconoscibili e la divisione tra spazi di cura, di svago e di intervento (psicologo, medico etc.). Questa suddivisione e organizzazione, lungi dall'essere una formalità risponde,

infatti, a un bisogno di ordine e chiarezza per le persone che sono cadute nel caos a causa di eventi catastrofici. Non dover chiedere “dov’è il medico, dove trovo il bagno, la cucina” sono elementi trascurabili quando i contesti sono integri e rassicuranti. Ma se ci proiettiamo in una zona di guerra, terremoto o alluvione, diventa chiaro come sia importante sapere dove poter soddisfare i propri bisogni primari ed era cruciale che gli SI ne fossero a conoscenza nella prima fase della lezione.

Sottolineando come la variabile tempo sia importantissima in tali contesti, le psicologhe hanno poi organizzato la lezione in tempi serrati, chiedendo agli SI di immaginare di essere in una reale situazione di emergenza e di comportarsi di conseguenza. Si è deciso insieme di ricorrere al contesto della guerra in Ucraina e di proiettare gli SI in una situazione in cui fosse necessario il loro intervento di interpretazione dialogica. Si sono quindi presi in considerazione tre dei protagonisti che si possono incontrare, ossia soccorritori, interpreti e vittime, e si è chiesto agli SI di dividersi in altrettanti gruppi.



**Figura 19.** Fase 2 – Role-playing: suddivisione in soccorritori, interpreti e vittime

Per ognuno di questi gruppi, è stato chiesto agli SI di fare una riflessione su quali emozioni potessero provare i protagonisti e sugli strumenti necessari per poter lavorare nel contesto emergenziale scelto. Tali emozioni andavano riportate su dei post-it che gli SI hanno poi attaccato in tre cartelloni.



**Figure 20.** Fase 3 - post-it e discussione

Le considerazioni che seguono sono frutto di una rielaborazione di quanto emerso in aula, partendo dal presupposto personale di chi scrive che gli interpreti sono operatori del soccorso tanto quanto i vigili del fuoco, gli operatori della Croce Rossa Italiana e gli psicologi. Il loro è un compito delicato e va affrontato dopo aver adeguatamente riflettuto circa l'importanza della consapevolezza di sé, del ruolo professionale e dei propri pregiudizi rispetto agli ambiti di intervento. L'obiettivo di questa terza fase è stato quindi quello di creare consapevolezza intesa come capacità di percepire, riconoscere e dare un nome alla realtà e alle emozioni in ogni ambito e aspetto della vita interna ed esterna.

### 3.1 Le difficoltà di chi interviene nelle situazioni di emergenza

L'opera di salvataggio e di aiuto data ai superstiti e i compiti di recupero, identificazione e trasporto dei cadaveri, non sono che alcuni degli agenti stressanti che contribuiscono a creare livelli elevati di sofferenza emotiva negli operatori che intervengono nelle calamità. Il compito di mitigare lo stress di questi operatori è una componente vitale dell'aiuto psicologico nelle emergenze e può essere organizzato non solo come intervento precoce sul luogo e verifica dell'aiuto successivo, ma soprattutto come processo continuo di prevenzione per dare agli operatori del soccorso elementi per agire e non subire gli effetti di questo stress. Il lavoro nelle situazioni di calamità è un insieme di esperienze positive e negative. Da una parte, si possono provare profondi sentimenti di dolore, disperazione, impotenza, orrore e repulsione; dall'altra, invece, l'esperienza di condivisione di scopi e obiettivi con altre persone, l'essere uniti da uno stesso legame sociale e la rivalutazione delle priorità della vita, rendono questo tipo di lavoro anche molto gratificante.

I rischi professionali connessi a questa tipologia di lavoro, nonché le situazioni personali degli operatori, spiegano la maggior parte delle reazioni di stress degli stessi. I rischi professionali si possono dividere in due macrocategorie. La prima ha un carattere più universale e può colpire chiunque, perché ha un peso notevole, come la morte, la sofferenza delle persone, soprattutto se vi sono dei bambini, i turni lunghi, il lavoro disorganizzato, la fatica e l'eccessiva identificazione con le vittime. La seconda ha invece un carattere più individuale e vi rientrano per esempio i danni subiti da persone conosciute, la perdita di beni materiali, lo stress preesistente, uno scarso livello di preparazione professionale e di sostegno sociale, le aspettative e le precedenti esperienze in situazioni di calamità.

Per tutti questi motivi è importante capire che le reazioni di stress negli operatori sono normali e vanno messe in conto. Queste, infatti, possono dar luogo a riduzione della reattività psichica e della capacità di risolvere i problemi oltre che alla perdita di efficacia nel ruolo professionale svolto. Le reazioni di stress a lungo termine possono comprendere depressione, ansia cronica o sintomi derivanti da traumi e possono provocare o aggravare problemi coniugali, lavorativi o legati al consumo di sostanze psicotrope.

Ma da cosa dipende il fatto che alcuni operatori del soccorso presentano momenti di malessere e altri meno? Le variabili da prendere in considerazione si possono dividere in quelle di ordine personale, tra cui le circostanze della calamità, la situazione psicologica in cui si trova l'operatore quando succede l'evento (divorzio, lutto etc.); e quelle di ordine professionale, tra cui la preparazione degli operatori, gli agenti stressanti preesistenti nel gruppo di lavoro o nell'organizzazione. La preparazione psicologica di chi lavora in emergenza non sempre è appropriata agli scenari nei quali gli operatori del soccorso sono previsti e di solito nell'emergenza, proprio perché si deve far fronte a problemi acuti di particolare mole e gravità, gli operatori vengono introdotti al meglio delle loro possibilità e talvolta allo stremo di queste, col risultato in qualche caso di procurare stress e patologie psicologiche di media o seria entità.

Non sempre negli scenari d'emergenza è previsto un supporto specifico agli operatori del soccorso sia come momento individuale, sia di gruppo, col risultato che i rischi per la loro salute psico-fisica sono particolarmente elevati. Ciò a volte coincide con un processo di auto-accusa da parte dell'operatore del soccorso che conclude di non essere adeguato a quel lavoro. La colpevolizzazione altre volte arriva direttamente da colleghi o membri dell'organizzazione che non hanno tenuto in evidente considerazione il processo interno del collega esaurito, le particolari sollecitazioni emotive subite, i suoi sistemi di riferimento e la reazione finale coincidente con l'attuazione del comportamento di abbandono. Durante la fase emergenziale, gli abbandoni sono rari. Essi di norma avvengono a missione conclusa, successivamente al processo di elaborazione dell'esperienza. Un altro grande problema per chi interviene nelle situazioni di emergenza è quello del *burn-out*, che, come si è visto, implica una caduta emozionale dovuta al carico di lavoro eccessivo che favorisce l'insorgere di sintomatologie di stress.

Prendiamo in considerazione alcuni aspetti rilevanti delle situazioni emergenziali che sono stati approfonditi con gli SI, partendo dal presupposto che, come ci ricorda Patrick Lagadec (2002)<sup>7</sup> per intervenire in una situazione emergenziale occorre saper imparare rapidamente e per farlo nel corso della crisi è necessario avere precedentemente acquisito una preparazione adeguata.

### 3.1.1. *Tempi di riposo*

Come esplicitato nei paragrafi precedenti, le riflessioni qui proposte sono frutto di quanto emerso dal lavoro in aula con gli SI e pensiamo possano essere le più utili per un contesto interpretativo dialogico.

La prima riflessione riguarda il fatto che nei contesti di gestione delle emergenze, i tempi di riposo hanno pari valore dato ai tempi di attività. A seguito di azioni di soccorso intense in cui l'adrenalina tiene attivi gli operatori per molte ore, richiamandoli a sollecitazioni tecniche, schemi di intervento e disponibilità di energie volte alla salvaguardia della sicurezza di vittime e soccorsi, è spesso molto faticoso per gli operatori "uscire di scena" per dedicare uno spazio all'elaborazione dei vissuti. La fatica nel tollerare i tempi di riposo ha a che fare con la capacità di prendere in carico l'elaborazione emotiva di una frequente esposizione ai contesti ad alto impatto emotivo. È dentro al contesto, infatti, che prendono forma e vanno in scena le azioni di soccorso e nel caso specifico le azioni di gestione di una emergenza che richiedono pluri-professionalità.

Chi è chiamato a operare da interprete nei contesti di gestione delle emergenze deve poter essere preparato alle sollecitazioni emotive che ne derivano e pronto a dare adeguata rilevanza ai tempi di riposo che permettono un recupero dai tempi di esposizione. È durante i tempi di riposo che gli operatori

---

<sup>7</sup> Ricercatore e tra i massimi esperti mondiali di gestione di crisi, con focus sull'intelligenza e la leadership. Sviluppa paradigmi e know-how operativi per affrontare le sfide nei contesti caotici. Tiene seminari per studenti di alcune delle più rinomate istituzioni accademiche, prepara decisori di alto livello: prefetti, giudici, ispettori del settore pubblico e privato. Autore di numerosi libri, articoli e studi sul crisis management.

del soccorso, di cui gli interpreti fanno parte, potranno manifestare forti vissuti di frustrazione, sensazione di tempo non impiegato adeguatamente, potranno sentire un forte richiamo a tornare sul campo, tutti sintomi della difficoltà a stare sui vissuti emotivi dolorosi legati all'esposizione.

### *3.1.2. Autoconsapevolezza*

L'autoconsapevolezza su come il proprio ruolo sia inserito nello scenario permette agli operatori del soccorso di intraprendere azioni commisurate al contesto in cui si declinano gli interventi. Sviluppare un'adeguata percezione di sé, quindi, significa mettere gli operatori in contatto con i propri vissuti emotivi, che si tratti di vissuti traumatici o meno, che comunque influenzano il loro operato e quello degli altri membri del team. Inoltre, aiuta a migliorare la concretezza e l'efficacia personale e professionale portando gli operatori del soccorso a scegliere ambiti lavorativi sostenibili e in sintonia con le proprie caratteristiche.

La consapevolezza riguarda però anche la conoscenza di comportamenti e abitudini derivanti dai nostri valori e dalla ripetitività di schemi mentali che possono diventare anche delle vere e proprie trappole "percettive", come lo sono i pregiudizi.

Chi traduce un romanzo o fa da interprete durante un dibattito avrà certamente anch'egli un livello di sollecitazione emotiva che dovrà imparare a gestire nell'organizzazione del proprio lavoro. Per questo è importante riflettere sul fatto che non è l'emergenza in sé ad attivare la risposta emotiva, ma sono tutti i contesti in cui siamo immersi ad attivare risposte emotive costanti. È necessario essere consapevoli del fatto che alcuni contesti più di altri possono attivare risposte emotive più o meno forti ed è quindi importante avere chiaro quali siano quelli a cui prestare maggiore attenzione ed essere preparati a gestirle in modo tale che non interferiscano con le azioni tipiche della professione (nel caso degli interpreti essenzialmente traduzione e coordinamento).

Ci sono interpreti che hanno manifestato forti disagi a seguito di interventi realizzati negli asili nido: in questi spazi non era in corso un intervento di gestione dell'emergenza, eppure lo scenario li ha riportati a vissuti emotivi di difficile elaborazione, tanto quanto quelli sperimentati da altri nei contesti emergenziali. Il lavoro sulla propria consapevolezza aiuta quindi gli operatori del soccorso, interpreti inclusi, a conoscere le proprie debolezze, i punti di forza, i valori e l'impatto che il proprio lavoro ha sulle persone che si aiutano. Ciò significa anche saper considerare le emozioni e i sentimenti degli altri, aspetto molto importante di fronte anche alle differenze culturali.

### *3.1.3. Decentramento*

L'idea di poter interrompere il proprio turno di lavoro è stato un tema approfondito con gli SI (sia quelli della prima che della seconda iniziativa formativa), perché spesso chi opera nei contesti emergenziali ha paura di dare un messaggio di sconfitta, di rinuncia o, peggio, abbandono di chi ha bisogno.

Ci si è inoltre interrogati su quanto fosse opportuna la condivisione dei propri stati d'animo e di difficoltà con i beneficiari dell'intervento.

In occasione del lavoro di interpretazione attivato dal DIT presso l'Hub di Bologna che accoglieva i profughi ucraini, una SI durante il suo turno ha dichiarato di essersi commossa in presenza di una donna per la quale stava svolgendo attività di interpretazione e di come questa condivisione emotiva abbia poi permesso una maggiore fluidità nell'intervento. Un'altra, invece, ha dichiarato di essersi fatta sostituire durante il servizio perché l'identificazione della beneficiaria dell'intervento con una sua parente non le permetteva di rimanere concentrata.

Queste due esperienze hanno aiutato gli SI a comprendere come sia necessario il contatto con le proprie emozioni, come non ci sia una modalità corretta in senso universale, ma come ciascuno in base alla propria storia, al proprio vissuto, al ruolo che esercita, possa scegliere la strada più opportuna per svolgere il proprio lavoro con professionalità.

### *3.1.4 Trauma vicario e tecniche di prevenzione*

Agli operatori del soccorso, oltre alle capacità tecnico-professionali, è spesso richiesto di possedere e mettere in pratica delle capacità di "contenimento emotivo" sia verso le vittime che verso i colleghi e verso sé stessi, tutto ciò con l'obiettivo di non aggravare ulteriormente la sofferenza della persona colpita e di facilitare il lavoro proprio e dei colleghi attraverso la costruzione di un'alleanza con la vittima.

Come abbiamo appena visto, gli operatori del soccorso devono stare quindi attenti ai segnali che possono indicare che forse è necessario fermarsi e attivare le proprie risorse per capire che cosa stia succedendo loro.

La fase di allarme è il primo impatto con l'evento traumatico ed è caratterizzato da stordimento iniziale e dall'ansia, dall'irritabilità e dall'irrequietezza, oppure da una reazione di tipo inibitorio. La mobilitazione arriva superato l'impatto iniziale, quando l'operatore si prepara all'azione; l'agire aiuta a dissolvere la tensione e a recuperare l'autocontrollo. Alle reazioni della fase precedente si associano, come preziosi fattori di recupero dell'equilibrio, il trascorrere del tempo, il passaggio all'azione finalizzata e coordinata e l'interazione con gli altri. L'azione vera e propria inizia quando prende avvio l'intervento di primo soccorso a favore delle vittime. Le emozioni sono contrastanti, dall'euforia (quando si riesce a prestare aiuto), ai sentimenti di delusione, colpa, inadeguatezza (quando l'intervento non ha successo), esattamente come lo hanno espresso gli SI nel questionario.

La fase di rilassamento è la fase che va dalla fine dell'intervento al ritorno alla routine lavorativa o sociale, dopo l'intervento di emergenza. Contenuti psichici negativi inibiti durante la fase di azione trovano poi la forza di riemergere e manifestarsi nella fase del rilassamento. Solitamente è questo il momento in cui possono insorgere negli operatori del soccorso sintomatologie tipiche delle persone che hanno subito un trauma. Come si è visto in 1.2, infatti,

oltre alle persone direttamente coinvolte nell'evento, possono subire una traumatizzazione vicaria il personale medico e paramedico, polizia e forze dell'ordine, militari, personale dei servizi sociali e della salute mentale, operatori di ricerca e salvataggio superstiti, conducenti di mezzi di trasporto (autobus, treni, etc.), volontari che partecipano alle attività dei centri di accoglienza, insegnanti e genitori, operatori dei media, e non da ultimo, gli interpreti. La relazione con la vittima può investire una persona dello stesso trauma in modo secondario e indiretto. Il rischio, quindi, che l'operatore del soccorso sia emotivamente coinvolto nelle esperienze traumatiche delle persone che soccorre deve essere tenuto in seria considerazione.

Per prevenire il trauma vicario e affrontare queste situazioni nel miglior modo possibile sono necessari alcuni elementi, quali un'accurata formazione professionale e specifica, nonché la consapevolezza di sé e del proprio ruolo cui si accennava precedentemente. L'esperienza diretta per gli SI che hanno preso servizio presso gli Hub rientrava in una delle tecniche utili per evitare che questo possa accedere: il *debriefing* psicologico. La parte di formazione in aula, invece, rientra nell'addestramento a carattere esperienziale che coinvolge la sfera personale con l'opportunità di costruire un senso di maggior fronteggiamento degli eventi, dell'aspetto professionale e della sensazione di tolleranza personale all'esperienza. Tale addestramento è reso possibile tramite la tecnica del *role-playing*, dove immedesimandosi con un protagonista di una situazione di emergenza simulata gli SI riescono a ricostruire i sentimenti e le emozioni provate, le quali possono utilmente essere tenute presente nella pratica professionale. Entrambe le iniziative formative presuppongono però una parte di discussione e di *debriefing*, metodica introdotta per la prima volta durante la Seconda guerra mondiale dal comandante delle forze armate U.S, S.L.A Marshall. Il suo primo utilizzo fu per mettere in luce gli eventi successi in combattimento. La sessione d'incontro avveniva con un gruppo ristretto di soldati superstiti guidata da un ufficiale di grado superiore immediatamente dopo il combattimento. Grazie a questi incontri si riusciva a creare una comunicazione tra i soldati e a ricreare il gruppo che si allontanava durante la battaglia. Con questi interrogatori si riuscì a verificare come gli stessi eventi vissuti dai soldati venivano interpretati in maniera completamente diversa dando connotazioni disomogenee. Fu a partire da questa osservazione che si focalizzò l'attenzione di psicologi e psichiatri sul *debriefing*. Con la guerra in Corea e in Vietnam psicologi e psichiatri misero a punto la tecnica di *debriefing* come supporto ai soldati; il tutto era sostenuto dall'idea che parlare dell'esperienza aiutasse il recupero psicologico, secondo un principio chiave della cura che è stato già ricordato (§ 1.2).

Negli anni successivi, la metodica fu messa a punto anche in altri contesti in cui fosse necessario alleviare i sintomi dello stress. Con il passare del tempo le procedure di *debriefing* furono allargate e, con successo, portate anche nelle scuole, nelle banche, negli ospedali e in altri ambienti comunitari. Il *debriefing* psicologico (Mitchell 1983) è, quindi, un procedimento strutturato che serve ad aiutare i superstiti e gli operatori del soccorso a comprendere ciò che è accaduto per poter gestire al meglio gli eventi futuri. Il compito di mitigare lo stress di questi operatori è una componente vitale dell'aiuto psicologico nelle emergenze

e può essere organizzato non solo come intervento precoce sul luogo e verifica dell'aiuto successivo, ma soprattutto come processo continuo di prevenzione per dare ai soccorritori elementi per agire e non subire gli effetti di questo stress. È quindi una tecnica di pronto soccorso emotivo che coinvolge individui che sono stati esposti allo stesso evento e comprende sia una fase di scambio delle informazioni sui fatti dell'evento, sia la condivisione delle risposte emozionali. Costituisce un'opportunità per imparare dagli altri e per modificare opinioni precostituite.

Nelle iniziative formative sopra descritte (lavoro con gli SI dell'Hub e lezione in aula), la discussione e il *debriefing* hanno avuto la funzione di tenere monitorate le condizioni degli SI dando loro la possibilità di confrontarsi con i colleghi sui vissuti emersi (nella realtà dell'emergenza Ucraina o nella sua simulazione) durante i turni di lavoro, potenzialmente traumatici, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienze. Il gruppo è in ambo i casi inteso, quindi, come risorsa. È all'interno del gruppo che si gestiscono le ricadute emotive che l'attività può comportare: l'eccessiva responsabilizzazione di fronte ad un intervento, l'accoglimento della sofferenza altrui e propria, l'accettazione del fatto che esistono problemi cui, non sempre, si riesce a dare immediata soluzione. Il gruppo, in quanto luogo di confronto, pianificazione e riesame degli interventi, consente alle squadre di sviluppare una capacità di valutazione e autovalutazione del lavoro svolto. La valutazione diventa, a sua volta, uno strumento di apprendimento in itinere, che consente di orientare l'azione e attenuare eventuali effetti negativi, oltre a rendere possibile la creazione di condizioni di riproducibilità, la comunicazione dei risultati e l'argomentazione delle loro validità.

#### **4. Conclusioni**

In questo contributo si è visto come gli interpreti dialogici non siano semplici 'condotti' attraverso cui passa un messaggio, ma esseri umani che mettono in campo un'ampia gamma di azioni e reazioni in relazione a quanto dicono e fanno agli altri partecipanti all'interazione. Malgrado l'aumento dei servizi di interpretazione da remoto e l'avanzare dell'intelligenza artificiale, che stanno rispettivamente modificando le modalità di esercizio della professione e in alcuni casi sostituendosi all'interprete in carne ed ossa, è ancora "down to human intelligence to deliver when it really matters" (Downie 2020: 150). E le situazioni in cui l'interpretazione "really matters", per riprendere le parole dell'autore, sono spesso quelle che si svolgono in contesti delicati e d'emergenza, a cui gli studenti devono essere adeguatamente preparati al fine di preservare la propria salute psico-fisica e di essere in grado di offrire un servizio professionale. Come afferma Downie, "unless we do something about helping interpreters build resilience, deal with the emotions that come with our work and consistently grow in our ethical decision-making and ability to reflect on our work, the answer is simple: we won't survive, no matter what the technology can do" (2020: 130).

Proprio per questo abbiamo qui voluto rendere conto di come, in uno dei corsi offerti al DIT, si è fatto spazio alle emozioni, agli stereotipi e ai pregiudizi individuali degli studenti per prepararli a situazioni in cui non solo saranno fortemente esposti al loro sentire, ma soprattutto si metteranno in gioco anche come esseri umani. Il lavoro in ambito psico-sociale insegna, come le lezioni hanno dimostrato, che la relazione umana viene prima di qualsiasi compito l'operatore debba svolgere e proprio grazie a questa può raggiungere risultati a volte inaspettati.

Se l'“interpretazione difensiva” (Turner e Best 2017) è quella che, alla stregua della medicina difensiva, pensa anzitutto a preservare la categoria professionale e in seconda battuta all'interesse del paziente, l'“interpretazione espositiva” (*ibid.*) è quella in cui l'interprete si espone, è aperto alla collaborazione con i partecipanti all'interazione e si assume una responsabilità comunicativa che ha come priorità il paziente, o la vittima, se ci si trova in un contesto d'emergenza. In questa seconda forma di interpretazione si entra come persone, esponendosi alle emozioni proprie e altrui, che l'interprete deve quindi imparare a (ri)conoscere per poter reagire più consapevolmente nell'interazione che contribuisce a costruire oltre che per tutelare la propria salute. La formazione proposta ha quindi agito in un'ottica di prevenzione ed *empowerment* psicologico, promuovendo negli studenti l'autoconsapevolezza di intervenire in modo attivo sulla propria vita. L'obiettivo è stato quello di dare una diversa forma a pensieri ed emozioni e questo ha un effetto sulla salute personale e sul mantenimento della salute professionale, facilitando la possibilità di apportare cambiamenti, gestire difficoltà e contribuire a un aumento dell'autostima prima dell'ingresso in una professione ad alto carico emotivo.

## BIBLIOGRAFIA

- Angelelli, C. (2019) *Healthcare Interpreting Explained*, London & New York: Routledge.
- Baistow, K. (1999) *The Emotional and Psychological Impact of Community Interpreting*, London: Babelea 2000.
- Baraldi, C. (2023) “Agency in and for Mediating in Public Service Interpreting” in L. Gavioli and C. Wadensjö (eds) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*, London & New York: Routledge, 46–62.
- Baraldi, C. and L. Gavioli (eds) (2012) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- (2019) *La mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari: interazione ed efficacia comunicativa*, Milano: Franco Angeli.
- Battani, D. e V. Bellotti (2022) “L'emergenza mediata. Debriefing con un gruppo di studenti interpreti e mediatori nell'Hub di Bologna”. Disponibile all'indirizzo: <https://sipem-er.blogspot.com/2022/09/lemergenza-mediata-debriefing-con-un.html?m=1> (consultato il 25/09/2023).
- Bazzanella, C. (2004) “Emotions, Language and Context”, in E. Weigand (ed) *Emotions in Dialogic Interaction: Advances in the Complex*, Amsterdam: John Benjamins, 59–76.

- Bontempo, K. and J. Napier (2011) "Evaluating Emotional Stability as a Predictor of Interpreter Competence and Aptitude for Interpreting", *Interpreting* 13(1): 85–105.
- Bontempo, K. and K. Malcom (2012) "An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure: Educating Interpreters about the Risk of Vicarious Trauma in Healthcare Settings", in K. Malcolm and L. Swabey (eds) *In Our Hands: Educating Healthcare Interpreters*, Washington DC: Gallaudet University Press, 105–130.
- Coulehan, J., F. Platt, B. Egener, R. Frankel, C. Lin, B. Lown and W. Salazar (2001) "Let me see if i have this right...': Words that Help Build Empathy", *Ann Intern Med* 135(3): 221–227.
- Cosnier, J. (1994) *Psychologie des émotions et des sentiments*, Paris : Retz-Nathan.
- Crezee, I., D. Atkinson, R. Pask, P. Au and S. Wong (2015) "Teaching Interpreters about Self-care", *International Journal of Interpreter Education* 7(1): 74–83.
- Downie, J. (2020) *Interpreters vs Machines. Can Interpreters Survive in an AI-Dominated World?*, London & New York: Routledge.
- Freudenberger, H. (1974) "Staff Burn-out", *Journal of Social Issues* 30: 159–165.
- Gattiglia, N. and M. Morelli (2022) *Comunicazione multilinguistica in ambito sanitario*, Genova: GUP.
- González Rodríguez, M. (2022) "El factor humano en interpretación: vulnerabilidad y fragilidad de los interpretes en acción", *mediAzioni* 33(1): D88–D111.
- Harrington, F. and G. Turner (2000) *Preface: The Campaign for Real Interpreting*, in F. Harrington and G. Turner (eds) *Interpreting Interpreting*, Coleford: Douglas McLean, 6–14.
- Harvey, M. (2015) "Reaping the Benefits of Vicarious Trauma", *International Journal of Interpreter Education* 7(2): 5–20.
- Kerbrat-Orecchioni, K. (2000) "Quelle place pour les émotions dans la linguistique du XX<sup>e</sup> siècle ? Remarques et aperçus", in C. Plantin, M. Doury and V. Traverso (eds) *Les émotions dans les interactions*, Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 36–76.
- Krystallidou, D., C. Van De Walle, M. Deveugele, E. Dougali, F. Mertens, A. Truwant, E. Van Praet and P. Pype (2018) "Training 'Doctor-Minded' Interpreters and 'Interpreter-Minded Doctors: The Benefits of Collaborative Practice in Interpreter Training", *Interpreting* 20(1): 126–144.
- Krystallidou, D., C. Bylund and P. Pype (2020) "The Professional Interpreter's Effect on Empathic Communication in Medical Consultations: A Qualitative Analysis of Interaction", *Patient Education and Counseling* 103(3): 521–529.
- Lagadec, P. (2002) *Crisis Management. Come Affrontare e gestire emergenze e imprevisti*, Milano: Franco Angeli.
- Lai, M., G. Heydon and S. Mulayim (2015) "Vicarious Trauma among Interpreters", *International Journal of Interpreter Education* 7(1): 3–22.
- Llewellyn-Jones, P. and R. Lee (2014) *Redefining the Role of the Community Interpreter: The Concept of Role-space*, Carlton-le-Moorland: SLI Press.

- Loutan, L., T. Farinelli and S. Pampallona (1999) “Medical Interpreters Have Feelings Too”, *Sozial und Präventivmedizin* 44: 280–282.
- Mason, I. (ed) (1999) *Dialogue Interpreting*, special issue of *The Translator* 5(2).
- Maslach, C and S. Jackson (1979) “Burned-out Cops and Their Families”, *Psychol Today* 12(12): 59–62.
- Merlini, R. and M. Gatti (2015) “Empathy in Healthcare Interpreting: Going Beyond the Notion of Role”, *The Interpreters’ Newsletter* 20: 139–160.
- Mitchell, J. T. (1983) “When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process”, *Journal of Emergency Medical Services* 13(11): 49-52.
- Niemants, N. (2019) “La voix des patient.e.s en santé reproductive: pour une interprétation des (non)-dits”, in N. Celotti et C. Falbo (eds) *La parole des sans voix. Questionnements linguistiques et enjeux sociétaux*, mediAzioni 26.
- (2021) “Teoria e prassi dell’interpretazione dialogica”, in M. Russo (a cura di) *Interpretare da e verso l’italiano*, Bologna: BUP, 41–60.
- (2023a) “L’accueil des patient.e.s francophones dans les institutions de soins en Italie: pour une interprétation des silences”, in G. Agresti et J. Zouogbo (eds) *Vox populi, vox regni : passions, solidarités et développement social en terrain multilingue*, Actes du 1<sup>er</sup> congrès du réseau international Poclande, Vol. 3, Collection Plurilinguisme dirigée par l’Observatoire Européen du Plurilinguisme, 205–233.
- (2023b) “L’interprétation de dialogue en milieu médical : une entrée ‘sur la pointe des pieds’”, in V. Piccoli et V. Traverso (eds) *L’interprétariat en santé. Pratiques et enjeux d’une communication triadique*, Presses de Rhizome, 296–300.
- Niemants, N. e E. Bernardi (2021) “Interpretare per i servizi socio-sanitari”, in M. Russo (a cura di) *Interpretare da e verso l’italiano*, Bologna: BUP, 395–414.
- Niemants, N. and E. Stokoe Elizabeth (2017) “Using CARM in Healthcare Interpreter Education”, in L. Cirillo and N. Niemants (eds) *Teaching Dialogue Interpreting*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 293–321.
- Niemants, N., J. Belisle Hansen and E. Stokoe (2023) “The Conversation Analytic Role-Play Method: How Authentic Data Meet Simulations for Interpreter Training”, in L. Gavioli and C. Wadensjö (eds) *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*, London & New York: Routledge, 342–361.
- Preziosi, I. and C. Garwood (2017) “Training Legal Interpreters in an Imperfect World”, in L. Cirillo and N. Niemants (eds) *Teaching Dialogue Interpreting*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 217–237.
- Rajpoot, A., S. Rehman and P. Ali (2020) “Emotional and Psychological Impact of Interpreting for Clients with Traumatic Histories on Interpreters: A Review of Qualitative Articles”, *WikiJournal of Medicine* 7(1): 1–15.
- Rogers, C. (1980) *A Way of Being*, Boston & New York: Houghton Mifflin Company.
- Schwenke, T., J. Ashby and P. Gnilka (2014) “Sign Language Interpreters and Burnout: The Effects of Perfectionism, Perceived Stress, and Coping Resources”, *Interpreting* 16(2): 209–232.
- Seleskovitch, D. and M. Lederer (2001) *Interpréter pour traduire*, Paris: Didier.

- Sopeña Balordi, A. y M. Olivares Pardo (2013) *Lenguaje emocional y aspectos contrastivos*, Granada: Comares.
- Stokoe, E. (2011) "Simulated Interaction and Communication Skills Training: The 'Conversation Analytic Role-play Method'", in C. Antaki (ed) *Applied Conversation Analysis*, New York: Palgrave Macmillan, 119–139.
- Su, W. (2023) "Investigating Student Interpreters' Emotional Component of Aptitude: A Mixed Method Approach", *The Interpreter and Translator's Trainer* 17(1): 119–132.
- Theys L, C. Wermuth, E. Hsieh, D. Krystallidou, P. Pype and H. Salaets (2022) "Doctors, Patients, and Interpreters' Views on the Co-Construction of Empathic Communication in Interpreter-Mediated Consultations: A Qualitative Content Analysis of Video Stimulated Recall Interviews", *Qualitative Health Research* 32(12): 1843–1857.
- Turner, G. and B. Best (2017) "On Motivational Ethical Norms: from Defensive Interpreting to Effective Professional Practices", in M. Biagini, M. Boyd and C. Monacelli (eds) *The Changing Role of the Interpreter. Contextualising Norms, Ethics and Quality Standards*, London & New York: Routledge, 102–121.
- Valero-Garcés, C. (2005) "Emotional and Psychological Effects on Interpreters in Public Services. A Critical Factor to Bear in Mind", *Translation Journal* 9(3). Available at <http://www.translationjournal.net/journal/33ips.htm> (visited 25/09/2023).
- Wadensjö, C. (1998) *Interpreting as Interaction*, London & New York: Longman.
- Watt Smith, T. (2015) *The Book of Human Emotions*, London: Profile Books.
- Weigand, E. (2004) "Emotions. The simple and the complex", in E. Weigand (ed) *Emotions in Dialogic Interaction: Advances in the Complex*, Amsterdam: John Benjamins, 3–21.
- Wenger, E. (1998) *Communities of practice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Zanoni, G. e S. Zuccheri (2022) "Emozioni: sentirle, parlarne, tradurle. Introduzione", *mediAzioni* 33(1): D1-D3.