

“C’EST UNE QUESTION TERRIBLE QUE JE VOUS POSE”: DOMANDE (IN)DELICATE E MANIFESTAZIONI AFFETTIVE IN UN CORPUS DI INTERAZIONI FRA MEDICI, INTERPRETI E RICHIEDENTI ASILO IN FRANCIA

VANESSA PICCOLI

UNIVERSITÉ PARIS NANTERRE, LABORATOIRE MoDYCo UMR 7114

vpiccoli@parisnanterre.fr

Citation: Piccoli, Vanessa (2024) “C’est une question terrible que je vous pose’ : manifestations affective in un corpus di interazioni fra medici, interpreti e richiedenti asilo in Francia”, in Greta Zanoni e Serena Zuccheri (a cura di) *Emozioni: parlarne, sentirle, tradurle II*, *mediAzioni* 41: D240–D261, <https://doi.org/10.6092/issn.1974-4382/20683>, ISSN 1974-4382.

Abstract: This contribution adopts the methodology of multimodal conversation analysis to study sequences of authentic interactions between doctors, asylum seekers and interpreters in France. The corpus, collected within the framework of the REMILAS project (Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé), was recorded at an association of retired doctors who provide medical certificates to asylum seekers. The study focuses on sequences in which the doctor asks the asylum seeker a particularly sensitive question about a painful event of his past, likely to cause strong emotional reactions in the asylum seeker. The analysis highlights the interactional precautions taken by both doctors and interpreters to handle these particularly sensitive moments.

Keywords: medical consultations; asylum seekers; affectivity; sensitive questions; conversation analysis; multimodality.

1. Introduzione

Nel 2022 in Francia sono state effettuate circa 131.300 richieste d'asilo da persone provenienti da tutto il mondo (OFPRA 2022). Una volta arrivati sul territorio francese, i richiedenti asilo seguono un lungo e difficoltoso percorso amministrativo, durante il quale viene spesso chiesto loro di parlare del loro passato e della loro situazione attuale, fornendo spiegazioni dettagliate. Tali domande sono finalizzate a ricostruire le vicende che li hanno portati a lasciare il loro paese, per verificare se nel loro caso si possa costatare un "ragionevole timore di persecuzione", nei termini della convenzione di Ginevra, condizione necessaria all'attribuzione dello statuto di rifugiato. In preparazione del colloquio presso l'OFPRA (*Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides*), organismo preposto a valutare le richieste di asilo, i richiedenti asilo devono redigere la loro "storia di vita" (*récit de vie*). La difficoltà dell'esercizio, che richiede delle notevoli capacità linguistiche e narrative, fa sì che nella grande maggioranza dei casi i richiedenti asilo ricorrano all'aiuto di strutture sociosanitarie (enti pubblici e associazioni di volontari) per scrivere la loro storia e fare sì che corrisponda il più possibile alle aspettative istituzionali. Nel caso in cui la richiesta d'asilo sia negata dall'OFPRA, i richiedenti hanno la possibilità di fare ricorso, inviando una nuova richiesta alla CNDA (*Cour National du Droit d'Asile*). Perché il ricorso venga preso in considerazione, deve contenere fatti o prove nuovi, successivi alla decisione dell'OFPRA o di cui si è venuti a conoscenza successivamente, che possano mettere in discussione tale decisione. In entrambi i colloqui, i richiedenti asilo che non parlano sufficientemente bene il francese hanno la possibilità di ricorrere ai servizi di un interprete. Tuttavia, il ricorso a questo tipo di mediazione può essere problematico, qualora l'interprete non parli la stessa varietà di lingua del richiedente asilo, o non rispetti la confidenzialità delle informazioni (Piccoli e Jouin 2022).

Numerosi studi hanno denunciato la violenza simbolica di questo sistema, nel quale i richiedenti asilo, espropriati della propria voce, sono costretti a conformarsi a un dispositivo che mette in dubbio la veridicità della loro storia e da vittime cerca di trasformarli in colpevoli (d'Halluin 2007; Fassin e Kobelinsky 2012; Akoka e Spire 2013, Chambon 2018; Delory-Momberger 2019; Chambon *et al.* 2022). In questo sistema, il *récit de vie* si trova al centro della procedura e ne determina in buona parte le possibilità di successo. Il racconto del proprio passato doloroso costituisce insomma un'ingiunzione istituzionale, le cui ripercussioni sulla salute mentale – già spesso precaria – dei richiedenti asilo possono essere gravi.

All'interno di questo sistema, anche i professionisti del settore sociosanitario e i volontari che affiancano e sostengono i richiedenti asilo durante la procedura si vedono costretti a conformarsi alle aspettative istituzionali. Per aiutare i richiedenti asilo a presentare la richiesta, devono allora spingerli a loro volta a raccontare la loro storia in tutti i suoi dettagli.

Questo studio, condotto nell'ambito del progetto REMILAS (*Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé*),¹ presenta un'analisi conversazionale

1 Progetto realizzato fra il 2016 e il 2020 dal laboratorio ICAR UMR 5191 di Lione in collaborazione con l'Orspere Samdarra (*Observatoire Santé mentale, Vulnérabilités et Sociétés*), grazie

multimodale di alcune sequenze in cui dei medici, tramite la mediazione di interpreti professionisti, chiedono a delle richiedenti asilo dei dettagli sulla loro storia personale. Tali domande riguardano aspetti particolarmente delicati, in quanto legati a dei temi dolorosi e socialmente stigmatizzati (la prostituzione, le violenze sessuali). Lo studio si basa su un corpus di interazioni svoltesi presso un'associazione di medici in pensione che offrono delle consultazioni gratuite ai richiedenti asilo la cui richiesta è stata rifiutata dall'OFPPRA. Lo scopo di queste visite è la redazione di un certificato medico che la richiedente asilo potrà inserire nel suo ricorso alla CNDA (cfr. Biot *et al.* 2022; Chambon *et al.* 2021; Ricet e Noûs 2022; Ticca 2022). In questi dati, la situazione è resa ancor più delicata dalla relazione di genere esistente fra i partecipanti, poiché i medici – e talvolta gli interpreti – sono uomini. L'analisi descrive le precauzioni interazionali prese dai medici e/o dagli interpreti per gestire questi momenti delicati e per giustificare la loro intrusione nella sfera intima della paziente, e sulle reazioni affettive delle richiedenti asilo.

2. Quadro teorico

Negli ultimi trent'anni un importante filone di studi, a cavallo fra sociologia, psicologia sociale e linguistica, ha esplorato il funzionamento delle interazioni fra medici e pazienti (Cosnier, Grosjean e Lacoste 1993; Ten Have 2006; Heritage e Maynard 2006). In particolare, nel campo dell'analisi della conversazione (Sacks, Schegloff e Jefferson 1974; Sacks 1992), lo studio di corpora audiovisivi di interazioni naturali ha permesso di fornire delle descrizioni dettagliate delle consultazioni sia nell'ambito della salute somatica (Heritage e Maynard 2006) che in quello della salute mentale (Peräkylä *et al.* 2008). Molti di questi studi hanno adottato un approccio multimodale (Mondada 2014) all'analisi delle interazioni medico-paziente, prendendo in considerazione non unicamente gli scambi verbali, ma anche le varie risorse semiotiche che contribuiscono alla creazione di senso in interazione (gesti, sguardi, movimenti, posture, ecc.).

Nell'approccio dell'analisi della conversazione, la comunicazione tra il medico e il paziente, come ogni altra interazione sociale, è considerata in quanto "co-construction or collaborative enterprise" (Maynard e Heritage 2005:428). Il carattere collaborativo delle consultazioni è stato sottolineato ad esempio mostrando come i partecipanti aprono congiuntamente l'interazione (Robinson 1998) o realizzano la transizione da un'attività all'altra (Robinson e Stivers 2001). Allo stesso tempo, questi studi permettono di mettere in evidenza l'asimmetria epistemica che caratterizza la relazione medico-paziente – il medico ha una conoscenza specialistica dei problemi di salute, mentre il paziente ne ha una conoscenza personale. Le conseguenze di questa asimmetria sulla comunicazione, in particolare in termini di partecipazione e di presa di parola, sono state ampiamente dibattute (cfr. Pilnick e Dingwall 2011).

al finanziamento dall'ANR (*Agence Nationale de la Recherche*). La finalità principale di REMILAS era lo studio della comunicazione fra pazienti migranti e operatori sanitari (medici, psichiatri, psicologi, infermieri, ecc.), con o senza la mediazione di interpreti.

Più recentemente, un filone di studi specificamente dedicato alle interazioni mediche plurilingui ha visto la luce. Le ricerche hanno preso in esame delle consultazioni con pazienti allofoni, nella maggior parte dei casi migranti o richiedenti asilo. In particolare, questi studi si sono interessati al ruolo degli interpreti, professionisti o non (Baraldi e Gavioli 2007, 2012; Ticca e Traverso 2015; Piccoli *et al.* 2023). Queste ricerche si ispirano in buona parte agli *interpreting studies* (Wadensjö 1998; Bot 2005), considerando che l'interprete, lungi dall'essere una semplice macchina da traduzione, svolge un ruolo importante come coordinatore e mediatore.

Sempre nell'ambito degli studi sulle interazioni sanitarie, un'altra tematica che suscita un interesse crescente è quella della dimensione affettiva – dimensione chiave per la costruzione della relazione medico-paziente e, di conseguenza, nel processo di cura, soprattutto nell'ambito della salute mentale (Peräkylä 2008). Tali ricerche adottano un approccio interazionista allo studio dell'affettività (Plantin, Doury e Traverso 2000; Plantin 2015; Peräkylä e Sorjonen 2012), secondo il quale le emozioni non sono considerate come fenomeni individuali, interni ai soggetti, ma come manifestazioni visibili, co-costruite dai partecipanti all'interazione. Oltre a essere espresse da formulazioni verbali esplicite, le emozioni possono essere manifestate attraverso una vasta gamma di risorse: dai formati prosodici, ai fenomeni vocali (sospiri, pianti, etc.), alla mimica e alla postura corporale. In particolare, diversi studi si sono interessati alle manifestazioni dell'empatia nelle consultazioni mediche (Ruusuvaari 2007) e nelle sedute di psicoterapia (Wynn e Wynn 2006).

Meno numerosi sono gli studi che hanno esaminato più specificamente la dimensione affettiva nelle interazioni sanitarie mediate da un interprete. In particolare, Cirillo (2012) ha dimostrato che in occasione di consultazioni tra ostetriche, interpreti e pazienti migranti in Italia, i momenti di comunicazione affettiva avvengono principalmente in sequenze diadiche (tra medico e paziente, interprete e paziente o medico e interprete), mentre nella comunicazione triadica l'allineamento affettivo sembra difficile da raggiungere. Secondo le analisi condotte da Farini (2015, 2016) sullo stesso corpus di consultazioni, quando un paziente manifesta delle emozioni, l'interprete può marginalizzare l'affettività del paziente oppure promuoverla attraverso una formulazione affettiva, cioè una riformulazione del discorso del paziente che sviluppa e mette in evidenza un'espressione emotiva implicita.

Nell'ambito del progetto REMILAS, vari studi sono stati dedicati alle manifestazioni affettive nelle consultazioni mediate da interpreti. Analizzando una seduta di psicoterapia con un paziente migrante ed un'interprete professionista, Ticca e Traverso (2017) hanno mostrato che una forte convergenza tra l'interprete e la psicologa, resa visibile dal ricorso a simili risorse vocali e corporali (postura, intonazioni, mimica e movimenti), permette una comunicazione affettiva più fluida e l'adozione di una postura empatica comune. Prendendo in esame delle sequenze in cui il paziente parla del proprio malessere psicologico in risposta alla domanda “comment ça va?” formulata dal medico, Piccoli (2019) ha evidenziato alcune delle strategie che gli interpreti (professionisti e no) utilizzano per ritrasmettere le manifestazioni affettive del paziente. Per finire, Piccoli e Traverso (2020) hanno descritto una pratica

specifica alla quale interpreti e psicoterapisti possono ricorrere per definire con più precisione lo stato psicoaffettivo del paziente: la produzione di sequenze metalessicali, in cui i partecipanti discutono collettivamente di certi termini o espressioni di difficile traduzione.

La presente ricerca si propone di continuare lo studio dell'affettività nelle interazioni sanitarie mediate da interpreti, focalizzandosi sul caso in cui le manifestazioni emotive sono legate alla discussione di temi difficili da affrontare (la prostituzione, le violenze sessuali subite). Diversi studi hanno dimostrato che, quando devono affrontare argomenti particolarmente delicati (come l'annuncio di una malattia grave), gli operatori sanitari utilizzano delle strategie interazionali specifiche. Ad esempio, analizzando le interazioni tra un consulente e dei pazienti sieropositivi, Silverman e Peräkylä (1990) hanno dimostrato che l'introduzione di "dreaded issues" (temi temuti) è generalmente anticipata da alterazioni del flusso della conversazione (pause lunghe, movimenti corporali). Allo stesso modo, analizzando delle visite oncologiche, Lutfey e Maynard (2013) hanno evidenziato che il medico usa delle precauzioni particolari prima di annunciare una cattiva notizia. Una strategia ricorrente è quella di sollecitare il punto di vista del paziente sulla propria situazione, per preparare il terreno (vedasi anche Alby *et al.* 2017 sull'annuncio di notizie incerte in oncologia). Infine, Gavioli (2015) si è interessata ai casi in cui vengono trattate questioni delicate nelle consultazioni mediate da un interprete e ha dimostrato che, in certi casi, il medico può affidare all'interprete la responsabilità di affrontare tali questioni. L'analisi di Gavioli si concentra in particolare sulle formule "le spieghi/le spieghiamo", attraverso le quali il medico sollecita l'aiuto dell'interprete e l'invita a prendere l'iniziativa.

Nelle situazioni analizzate e tratte dal corpus dal progetto REMILAS, si possono osservare dei fenomeni simili. Per fornire un esempio delle strategie ricorrenti per introdurre e per rispondere a una questione delicata, presentiamo un primo estratto di un'interazione fra un'assistente sociale (AS) e un richiedente asilo francofono (PA).

Ex.1 (REMILAS_CH_PASS_161213_AS1_8_HDZ)

01	AS	et comment (0.2) 'fin jè suis peut-être indiscrete mais e come insomma sono forse indiscreta ma
02		du coup comment vous trouvez l'argent/ quindi come trova i soldi/
03		(1.9) ((PA aggrotta le sopracciglia e alza le spalle))
04	AS	vous vous faites aider par les compatriotes/ par des: de si fa aiutare a dei compatrioti/ da dei: dei:
05		la famille/ familiari/
06		(0.6) ((PA scuote la testa))
07	PA	[c'est è
08	AS	[vous avez de l'argent de coté °peut-être° ha dei risparmi °magari°
09	PA	non\ no\

In seguito a uno scambio sull'impossibilità per il richiedente asilo di lavorare in Francia senza i documenti necessari, l'assistente sociale chiede all'uomo come fa a trovare il denaro necessario per vivere. Questa domanda è delicata poiché potrebbe portare l'uomo a mettere a nudo una condizione di indigenza oppure a svelare delle attività illecite. Il carattere "tabù" della domanda è rivelato dalle precauzioni prese dall'assistente sociale, che fa un preambolo ("sono forse indiscreta ma", riga 01) e poi, a seguito del silenzio dell'uomo (03), fornisce due possibili risposte (04-05, 08), rifiutate entrambe (06, 09). Dal canto suo, il richiedente asilo risponde dapprima in modo incarnato, mostrando attraverso la mimica e i movimenti del corpo (03) la difficoltà e la reticenza a rispondere alla domanda, per poi verbalizzare la sua risposta (09) senza dare particolari spiegazioni.

Questo breve estratto mostra che, nonostante il contesto interazionale giustifichi la domanda (in)delicata dell'assistente sociale – il suo lavoro consiste infatti ad aiutare il richiedente asilo, anche nella ricerca di fonti di sostentamento – la formulazione della domanda è realizzata in un modo particolare. L'assistente sociale utilizza delle precauzioni per proteggere la faccia del suo interlocutore (Goffman 1967; Brown e Levinson 1987) e si adatta alle sue reazioni nel corso dell'interazione. Questo lavoro di adattamento *in fieri*, reso possibile dall'attenzione che l'assistente sociale porta alle reazioni multimodali del richiedente asilo, le permette di alleggerire il carico emozionale e di mostrare un'attitudine empatica. Chiaramente, tale dinamica è resa possibile dal fatto che i due partecipanti parlano la stessa lingua, sono seduti l'uno di fronte all'altra, si guardano negli occhi. Ma cosa succederebbe se per parlare essi dovessero ricorrere alla mediazione di un interprete? Il presente contributo mira a rispondere a questa domanda concentrandosi su delle sequenze di interazioni triadiche in un contesto medico particolare, nel quale la storia personale dei richiedenti asilo occupa un ruolo centrale.

3. I dati

Questo studio si basa su un corpus di dati raccolti nel 2016/2017 nell'ambito del progetto REMILAS (*Réfugiés, migrants et leurs langues face aux services de santé*). Oltre alla principale finalità riguardante lo studio della comunicazione in ambito sanitario, REMILAS aveva un obiettivo applicativo, quello di offrire corsi e strumenti di formazione agli operatori sociosanitari e agli interpreti (cfr. Ticca 2018; Piccoli 2021; Piccoli *et al.* 2023).

Il corpus REMILAS è composto da 91 interazioni filmate in varie strutture mediche, con diversi operatori sanitari (medici di base, infermieri, psicologi, psichiatri, ecc.) nella regione Alvernia-Rodano-Alpi. Circa la metà delle interazioni video-registrate (46 su 91) si svolgono in presenza di un interprete professionista (in 25 casi) o di un interprete non professionista (in 21 casi). Le lingue rappresentate nel corpus sono in totale 17, con una predominanza di interazioni in albanese (23 su 46 interazioni con un interprete) – dal momento che la comunità albanofona è fra le più numerose nella regione. Per comprendere pienamente gli scambi fra gli interpreti e i pazienti, sono stati successivamente

incaricati dei traduttori per decifrare i turni di parole nelle lingue sconosciute all'équipe di ricerca. Tutte le interazioni sono state trascritte utilizzando la trascrizione ICOR (si vedano le convenzioni in appendice) e anonimizzate.

Per questo studio, solo uno dei contesti osservati nell'ambito di REMILAS è stato preso in esame. Si tratta di un'organizzazione no-profit di medici in pensione che fornisce gratuitamente certificazioni mediche ai richiedenti asilo per aiutarli nel loro ricorso. Tali certificati, che i richiedenti asilo possono inserire nel fascicolo destinato alla CNDA, attestano la corrispondenza fra la storia raccontata dal richiedente asilo e il suo stato psico-fisico attuale (Ticca 2022). Il corpus è composto da 21 interazioni, 17 delle quali sono mediate da un interprete. In queste consultazioni, medico e richiedente asilo si incontrano generalmente per la prima (e probabilmente l'ultima) volta, mentre in alcuni casi l'interprete e il paziente si conoscono già. Le interazioni sono piuttosto lunghe (in genere fra un'ora e mezzo e due ore) e sono organizzate in varie fasi, secondo un protocollo che i medici dell'associazione hanno concordato fra di loro e che cercano generalmente di seguire. Le differenti fasi della visita sono: 1) il contatto iniziale, 2) la lettura dei documenti portati dal paziente (fra i quali figura il *récit de vie* inviato all'OFPPRA), 3) il colloquio, 4) l'esame clinico, 5) la discussione finale (Chambon *et al.* 2021, Biot *et al.* 2022). Nei fatti, le fasi 2 e 3 possono sovrapporsi, e la lettura dei documenti può essere inframezzata da sequenze di discussione, iniziate da una domanda del medico, che mirano a chiarire alcuni punti della storia del richiedente asilo. È appunto in questo contesto che si situano le sequenze che analizzeremo nella prossima sezione.

4. L'analisi

Durante il colloquio finalizzato alla redazione del certificato, i medici di questa associazione dedicano molto tempo ed attenzione a ricostruire la storia del richiedente asilo nei minimi dettagli. Il loro obiettivo è quello di dipanare le zone d'ombra e far emergere elementi nuovi, necessari per il ricorso alla CNDA. Come lo spiegano loro stessi:

Il paziente viene interrogato sulla sua storia, ponendo l'accento sulle violenze subite; spesso alcune domande vengono poste per la prima volta: la consultazione è un luogo di ascolto speciale, molto diverso da quelli incontrati in precedenza quando il paziente raccontava la sua storia, che a volte permette di ottenere una prospettiva diversa, o di far riemergere alcuni eventi all'interno di una storia già raccontata molte volte. (Biot *et al.* 2022: 206, nostra traduzione)

A questo scopo, i medici pongono ai richiedenti asilo delle domande su temi delicati e dolorosi, che possono creare una situazione di disagio per tutti i partecipanti coinvolti. Peraltro, tale disagio può essere incrementato dalle relazioni di genere esistente fra i partecipanti – nello specifico, quando le richiedenti asilo sono costrette a parlare di temi relativi alla sfera sessuale con un medico e, in certi casi, un interprete di sesso maschile (Piccoli 2023). Sebbene

in alcuni casi le richiedenti asilo possano mostrare una certa resistenza a trattare tali argomenti, nel nostro corpus non rifiutano mai di rispondere alle domande.

In questa sezione, proponiamo l'analisi di quattro estratti d'interazioni in cui un medico (uomo) pone delle domande particolarmente delicate a una richiedente asilo (donna) tramite un interprete professionale (uomo o donna).

Nell'estratto 2, un medico (DOC) parla con Belina (BEL), una richiedente asilo albanese, tramite la mediazione di un interprete professionista di sesso maschile (INT). Il medico sta leggendo il *récit de vie* di Belina e, di quando in quando, fa delle domande per chiarire o confermare alcuni punti.

Ex.2 (REMILAS_LY_170620_DO4_1_F_AL_IP)

01 DOC en fait votre mari était: un proxénète/ (1.7) il était violent
in realtà suo marito era:: un prosseneta/ (1.7) era violento

02 mais à côté de ça il était proxénète
ma oltre a questo era prosseneta

03 (0.9)

04 INT fakti qe burri ka qene i dhunushem \$(0.4) ka qene edhe
il fatto che tuo marito fosse violento (0.4) era anche

bel \$annuisce

05 proksenete qe eshte marre me prostitucion
prosseneta che era coinvolto nella prostituzione

06 (1.3)

07 BEL \$edhe njehere kete te fundit/
un'altra volta quest'ultima cosa/

bel \$aggrotta le sopracciglia

08 (0.4)

09 BEL [(inaud.)

10 INT [qe eshte marre me prostitucion
che era coinvolto nella prostituzione

11 BEL ah po\ (0.7) ai gjithmone dhunen dhe prostitucionin
ah si\ (0.7) lui sempre violenza e prostituzione

12 po e po (0.3) qe e kishte bashke (1.2) me koleget e vet
si e si (0.3) che teneva insieme (1.2) con i suoi colleghi

13 (0.2) me shoket
(0.2) i suoi amici

14 INT elle dit que oui toutes les deux en fait étaient liées
dice che si le due cose erano in realtà legate

15 *(0.9) le fait qu'il soit proxénète du coup *qu'il entretienne
(0.9) il fatto che sia prosseneta quindi che mantenga

doc *annuisce *annuisce

16 des prostituées\ et:: qu'il soit toujours (0.6) violent\
delle prostitute\ e:: che era sempre (0.6) violento

In questo estratto, la domanda del medico non è preceduta da alcun preambolo. Il dottore interrompe la lettura per rivolgersi alla paziente, al fine di chiarire un punto significativo della storia. Il segnale discorsivo “en fait”, con cui si apre il suo turno di parola, indica che la domanda è legata a quanto ha appena letto. Prima di proporre un termine che descriva l'attività illegale del marito, il medico esita leggermente (“était::”, 01) poi lo definisce “prosseneta”. La scelta di un termine poco comune, di registro alto, appare significativa in questo contesto e può essere interpretata come una forma di presa di distanza. Dopo una pausa, il medico ripete la domanda integrandola in una costruzione più ampia, in cui stabilisce un'opposizione (tramite l'avverbio “mais”, 03) fra l'attività di prosseneta e la sua indole violenta, precedentemente evocata. Nella sua traduzione (04-05), l'interprete inverte l'ordine di presentazione degli elementi: parte, infatti, dall'enunciare la violenza del marito per introdurre la domanda sul

prossenetismo. Quest'inversione permette all'interprete di preparare Belina, partendo da un elemento già discusso – che lei conferma, annuendo (04). Possiamo peraltro notare che se l'interprete usa l'equivalente albanese del termine prosseneta (“proksenete”), egli lo fa seguire immediatamente da una riformulazione in un registro più basso (05). Malgrado questa precauzione, la richiedente asilo manifesta un'incomprensione della domanda (07), in seguito alla quale l'interprete ripete unicamente la riformulazione (10). A questo punto Belina risponde positivamente e specifica che le due attività – violenza e prossenetismo – erano legate (11-13). L'interprete traduce la risposta di Belina (14-16) ristabilendo l'ordine iniziale utilizzato dal medico (prossenetismo, violenza) e reinserendo il termine “prosseneta” che fa seguire anche in questo caso da una riformulazione. Possiamo peraltro notare che il turno di parola dell'interprete è formulato alla terza persona e che si apre con un “elle dit” che designa chiaramente la paziente come autrice del discorso. L'uso di questa designazione, piuttosto comune nelle pratiche degli interpreti sociosanitari, può svolgere varie funzioni (Traverso 2023). Una di queste consiste a prendere della distanza e proteggere l'interprete in dei momenti in cui il carico emotivo si fa particolarmente forte. Come spiega Pointurier:

Aggiungere un "dice lui" o "dice lei" alla fine di una frase molto dura può aiutare l'interprete a prendere una distanza emotiva e socialmente simbolica in un determinato momento. È una sorta di promemoria che ricontestualizza il fatto che l'interprete non è il parlante principale (2016, p. 99, traduzione nostra).

Nell'estratto 3 lo stesso medico e lo stesso interprete interagiscono con un'altra giovane donna albanese, Valmira (VAL). Come nell'estratto precedente, il medico legge la storia della donna e le domanda ogni tanto delle precisazioni. L'interazione qui non riportata per ragioni di spazio che precede l'inizio dello scambio ha messo in evidenza che il figlio di Valmira è stato concepito tramite uno stupro. Durante la lettura, i partecipanti restano in silenzio e la giovane donna adotta una postura di chiusura, con la testa chinata verso il basso (Figura 1).



Figura 1

Ex.3 (REMILAS_LY_170620_D4_2_F_AL_IP)

01 DOC \$et cet enfant vous l'aimez/ (0.8) c'est une question idiote
 e questo bambino lo ama/ (0.8) è una domanda idiota
 val \$alza la testa, guarda DOC
 02 (0.9)
 03 INT \$mund te jete nje pyetje idiote po kete femije e do e doni/
 potrebbe essere una domanda idiota ma questo bambino lo ami/
 val \$si gira verso INT
 04 (0.9)
 05 VAL sigurisht
 ovviamente
 06 (0.4)
 07 INT oui
 si
 08 \$(0.7)
 val \$si gira verso DOC
 09 DOC oui/ \$(0.9) bon\
 si/ (0.9) okay
 val \$annuisce
 10 *(0.5)\$(1.0)
 doc *fa un gesto orizzontale con le due mani
 val \$sorride
 #Figura 2

**Figura 2**

11 DOC [c'est
 è
 12 VAL [pavaresisht gjerave qe kane ndodhur ne jeten time
 indipendentemente dalle cose che sono successe nella mia vita
 13 ai nuk ka faj per asnje lloj gjeje\ eshte nje njeri i pafajshem
 lui non è colpevole di niente\ è un essere innocente
 14 (1.1)
 15 INT elle dit malgré les choses qui sont arrivées dans ma vie en fait
 dice malgrado le cose che mi sono successe nella vita in realtà
 16 il n'est pas fautif *(1.0) [l'enfant\
 non è colpevole (1.0) [il bambino
 *annuisce con forza -->
 17 DOC [(inaud.)
 18 (2.2)*
 doc ---->*
 19 DOC absolument
 assolutamente

Come nell'estratto precedente, anche qui il medico interrompe il silenzio con una domanda (in)delicata, formulata sintatticamente (apertura con la congiunzione

“et” e il dimostrativo “cet”, 01) come una prosecuzione del discorso lasciato in sospeso precedentemente. Anche in questo caso, la domanda non è introdotta da nessun preambolo, ma questa volta è seguita da un commento metadiscorsivo, in cui il medico definisce la propria domanda “idiota”. L’interprete, traducendo il turno di parola del medico inverte anche qui l’ordine dei costituenti (03): anticipando il commento sull’idiozia della domanda che sta per porre, prepara la richiedente asilo e riduce la carica emozionale della domanda. Valmira risponde con una formulazione molto positiva (“ovviamente”, 05), che viene attenuata nella traduzione dell’interprete (“sì”, 07). Un ulteriore scambio di conferma ha luogo direttamente tra il medico e Valmira: quando questa si volta a guardarlo, il medico pronuncia un “oui” con intonazione ascendente (09) e, la donna annuisce. A quel punto, il medico produce il segnale discorsivo “bon”, indicando così l’accettazione del discorso precedente (Peltier e Ranson 2020), e fa un gesto che sembra indicare la chiusura della sequenza: muove entrambe le braccia orizzontalmente, con i palmi delle mani rivolti verso il basso (Figura 2). Valmira allora sorride e prende la parola spontaneamente per spiegare che non ritiene in alcun modo il bambino responsabile dei propri problemi (12-13). L’interprete traduce in seguito il turno di parola di Valmira (15-16), anche in questo caso introducendolo con un “elle dit”. Possiamo tra l’altro notare che nella sua traduzione omette la qualificazione del bambino come “essere innocente”, espressione affettivamente marcata. Il medico mostra un allineamento forte con il discorso di Valmira, annuendo con convinzione e tramite l’avverbio “assolutamente” (19).

In questo estratto l’introduzione di una domanda delicata sembra così avere un effetto opposto a quello che si potrebbe attendere: invece di aumentare il disagio della richiedente asilo, sembra permetterle di uscire da una postura di passività e di rivendicare uno spazio discorsivo, di espressione della propria voce. Tale espressione – filtrata dalla mediazione dell’interprete, che attenua leggermente la portata emozionale delle parole di Valmira – si manifesta egualmente sul piano non-verbale (Valmira si tiene più dritta, guarda il medico, sorride). Il medico dal canto suo mostra non solo di ascoltare la risposta della donna, ma anche che questa risposta è sufficiente e non verrà rimessa in discussione. La domanda delicata finisce così per provocare un momento di convergenza affettiva fra la richiedente asilo ed il medico. Tale dinamica positiva sembra essere facilitata dal ricorso al commento discorsivo prodotto dal medico e ripreso, anticipandolo, dall’interprete: poiché la domanda è “idiota”, la risposta proiettata appare ovvia (Stokoe e Edwards 2008): l’amore di Valmira per suo figlio non è seriamente messo in discussione, anzi, la domanda diventa l’occasione per la donna di dichiararlo.

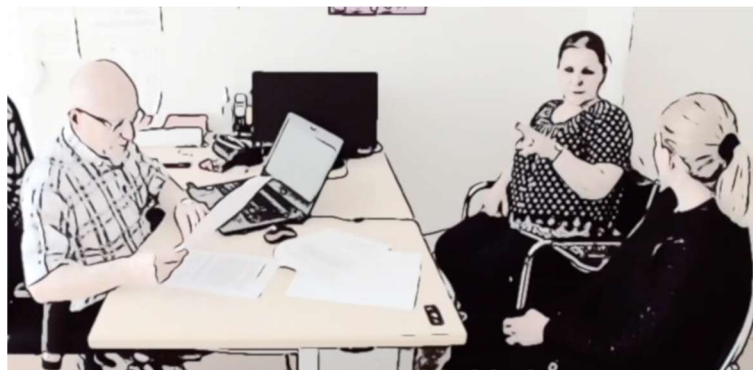
Nell’estratto 4, un altro medico della stessa associazione interagisce con Nerita (NER), una richiedente asilo albanese, tramite la mediazione di un’interprete professionista. Anche in questo caso, il medico ha davanti a sé i documenti del fascicolo di Nerita, e fa riferimento al suo *récit de vie* per introdurre delle domande di chiarimento sulle violenze coniugali subite dalla donna.

Ex.4 (REMILAS_LY_170523_D2_4_F_AL_IN)

01 DOC *#vous avez dit quelque part: que (0.2) les (1.3) euh::
ha detto da qualche parte: che (0.2) i (1.3) eh::
 doc *guarda i documenti -->
 #Figura 3

**Figura 3**

02 (1.3) les deux autres enfants sont pas nés dans l'amour
(1.3) i due altri bambini non sono nati dall'amore
 03 mais dans la violence (1.3) et je crois que vous avez dit
ma dalla violenza (1.3) e credo che abbia volute dire
 04 par là que régulièrement *il vous violait
*con questo che regolarmente *la stuprava*
 doc -->*guarda NER
 05 (1.4)
 06 INT %#euh::: ketu ke thane thote:% qe dy femijet e vegjel nuk kane
eh::: qui hai detto dice lui: che i due bambini non sono
 int %indica i documenti ----->%
 #Figura 4

**Figura 4**

07 lind me:: \$me deshire\ (1.1) [po prej dhunes
nati da:: dal desiderio\ (1.1) [ma dalla violenza
 net \$annuisce
 08 NER [prej dhunes po
[dalla violenza si
 09 INT mh (0.5) edhe: %ketu [thote] ke %shkruaj se&
mh (0.5) anche: %qui dice lui hai scritto che&
 int %indica i documenti%
 10 DOC [oui]
 11 IPA &burri juj hm ju ka perdhunu: (0.8) heres pas here (0.4)
&tuio marito hm ti ha violentato: (0.8) di quando in quando (0.4)
 12 domethene pa deshiren: tuj\ (1.0) pra pa deshiren tuaj
 13 *voglio dire senza desiderio: tuo\ (1.0) quindi senza desiderio tuo*
 14 (0.4)
 15 NER [çashtu eshte
è giusto
 16 DOC [oui

si
 17 INT oui (0.2) c'est vrai\
*si (0.2) è vero\
 (2.1)*
 18
 19 DOC .hh (0.8) devant les enfants/ (0.8) ça c'est une question
.hh (0.8) davanti ai bambini/ (0.8) questa è una domanda
 20 terrible que je vous pose
terribile che le faccio
 21 (0.2)
 22 INT eshte nje pyetje shume e veshtire qe ta bej para femijeve/
questa è una domanda molto difficile da fare davanti ai bambini/
 23 thote perdhunim para femijeve
dice ti ha violentata davanti ai bambini
 24 NER jo
no
 25 INT [non
no
 26 DOC [non
no
 27 (2.3)
 28 DOC .h j'suis désolé de vous poser des questions: euh si::: violentes
.h mi dispiace di farle delle domande: eh così::: violente
 29 INT [(inaud.)
 30 NER [\$#thuaaji qe as po ka qejf tani me i kujtu hiç
digli che davvero non voglio ricordare questo adesso
 ner \$gesto della mano
 #Figura 5



Figura 5

31 INT me vjen keq thote: (0.7) qe po ti boj keto pyetje qe
mi dispiace dice: (0.7) che sto facendo queste domande che
 32 mund te jene te veshtira (0.9) te randa thote por duhet me dite
possono essere difficili (0.9) strane dice ma dobbiamo sapere
 33 (1.3)
 34 INT non euh la dame elle dit que: il y a des chances que
no eh la signora dice che: è possibile che
 35 %#quand je parle de ça ça me revient des choses:
quando parlo di questo mi ritornino delle cose:
 int %gesto della mano
 #Figura 6
 36 (1.6)
 37 DOC mh mh



Figura 6

Per introdurre la prima domanda, il medico fa riferimento a qualcosa che Nerita avrebbe detto "da qualche parte" (01). La sua postura – chinato in avanti, lo sguardo in direzione dei documenti sulla tavola (Figura 3) – mostra chiaramente che la fonte di questa citazione si trova all'interno del *récit de vie* di Nerita. Il medico legge nello specifico una formulazione eufemistica ("non sono nati nell'amore ma nella violenza", 02-03) presente nella storia per indicare che la donna ha subito delle violenze sessuali da parte del marito, poi la parafrasa (03-05) per verificare di aver capito bene. Il ricorso alla citazione del discorso della richiedente asilo – sebbene con ogni probabilità non sia stata veramente Nerita a redigere la storia in quei termini – serve al medico per introdurre un tema particolarmente delicato, prendendone allo stesso tempo le distanze. Possiamo notare tuttavia che al momento di formulare il nucleo affettivamente più duro della domanda, quando pronuncia le parole "la stuprava", il medico alza lo sguardo verso la richiedente asilo (Figura 4).

Per tradurre la domanda, l'interprete adotta la stessa strategia di citazione. Nel suo caso, si tratta di una citazione doppia: l'interprete riferisce ciò che il medico dice che Nerita ha detto. Per indicare la fonte della citazione, l'interprete indica i documenti (Figura 5). Nel suo turno di parola, l'interprete modifica tuttavia la struttura della domanda: la doppia formulazione del medico (eufemismo + riformulazione) viene tradotta dall'interprete attraverso due domande successive (07-09, poi 11-15). Solo dopo che Nerita ha risposto positivamente a entrambe le domande, l'interprete traduce la sua conferma (18).

Il medico prosegue allora con una seconda domanda, volta a chiarire le circostanze dello stupro (20). Subito dopo averla posta, si scusa con Nerita per la domanda, che lui stesso definisce "terribile" (21). Da parte sua, l'interprete riprende la valutazione negativa della domanda, con un'attenuazione – da

“terribile” diventa "molto difficile". Esattamente come l'interprete dell'estratto 3, anche lei ricorre a una strategia di inversione: anticipando il commento metadiscorsivo, l'interprete prepara Nerita prima di formulare la domanda.

Dopo aver ricevuto una risposta negativa dalla richiedente asilo (24-25), il medico si scusa per queste domande che definisce stavolta "violente" (28). L'interprete sta probabilmente iniziando un turno di traduzione (29), quando Nerita prende la parola e manifesta una chiara resistenza alle domande del medico (“digli che davvero non voglio ricordare questo adesso” 30). Durante questo turno di parola, la richiedente asilo fa un gesto con la mano sinistra che agita in direzione della propria testa (Figura 5).

A questo punto l'interprete si trova a dover decidere quale turno di parola tradurre per primo – le scuse del medico o la resistenza della richiedente asilo. Seguendo l'ordine cronologico, comincia con il tradurre il turno di parola del medico, proponendo una qualificazione ancora leggermente differente delle domande – da “violente” diventano "difficili" e "strane" (32). Di sua iniziativa, aggiunge alle scuse una giustificazione ("ma dobbiamo sapere"). Utilizzando il pronome di prima persona plurale "on", più che al medico l'interprete sembra fare riferimento a un'entità istituzionale, di cui lei stessa potrebbe far parte. In seguito, l'interprete traduce al medico le reticenze della richiedente, ma invece di manifestare un'opposizione ferma, come ha fatto Nerita, ne dà una versione fortemente attenuata (34-35). È interessante notare che durante questo turno di parola l'interprete riproduce il gesto della mano di Nerita (Figura 6), di cui sembra esplicitare il significato, descrivendo un meccanismo psicologico (“è possibile che quando parlo di questo mi ritornino delle cose”) che, sebbene facilmente immaginabile, non è stato menzionato dalla richiedente asilo.

In questo estratto, la domanda delicata crea chiaramente un forte disagio alla richiedente asilo, disagio che si manifesta dapprima nella sua postura e nella brevità delle sue risposte, e che la porta in seguito a manifestare una chiara resistenza alle domande. Tale resistenza è tuttavia marginalizzata dall'interprete che si allinea al medico, legittimando e giustificando la sua attività investigativa (cfr. Leanza 2004).

Nell'estratto 5 ritroviamo lo stesso medico, impegnato in un'interazione con Andrea (AND), una richiedente asilo nigeriana, e un'interprete professionista. Il quadro di partecipazione (Goodwin e Goodwin 2004) in questa interazione è particolare, poiché la lingua usata nello scambio fra paziente ed interprete è l'inglese, lingua che il medico comprende e usa correntemente. Poiché la varietà d'inglese utilizzata da alcuni richiedenti asilo, come appunto quelli provenienti dalla Nigeria, pone qualche problema al medico, questi preferisce ricorrere a un'interprete. Così, nell'interazione, il medico alterna l'uso dell'inglese – con cui si dirige direttamente alla paziente – e del francese.

Ex. 5 (REMILAS_LY_170516_DO2_2_F_NG_IP)

```
01 DOC      hm (0.7) .hh (2.5) i'll have to ask you some very difficul-
02          well questions that may be difficult for you
03 AND      hm
04          (1.0)
05 DOC      *euh: (1.8) quand vous êtes arrivée en libie (1.9) vous
           eh: (1.8) quando è arrivata in libia (1.9)
           doc      *guarda il documento -->
```

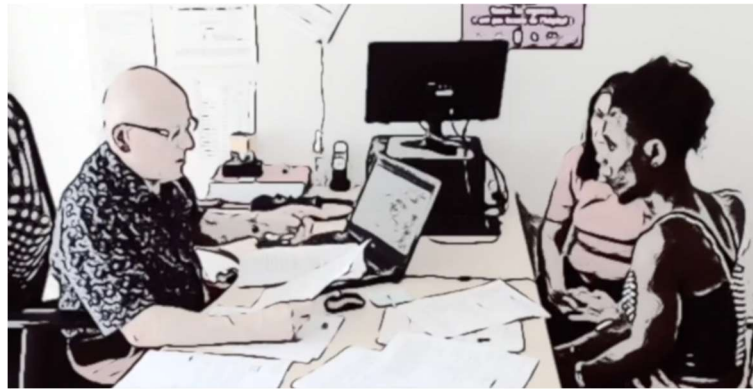


Figura 7

06 avez rencontré un homme (0.8) qui vous a demandé ce que vous
 07 *ha incontrato un uomo (0.8) che le ha domandato cosa*
 08 faisiez là (2.3)* il vous a aidé (2.5) gentilleme/ (0.5)
 09 *faceva là (2.3) la ha aiutata (2.5) gentilmente/ (0.5)*
 doc ----->* guarda AND
 10 ou il vous a demandé quelque chose en échange
 11 *o le ha domandato qualcosa in cambio*
 12 (0.5)
 13 INT right (0.2) euh in your story you said somewhere that
 14 *bene (0.2) eh nella tua storia hai detto da qualche parte che*
 15 your when you arrived in libia (0.7) somebody asked you
 16 *il tuo quando sei arrivata in libia (0.7) qualcuno ti ha chiesto*
 17 you met a man who asked you what you are doing over there
 18 *hai conosciuto un uomo che ti ha chiesto cosa fai qui*
 19 (0.6) okay/ and he offered to help you (0.8) now the doctor
 20 *(0.6) okay/ e si è offerto di aiutarti (0.8) ora il dottore*
 21 would like to know/ (0.6) when he said (1.0) you know
 22 *vorrebbe sapere/ (0.6) quando ha detto (1.0) sai*
 23 when he offered to help you (1.0) did he help you without
 24 *quando si è offerto di aiutarti (1.0) ti ha aiutata senza*
 25 asking for anything in return/ (0.5) or did he ask you to do
 26 *chiedere nulla in cambio/ (0.5) o ti ha chiesto di fare*
 27 something in return for the help that he gave you
 28 *qualcosa in cambio per l'aiuto che ti ha dato*
 29 (0.8)

19 AND yes when he: (0.7) help me (0.6) she didn't do anything (0.2)
 20 *si quando lui: (0.7) mi aiuta (0.7) lei non ha fatto nulla (0.2)*
 21 she didn't ask me for anything because (0.8) I: (0.7) when I went
 22 *non mi ha chiesto niente perché (0.8) io: (0.7) quando sono andata*
 23 to: (0.2) this euh: (0.4) the this euh ofpra (0.4) I was
 24 *da: (0.2) questo eh: (0.4) il questo eh ofpra (0.4) avevo*
 25 afraid to: (0.4) tell them the truth (0.6) so (0.8) exactly
 26 *paura di: (0.4) dirgli la verità (0.6) quindi (0.8) in verità*
 27 what happened is that (0.3) is somebody brought me (0.7) from
 28 *quello che è successo è che (0.3) qualcuno mi ha portata (0.7) da*
 29 (0.6) nigeria (0.8) to france (0.4) and ask me to pay you money
 30 *(0.6) la nigeria (0.8) in francia (0.4) e mi ha chiesto ti pagarti*
 31 (1.2)

32 INT right okay (1.5) euh: w- w- (0.8) the question was actually
 33 *giusto okay (1.5) eh: (0.8) la domanda in relatà era*
 34 about libia right/
 35 *sulla libia giusto/*

All'inizio dell'estratto il medico annuncia alla richiedente asilo che dovrà porle delle domande molto difficili (01-02). Per questo annuncio si rivolge a lei direttamente, in inglese. In seguito, passa al francese per formulare la prima domanda. Anche in questo caso, come nell'estratto 4, la formulazione della domanda è realizzata a partire dalla lettura di un elemento specifico della storia

(l'incontro in Libia fra Andrea e un uomo che l'ha aiutata a venire in Francia, 05-07). La fonte dell'informazione è resa visibile dalla postura del medico, che guarda il documento, tenendolo sollevato di fronte a sé (Figura 7). Il cambiamento di lingua può essere peraltro legato al fatto che il documento è redatto in francese. Ancora una volta, l'attività di lettura è usata dal medico per introdurre la domanda delicata, mantenendosi in una posizione di distanza emotiva. Come osservato precedentemente, il medico solleva però lo sguardo sulla richiedente asilo al momento della formulazione della domanda, che mira a indagare la natura della relazione di Andrea con l'uomo (07-08).

Se però nell'estratto 4 la domanda delicata era formulata in termini chiari (e dunque "violenti"), in questo caso il medico utilizza una formulazione eufemistica ("le ha domandato qualcosa in cambio") per sapere se Andrea ha dovuto prostituirsi per ottenere l'aiuto dell'uomo. L'eufemismo è inserito all'interno di una formulazione bipartita, in cui due alternative sono proposte per caratterizzare il comportamento dell'uomo (aiuto "gentile", disinteressato oppure aiuto interessato).

Nella sua traduzione, l'interprete riprende la stessa struttura: comincia con il fare riferimento al *récit de vie*, esplicitando "in your story", e specifica egualmente che la domanda viene dal dottore ("il dottore vorrebbe sapere", 13-14). Poi traduce la domanda bipartita, riprendendo la stessa formulazione eufemistica (14-17), apportando tuttavia una modifica: nella sua traduzione, invece di chiederle "qualcosa in cambio", l'uomo le avrebbe chiesto "di fare qualcosa in cambio". L'aggiunta del verbo di azione rende qui leggermente più esplicita l'ipotesi sottesa, ovvero sia che l'uomo le abbia chiesto di prostituirsi.

Ciononostante, Andrea non sembra aver capito che tipo di informazioni il medico si aspetta da lei. La richiedente asilo produce infatti un turno di parola piuttosto lungo (19-24) in cui menziona la sua reticenza a dire la verità durante il colloquio all'OFPPRA e ritorna su alcuni elementi della sua storia, senza tuttavia rispondere alla domanda del medico – come l'interprete le fa notare (26-27). Nel seguito dell'interazione, verranno alla luce vari malintesi circa la storia di Andrea. In particolare, dopo vari scambi l'interprete capirà che la persona conosciuta da Andrea in Libia era in realtà una donna. Il malinteso è dovuto principalmente all'utilizzazione che Andrea fa dei pronomi personali inglesi *he* e *she*, che usa in modo alternativo (Ricet e Noûs 2022).

In questo estratto, la domanda delicata non solo non risulta efficace – poiché la richiedente asilo non fornisce l'informazione ricercata – ma sembra aumentare le zone d'ombra più che dipanarle. Il ricorso a una formulazione eufemistica sembra infatti contribuire ad alimentare l'incomprensione fra la richiedente asilo e gli altri partecipanti.

5. *Discussione finale*

In questo articolo abbiamo analizzato delle sequenze interazionali in cui due medici di una stessa organizzazione no-profit pongono delle domande (in)delicate a quattro richiedenti asilo tramite la mediazione di interpreti professionisti. L'analisi ci ha permesso di evidenziare alcune delle strategie a cui

medici ed interpreti ricorrono frequentemente per proteggere la faccia delle richiedenti asilo e mitigare l'invasione della loro sfera intima. Abbiamo potuto osservare che, in questo contesto interazionale, i medici usano: delle pre-sequenze che annunciano che si sta per discutere un argomento delicato, dei commenti metadiscorsivi in cui qualificano negativamente le proprie domande ("idiote", "difficili", "strane", "violente"), delle formulazioni eufemistiche, delle scuse. Per quanto riguarda gli interpreti, abbiamo visto che se nella maggior parte dei casi riproducono le precauzioni usate dai medici, possono tuttavia prendere delle iniziative, invertendo ad esempio l'ordine degli elementi del discorso del medico, esplicitando delle formulazioni eufemistiche o di registro elevato, e fornendo delle giustificazioni esplicite per le domande poste.

In queste interazioni, gli argomenti trattati portano con sé una carica affettiva molto forte, che può provocare delle reazioni emotive non solo alle richiedenti asilo, ma anche – in minore misura – agli altri partecipanti. Per i medici e per gli interpreti, la difficoltà sta allora nel trovare un equilibrio tra l'esigenza di neutralità e di distacco emotivo che il loro ruolo gli impone e la sensibilità necessaria a trovare dei modi per stimolare – senza forzare – la parola delle richiedenti asilo su argomenti di questo tipo. Le diverse strategie utilizzate, se non si rivelano sempre efficaci, mostrano l'impegno di medici ed interpreti nel ridurre per quanto possibile il disagio e la sofferenza delle richiedenti asilo.

Da un punto di vista applicativo, il presente studio non mira a fornire una lista di precauzioni da utilizzare o da evitare per porre delle domande delicate. Le strategie utilizzate dai partecipanti variano in funzione del contesto interazionale ed è dunque impossibile determinarne l'efficacia a priori. Tuttavia, l'analisi svolta ci permette di riflettere sui limiti e sui benefici di alcune di queste precauzioni. In particolare, il ricorso a formulazioni eufemistiche o a termini di registro elevato si è rilevato problematico, in quanto possibile causa di malintesi. Al contrario, i commenti metadiscorsivi sembrano avere generalmente un impatto positivo sull'interazione, soprattutto quando precedono l'introduzione della domanda, preparando così il terreno. Più generalmente, l'adozione di una postura empatica, il fatto di mostrarsi all'ascolto e consapevoli che l'argomento trattato può essere doloroso, può quantomeno mitigare – senza tuttavia cancellare – la violenza simbolica insita in queste domande.

APPENDICE - CONVENZIONI DI TRASCRIZIONE

La versione completa delle convenzioni ICOR può essere consultata sul sito web di CORINTE <http://icar.cnrs.fr/corinte/conventions-de-transcription/>.

Di seguito ne riportiamo una versione sintetica:

NAT	pseudonimo del partecipante
[tu veux	produzione verbale in sovrapposizione
(0.8)	pausa cronometrata (superiore a 0.2 secondi)
(inaud.)	segmento inaudibile
((rires))	commento, descrizione di un fenomeno
(mais oui)	trascrizione incerta

∧	intonazione ascendente e discendente
NON	salianza percettiva
:	allungamento del suono precedente
par-	troncamento
h	espirazione, sospiro
°bon°	segmento bisbigliato

Le notazioni multimodali, in grigio, sono attribuite ai partecipanti indicando i loro pseudonimi in minuscolo (ad esempio, int per interprete). La loro posizione rispetto ai turni di parola è indicata da diversi simboli (*, %, \$). Lo stesso simbolo viene utilizzato per ogni partecipante durante tutta l'interazione. Le frecce (-->) indicano la continuazione di un gesto su più turni di parola. Le immagini sono ancorate al turno di parola corrispondente utilizzando il simbolo #.

La traduzione in italiano dei turni di parola è in corsivo blu.

BIBLIOGRAFIA

- Akoka, K. et A. Spire (2013) "Pour une histoire sociale de l'asile politique en France", *Pouvoirs* 1(1): 67–77.
- Alby, F., C. Zuccheromaglio and M. Fatigante (2017) "Communicating Uncertain News in Cancer Consultations", *Journal of Cancer Education* 32(4): 858–864.
- Baraldi, C. and L. Gavioli (2007) "Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation. An Analysis in Healthcare Multilingual Settings", in M. Grein and E. Weigand E. (eds) *Dialogue and Culture*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 155–175.
- Baraldi, C. and L. Gavioli L. (eds) (2012) *Coordinating Participation in Dialogue Interpreting*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Biot, J. et les Médecins du Méda (2022) "Médecine et droit d'asile", in V. Traverso et N. Chambon (dir), *Raconter, relater, traduire: paroles de la migration*, Limoges: Lambert-Lucas, 203–209.
- Bot, H. (2005) *Dialogue Interpreting in Mental Health*, Amsterdam: Rodopi.
- Brown, P. and S.C. Levinson (1987 [1978]) *Politeness: Some Universals in Language Usage*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Chambon, N. (2018) "Raconter son histoire comme personne. Les migrants et leurs récits", *Le sujet dans la Cité n° 9, Revue internationale de recherche biographique, Raconter / se raconter Dits et non-dits du récit de soi*, 63–75.
- Chambon, N., P. Lambert, A.C. Ticca et V. Traverso (2021) "Le patient, le médecin et l'interprète dans les consultations médicales d'expertise pour la demande d'asile", in L. Le Ferrec et L. Vénard (dir), *La part langagière des migrations*, Lambert-Lucas. Disponible all'indirizzo: <https://shs.hal.science/halshs-03084982> (consultato il 12/08/2024).
- Chambon, N., G. Le Goff et N. Bajjour (2022) "Récits en santé mentale et médiations", in V. Traverso et N. Chambon (dir), *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Limoges: Lambert-Lucas, 123–140.

- Cirillo, L. (2012) "Managing Affective Communication in Triadic Exchanges: Interpreters' Zero-renditions and Non-renditions in Doctor-Patient Talk", in C.J. Kellett Bidoli (dir), *Interpreting Across Genres: Multiple Research Perspectives*, Trieste: Edizioni Università di Trieste, 102–124.
- Cosnier, J., M. Grosjean et M. Lacoste (dir) (1993), *Soins et communication*. Lyon: PUL/ARCI.
- Delory-Momberger, C. (2019) "Le récit du demandeur d'asile entre défiance et confiscation", *Revista História: Debates E Tendências*, 19(2): 198–212.
- Farini, F. (2015) "Talking Emotions in Multilingual Healthcare Settings. A Qualitative Study of Interpreter-Mediated Interaction in Italian Hospitals", *The Interpreters' Newsletter* 20: 123–128.
- Farini, F. (2016) "Affective Formulations in Multilingual Healthcare Settings", in M.T. Prior and G. Kasper (eds), *Emotion in Multilingual Interaction*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 177–201.
- Fassin, D. et C. Kobelinsky (2012) "Comment on juge l'asile : L'institution comme agent moral", *Revue française de sociologie* 4(4): 657–688.
- Gavioli, L. (2015) "On the Distribution of Responsibilities in Treating Critical Issues in Interpreter-Mediated Medical Consultations: The Case of 'le spieghi(amo)'"', *Journal of Pragmatics* 76: 169–180.
- Goffman, E. (1967) *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. Garden City, NY: Anchor.
- Goodwin, C. and M.H. Goodwin (2004) "Participation", in A. Duranti (ed), *A Companion to Linguistic Anthropology*, Malden, MA: Blackwell, 222–244.
- Halluin, E. (d') (2007) "Travailler sa voix ou comment rendre sa demande d'asile audible", *Asylon(s)* 2, Terrains d'ASILES. Disponible all'indirizzo: <http://reseau-terra.eu/article660.html> (consultato il 12/08/2024).
- Heritage, J. and D.W. Maynard (eds) (2006), *Communication in Medical Care*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Leanza, Y. (2004) "Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires : un dialogue de sourds ?", *Cahiers de l'ILSL* 16: 131–158.
- Lutfey, K. and D.W. Maynard (2013) "Bad News in Oncology: How Physician and Patient Talk about Death and Dying without Using those Words", in W.A. Beach (ed), *Handbook of Patient-Provider Interactions*, New York: Hampton Press, 523–540.
- Maynard, D.W. and J. Heritage (2005) "Conversation Analysis, Doctor-Patient Interaction and Medical Communication", *Medical Education* 39(4): 428–435.
- Mondada, L. (2014) "The Local Constitution of Multimodal Resources for Social Interaction", *Journal of Pragmatics* 65: 137–156.
- OFPRA (2022) *Rapport d'activité*. Disponible all'indirizzo: https://ofpra.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/OFPRA_RA_2022_WEB.pdf (consultato il 12/08/2024).
- Peltier, J.P.G. et D.L. Ranson (2020) "Le marqueur discursif bon : ses fonctions et sa position dans le français parlé", *SHS Web of Conferences* 78, 01006, *Congrès Mondial de Linguistique Française - CMLF 2020*. Disponible all'indirizzo: https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2020/06/shsconf_cmlf2020_01006/s

hsconf_cmlf2020_01006.html#:~:text=Nous%20proposons%20que%20bon%20est,reformulation%20des%20id%C3%A9es%20du%20locuteur (consultato il 12/08/2024).

- Peräkylä, A. (2008) "Conversation Analysis and Psychoanalysis: Interpretation, Affect and Intersubjectivity", in A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen and I. Leudar (eds), *Conversation Analysis and Psychotherapy*, Cambridge: Cambridge University Press, 100–119.
- Peräkylä, A., C. Antaki, S. Vehviläinen and I. Leudar (eds) (2008), *Conversation Analysis and Psychotherapy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. and M.-L. Sorjonen (eds) (2012), *Emotion in Interaction*, Oxford: Oxford University Press.
- Piccoli, V. (2019) "(Re)transmettre la souffrance émotionnelle : une analyse interactionnelle de consultations entre soignants, demandeurs d'asile et interprètes en France", *Langage et Société* 167(2): 175–198.
- (2021) "ODIMEDI: un outil numérique pour la formation des interprètes et des intervenants en santé", *Bulletin de Linguistique et des sciences du langage de l'Université de Lausanne* 31: 107–123.
- (2023). "Moments et sujets délicats", in V. Piccoli, V. Traverso et N. Chambon (dir), *L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication triadique*, Les presses de Rhizome, 208–215.
- Piccoli, V. et E. Jouin (2022) "«Comment ça s'est passé à l'OFPRA?»: (faire) raconter l'entretien au demandeur d'asile dans le cadre d'une consultation d'expertise médicale", in V. Traverso et N. Chambon (dir), *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Limoges: Lambert-Lucas, 49–66.
- Piccoli, V. et V. Traverso V. (2020) "Quels mots pour dire les mots de l'autre ? Les désignations d'émotions et leur traduction dans les interactions en santé mentale", *Les Cahiers de Rhizome* 75: 77–85.
- Piccoli, V., V. Traverso et N. Chambon (dir) (2023), *L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication triadique*, Les presses de Rhizome. Disponible à l'indirizzo: <https://orspere-samdarra.com/rhizome/linterpretariat-en-sante-pratiques-et-enjeux-dune-communication-triadique-ouvrage/> (consultato il 12/08/2024).
- Pilnick, A. and R. Dingwall (2011), "On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction: A Critical Review", *Social Science and Medicine* 72(8): 1374–1382.
- Plantin, C. (2015) "Emotion and Affect", in K. Tracy, C. Ilie, T. Sandel (eds), *The International Encyclopedia of Language and Social Interaction*, Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 1–11.
- Plantin, C., M. Doury et V. Traverso (dir) (2000), *Les Émotions dans les interactions*, Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Pointurier, S. (2016). *Théories et pratiques de l'interprétation de service public*. Paris: Presses de la Sorbonne Nouvelle.
- Ricet, V. et C. Noûs (2022) "Expertise médicale et réélaboration du récit d'asile: intertextualité et pratiques en interaction", in V. Traverso et N. Chambon (dir), *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Limoges: Lambert-Lucas, 67–92.

- Robinson, J.D. (1998) "Getting down to Business: Talk, Gaze and Body Orientation during Openings of Doctor-Patient Consultations", *Human Communication Research* 25(1): 98–124.
- Robinson, J.D. and T. Stivers (2001) "Achieving Activity Transitions in Physician-Patient Encounters: From History Taking to Physical Examination", *Human Communication Research* 27(2): 253–298.
- Ruusuvuori, J. (2007) "Managing Affect: Integration of Empathy and Problem-solving in Health Care Encounters", *Discourse Studies* 9(5): 597–622.
- Sacks, H. (1992) *Lectures on Conversation*, Oxford: Blackwell Publishers.
- Sacks, H., E. A. Schegloff and G. Jefferson (1974) "A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation", *Language* 50(4): 696–735.
- Silverman, D. and A. Peräkylä (1990), "AIDS Counselling: The Interactional Organisation of Talk about 'delicate issues'". *Sociology of Health and Illness* 12 (3): 293–318.
- Stokoe, E. and D. Edwards (2008) "'Did You Have Permission to Smash Your Neighbour's Door?' Silly Questions and Their Answers in Police-Suspect Interrogations", *Discourse Studies* 10(1): 89–111.
- Ten Have, P. (2006) "On the Interactive Constitution of Medical Encounters", *Revue française de linguistique appliquée* 11: 85–98.
- Ticca, A.C. (2018) "The Interpreter's Activity between Complexity and Simplification in Psychotherapy Sessions", in L. Anderson, L. Gavioli, F. Zanettin (eds), *TAIL: Translation And Interpreting for Language Learners: A Volume of Teaching/Learning Activities*, Studi AItLA, Bologna / Intralinea-online Translation Journal. Disponibile all'Indirizzo: https://www.intralinea.org/specials/article/the_interpreters_activity_between_complexity_and_simplification (consultato il 12/08/2024).
- Ticca, A.C. (2022) "Le récit des violences et l'observation des traces physiques dans les consultations médicales pour le droit d'asile", in V. Traverso et N. Chambon (dir), *Raconter, relater, traduire : paroles de la migration*, Limoges: Lambert-Lucas, 93–121.
- Ticca, A. C. et V. Traverso V. (2015) "Territoires corporels, ressenti et paroles d'action: des moments délicats de la consultation médicale avec interprète", *Langage et société* 153(3): 45–74.
- (2017) "Parole, voix et corps : lorsque l'interprète et le soignant s'alignent dans les consultations avec migrants", *L'autre – clinique, culture et société* 18(3). Disponibile all'indirizzo: <https://revuelautre.com/articles-dossier/parole-voix-corps/> (consultato il 12/08/2024)
- Wadensjö, C. (1998), *Interpreting as Interaction*, London: Longman.
- Wynn, R. and M. Wynn (2006) "Empathy as an Interactionally Achieved Phenomenon in Psychotherapy. Characteristics of Some Conversational Resources", *Journal of Pragmatics* 38: 1385–1397.